

L'OSPEDALE

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



Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE



N° 2/10

Relazione annuale del Presidente Nazionale

L'ospedale e il futuro

Out flow DEA: nuove strategie aziendali

Multidisciplinarietà e multi professionalità

I sistemi di gestione per le aziende ospedaliere attraverso l'applicazione delle B.S. OHSAS 18001:2007

Ospedale e sostenibilità: l'esperienza della Regione Calabria

Cambiamenti organizzativi per una Sanità d'eccellenza sostenibile

Esperienze di percorsi della chirurgia protesica, con particolare riferimento alla protesi d'anca

Testamento biologico e amministrazione di sostegno - Può l'Amministratore di Sostegno sostituire il testamento Biologico?

La qualità dell'acqua in ospedale: un approccio moderno per la sorveglianza ed il controllo

Pubblico e privato accreditato in ambito ospedaliero

Governo dei servizi esternalizzati

Sanità Eco Sostenibile: prime esperienze dell'Asl 1 Imperiese

Esperienze di percorsi dell'urgenza

L'Accreditamento dei Percorsi clinico-organizzativi e gestionali

Medico di riferimento

Lo standard ANMDO- CERMET- SIAIS per l'accREDITAMENTO volontario dei servizi di sterilizzazione: l'evoluzione

Lo standard ANMDO-CERMET per le buone pratiche di pulizia e sanificazione ambientale: l'evoluzione

ORIZZONTI

EDICOM

info@gsnews.it • www.gsnews.it

ANMDO CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.



PROGETTARE E COSTRUIRE IL FUTURO

19 - 22 Maggio 2010
PROGRAMMA DEFINITIVO



Curare più pazienti, meglio.

I set procedurali personalizzati generano un risparmio di tempo in sala operatoria. ProcedurePak® di Mölnlycke Health Care va oltre, creando un "effetto di propagazione" delle efficienze in tutto l'ospedale. ProcedurePak è una soluzione full service totalmente personalizzata, che combina diversi prodotti monouso specifici per la procedura chirurgica, garantendo la massima sicurezza, una logistica e fornitura efficiente ed affidabile nonché l'assistenza, la formazione e la consulenza continua di esperti. Tutti questi elementi insieme, creano efficienza in termini di tempo, risorse e costi che, sommandosi, hanno l'effetto di liberare risorse. Le risorse gestite in modo più efficiente, permettono di curare più pazienti, meglio.

Scopri come ottenere più benefici con Mölnlycke Health Care. Contatta il tuo referente di zona o visita il sito www.molnlycke.it



Mölnlycke Health Care - Via Marsala 40/C, 21013 Gallarate (VA) - Tel: 0331/714011 - Fax: 0331/701748 - www.molnlycke.it
Il nome e il logo Mölnlycke Health Care e ProcedurePak® sono marchi registrati di Mölnlycke Health Care



MAGRIS
GROUP

Innovazione
nel settore
ospedaliero

- Innovativo sistema di lavaggio senza detersivi
- Risparmio del 70% d'acqua rispetto ai metodi tradizionali
- L'acqua si attiva elettronicamente diventando un potente detersivo
- Ottimizzazione di tempi e costi



ecH2O
ELECTRICALLY CONVERTED WATER



Master Dealer
C.E.A.T
Centro Esperti Approvato Tennant

Fornitori di soluzioni

Servizi Ospedalieri
Partnership per l'eccellenza



**SERVIZI
OSPEDALIERI**
GRUPPO MANUTENCOOP

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

Novità

PreGuard³



**ABBATTE
LA CARICA
BATTERICA FINO
AL 91%***

IL NUOVO SISTEMA PER L'IGIENE DEGLI AMBIENTI SANITARI

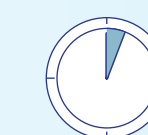
Più ambiente - Più igiene - Più Sicurezza
in minor tempo

- 1** Carico lavatrice con frange e panni sporchi
Ciclo di lavaggio
Ciclo di preimpregnazione in lavatrice con prodotto P.M.C.

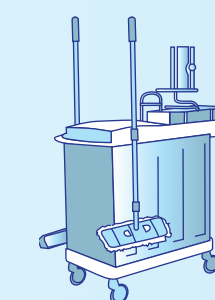
40 min
max 1h,10 min
(tempi medi)



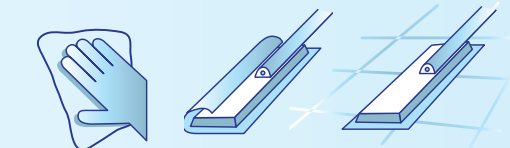
- 2** Carico panni nei relativi box
Preparazione carrello



3 min*
*Annullamento totale dei tempi di impregnazione manuale o preparazione secchi con detergente



- 3** Trasferimento ai reparti
Inizio procedura di pulizia e disinfezione



VERIFICA E CONTROLLO DEI RISULTATI DA PARTE DI SUTTER PROFESSIONAL LAB

*decremento massimo della carica microbica testato dal laboratorio di microbiologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara.

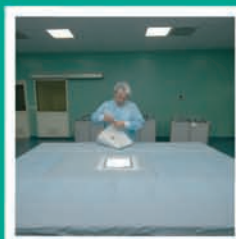
www.sutterprofessional.it
E-mail: professionalitalia@sutter.it
Numero verde :800-334-858

healthcare

Sutter
PROFESSIONAL

Dal 1858 firmiamo il pulito

SoGeSi veste la SICUREZZA cura IGIENE



lavano biancheria
sanitaria

gestione centrali di
sterilizzazione

sterilizzazione kit
strumentario chirurgico e
kit tessuto per
sale operatorie

lavano indumenti
da lavoro e DPI

logistica e rintracciabilità
dispositivi medici



UNI EN ISO 9001:2008
UNI EN ISO 13485:2004
UNI EN ISO 14001:2004
UNI EN ISO 14065/14698-1
MARCATURA C 93/42 CEE
UNI EN 471
UNI EN 22000

SERVIZI INTEGRATI PER LA SANITA' E L'IMPRESA

 **SoGeSi**
SERVIZI INTEGRATI PER LA SANITA' E L'IMPRESA

via Benucci 105, 06135 P5.Giovanni, Perugia
tel. +39 075 5990396 | fax +39 075 397915
www.sogesispa.it



STERRAD[®] NX[™]

SI AVVICINA IL PROSSIMO INTERVENTO E I VOSTRI STRUMENTI NON SONO ANCORA PRONTI?

Con STERRAD[®] NX[™] potrete avere strumenti asciutti, confezionati e sterili in soli 28 minuti*



NEUROCHIRURGIA

OFTALMOLOGIA

GINECOLOGIA

UROLOGIA

OTORINOLARINGOIATRIA

*Ciclo standard di 28 minuti, ciclo avanzato di 38 minuti.



Protecting Lives Against Infection[™]

ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS

Division of Medos International Sàrl
a *Johnson & Johnson* company

Johnson & Johnson Medical S.p.A. Advanced Sterilization Products - Via del Mare 56, 00040 Pratica di Mare (Roma), Italia - T: + 39 [0] 6 911 94 319 - F: + 39 [0] 6 911 94 419



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 63 - Numero 2 - aprile-giugno 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. Brusaferrò, V. Castaldo, G. Dal Pozzolo, C. Del Giudice, A.A. De Stefano, C. Di Falco, B. Falzea, K. Kob, U. Podner Komarony, R. Li Donni, A. Marcolongo, A. Montanile, L. Nardi, G. Pelissero, S. Pili, A. 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. Brusaferrò

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

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

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

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

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

Tiratura media: N. 4.750 copie

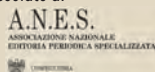
Diffusione media: N. 4.692 copie

Certificato CSST N.2008-1744 del 26 Febbraio 2009

Società di Revisione: RIA&PARTNERS

Tiratura del presente numero: 5.000 copie

associato a:



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



Relazione annuale del Presidente Nazionale

Gianfranco Finzi

6

L'ospedale e il futuro

E. Carucci, A. Appicciafuoco, A. Alessandri, S. Brugnoli, S. Naldini, V. Vinante

12

Out flow DEA: nuove strategie aziendali

A. Alessandri, A. Appicciafuoco, S. Brugnoli*, E. Carucci; S. Guarducci, S. Naldini, A. Pizzi, V. Vinante

16

Multidisciplinarietà e multi professionalità

Paolo Cacciari, Barbara Curcio Rubertini

22

I sistemi di gestione per le aziende ospedaliere attraverso l'applicazione delle B.S. OHSAS 18001:2007

C. Ferri, G.C. Scarpini

26

Ospedale e sostenibilità: l'esperienza della Regione Calabria

A. Benvenuto, M.A. Vantaggiato, M. Loizzo, O. Perfetti, S. De Paola, A. De Marco

30

Cambiamenti organizzativi per una Sanità d'eccellenza sostenibile

Karl Kob

34

Esperienze di percorsi di chirurgia protesica, con particolare riferimento alla protesi d'anca

Giovanni Baldi, Maria Teresa Montella, Paola Proia, Susanna Stea

40

Testamento biologico e amministrazione di sostegno - Può l'Amministratore di Sostegno sostituire il testamento Biologico?

Antonella Nardo

48

La qualità dell'acqua in ospedale: un approccio moderno per la sorveglianza ed il controllo

R. Belgiovine, P. Cugini

58

Pubblico e privato accreditato in ambito ospedaliero

A.M. Rosito, S. Mazzuccato, A. Degaetano

62

Governo dei servizi esternalizzati

M.A. Vantaggiato, A. Benvenuto, M. Loizzo, O. Perfetti, S. De Paola

74

Sanità Eco Sostenibile: prime esperienze dell'Asl 1 Imperiese

Gian Paolo Pagliari, Antonio Rossi, Michele Orlando, Claudio Balbi

78

Esperienze di percorsi dell'urgenza

A. Appicciafuoco, A. Alessandri, S. Brugnoli, E. Carucci, S. Naldini, V. Vinante

84

L'Accreditamento dei Percorsi clinico-organizzativi e gestionali

Franco Ripa, Roberto Vola, Oscar Bertetto

90

Medico di riferimento

Bianca Caruso, Andrea Neri, Ivonne Zoffoli, Nazzeno Manoni, Giuseppe Re

100

Lo standard ANMDO- CERMET- SIAIS per l'accreditamento volontario dei servizi di sterilizzazione: l'evoluzione

Stefania Villani

104

Lo standard ANMDO-CERMET per le buone pratiche di pulizia e sanificazione ambientale: l'evoluzione

Daniele Nepa

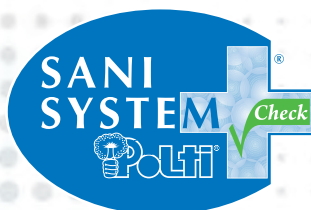
108

ORIZZONTI

115

LA PREVENZIONE

contro virus, batteri, spore e funghi.



Il vapore
che disinfetta.



Sani System Polti è un'apparecchiatura elettro-medica per la sanificazione di alto livello in ambienti a rischio di contaminazione biologica (**dispositivo medico di classe 2A destinato ad uso professionale**).

Emette vapore saturo secco surriscaldato ad alta temperatura (180°) che, in combinazione con il sanificante HPMed, **permette di abbattere in pochi secondi la carica batterica, fungina e virale delle superfici e tessuti su cui viene applicato**. Ciò consente di ridurre rapidamente il rischio di infezioni crociate.

Sani System Polti è stato sviluppato sulla base di studi condotti dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia ed è stato successivamente sottoposto a numerosi test di laboratorio e studi clinici, sia in Italia che all'estero.

Tali studi hanno dimostrato la sicurezza d'uso e l'efficacia biocida di Sani System Polti, che consente di ottenere risultati notevolmente superiori rispetto ai metodi tradizionali di sanificazione ambientale (es. disinfettanti chimici).

www.sanisystempoliti.com

PRENOTATE LA VOSTRA PROVA GRATUITA:
medicaldivision@politi.com

Via Ferloni 83 - 22070 Bulgarograsso (CO) - Italia - medicaldivision@politi.com
TEL. 031 939 111 - 031 939 215


MEDICAL DIVISION

CI STATE A CUORE



Al vostro fianco
con tecnologie innovative e sostenibili,
per un ambiente più sano e sicuro.

Dal 1973 Professionisti delle macchine per la pulizia.



Torino - Milano - Brescia
www.isc srl.com

Numero Verde
800 128 048

Relazione annuale del Presidente Nazionale

Dr. Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

Gentili colleghi, autorità, signori e signore,

E' con grande piacere che inizio i lavori di questo 36° Congresso Nazionale dell'ANMDO "Progettare e costruire il futuro".

Per la mia breve presentazione di apertura è stato scelto il titolo "Innovare l'ANMDO", in quanto tutto il processo di rinnovamento che auspichiamo coinvolga in tempi rapidi l'organizzazione sanitaria del nostro paese, deve necessariamente coinvolgere anche la nostra professionalità e di conseguenza la nostra Associazione.

Scriveva recentemente Francesco Alberoni in uno scritto dal titolo *La qualità di un buon capo e di una leadership di gruppo*: "Che cosa deve fare il capo? Conoscere l'ambiente in cui opera la sua impresa, capire cosa si sta facendo, vedere gli errori, sapere dove si deve andare e tracciare la rotta. In una impresa di largo consumo deve essere capace di intuire che cosa può interessare i consumatori, in politica che cosa desiderano intimamente gli elettori e come parlare loro per convincerli. Ma per scoprirlo non bastano le ricerche demoscopiche o di mercato, i calcoli e i ragionamenti degli uomini del marketing, le formule degli addetti alle vendite, le trovate dei pubblicitari. Per scoprirlo occorre una visione del mondo, una comprensione profonda dell'animo umano, e percepire lo spirito dei tempi e la direzione del

mutamento". E noi dobbiamo assolutamente percepire lo spirito dei tempi e la direzione del mutamento.

Ma veniamo ai punti salienti che vedranno protagonista a medio e lungo termine la nostra Associazione e la sua classe dirigente.

In primo luogo la questione sindacale. Credo ormai sia cosa nota a tutti la storia della travagliata scelta di campo che nel 2008 la nostra Associazione decise di fare in ordine alla rappresentatività sindacale. Tuttavia ancora una volta ritengo opportuno ricordare i vari passaggi che furono esplicitati a tutti i soci e non soci con una mia lettera aperta al Dott. Carmine Gigli, Presidente Nazionale della FESMED.

Caro Carmine, purtroppo per motivi di lavoro non posso venire a trovarti a Gorizia per parlarti del problema ANMDO - FESMED.

Pertanto ti mando una memoria, che ti prego di mettere agli atti nel verbale della riunione di Bari.

Pur tuttavia ritengo opportuno ripercorrere la storia dei rapporti ANMDO-FESMED.

Il 18 di Dicembre del 2007 il nostro Direttivo approvò una risoluzione di indisponibilità alla cessione delle deleghe alla FESMED alle condizioni e nel contesto della proposta allora formulata. Analoghe risposte di indisponibilità ricevettero le proposte di unione formulateci da

SMI (Sindacato dei Medici Italiani) e FIALS Medici. Tutte le proposte, seppur con lievi sfumature, presupponevano la completa perdita delle nostre prerogative sindacali e lo scioglimento in un'altra organizzazione.

Abbiamo provato senza successo ad opporci alla decisione dell'ARAN e ai tempi ristrettissimi di cessione delle deleghe dei propri iscritti imposti alle Associazioni minori come la nostra. Nel frattempo è stato mantenuto il nostro rapporto con la FESMED.

Non abbiamo ceduto le deleghe alla FESMED, ma in qualità di fondatori mantenevamo il diritto a far parte degli organi esecutivi dell'Associazione e a partecipare alle scelte. Abbiamo spiegato al direttivo della FESMED i motivi della nostra decisione e abbiamo chiesto al Presidente dell'Associazione che tenesse conto che i tempi di maturazione delle nostre decisioni, che non avevamo potuto e voluto schiacciare su quelli imposti dal CCNQ, sarebbero stati più lunghi e che nel frattempo avremmo gradito mantenere la nostra collocazione in FESMED di Associazione non cedente deleghe che mantenendo il nostro status e pagando il contributo spese previsto dallo Statuto.

La tua risposta non negativa ci ha indotto a ritenere, inizialmente, che avremmo potuto mantenere il nostro Status. In occasione della prima riunione del direttivo FESMED la possibilità di mantenere un rapporto corretto, ancorché non cordiale, si è mostrata difficile da praticare. Al rappresentante ANMDO è stato



immediatamente notificato che non avrebbe più svolto la funzione di segretario, in quanto tutte le cariche erano riservate ad iscritti FESMED, e che in assenza di una cessione di deleghe da realizzarsi nel giro di due settimane (tanto mancava al congresso nazionale di Rimini di fine marzo) il direttivo avrebbe provveduto a revocare gli incarichi di rappresentanza (fiduciari, vice fiduciari etc.) che i soci ANMDO ancora ricoprivano in FESMED.

Non ci rimaneva altro che prendere atto della ruvidezza con cui la FESMED ci diceva "o dentro o fuori" e della totale chiusura al mantenimento di una posizione, peraltro statutariamente prevista, di presenza solo come Associazione per il tempo necessario alla maturazione delle nostre decisioni. Ho personalmente informato i colleghi che occupavano incarichi di alto livello nella FESMED pregandoli di rassegnare le dimissioni.

Negli stessi giorni in cui FESMED ci invitava a risolvere la nostra posizione la Presidenza dell'ANPO ci chiese la disponibilità ad incontrare una nostra delegazione per parlare delle direzioni tecniche nelle Aziende Sanitarie e della possibilità di confrontare le posizioni dei "Primari" e quelle dei "Direttori Sanitari". Ugo Aparo ed io abbiamo incontrato una delegazione dell'ANPO riscontrando non poche affinità tra le missioni e le politiche delle nostre Associazioni. Ci siamo informati sullo stato della loro organizzazione, che sapevamo da fonti FESMED esser stata esclusa dalla contrattazione, e abbiamo riferito della nostra de-

cisione di stare fuori dall'ambito negoziale in attesa di capire meglio quali logiche e quali prospettive si stavano aprendo. Apprendemmo che non solo ANPO non era fuori dal contratto ma che aveva chiuso un accordo con gli Ortopedici dell'ASCOTI (che secondo le stesse fonti che avevano dato ANPO per spacciato, erano rimasti a terra dopo essere stati respinti dalla FESMED) e FIALS Medici, fondando un nuovo soggetto sindacale. Ovviamente fummo sorpresi dalla scoperta di una realtà totalmente diversa da quella proposta ai direttivi della FESMED e la sorpresa divenne stupore quando leggendo lo statuto del nuovo soggetto sindacale formato da ANPO, ASCOTI e FIALS, ci accorgemmo che erano esattamente i contenuti delle richieste da noi formulate al Presidente della FESMED nel mese di Ottobre del 2007. Richieste che tu avevi respinto perché, sostenevi, non erano consentite dall'ARAN.

Inutile dire che, senza porre in dubbio la buona fede di alcuno, ci sono state raccontate cose non vere e che mentre tu ci assicuravi che la cessione delle deleghe andava fatta in un certo modo perché esisteva solo quel modo, altri riuscivano a conciliare il rispetto del CCNQ e la salvaguardia delle Associazioni. Abbiamo comunque insistito nel chiederti che venisse accolta la nostra richiesta di mantenimento di una posizione intermedia (che abbiamo chiamato di congelamento) con la speranza che potesse comunque maturare una decisione diversa dalla rottura con la vecchia

associazione che, nonostante tutto, abbiamo contribuito a formare e a far crescere.

In data 18 Aprile abbiamo esaminato la questione nel corso di una riunione della Segreteria Sindacale conclusasi con il mandato al Segretario Sindacale di approfondire i contatti con l'ANPO e di verificare i rapporti con FESMED raccomandando comunque la ricerca di una soluzione che, fatta salva la garanzia del mantenimento dell'identità e dell'autonomia finanziaria dell'ANMDO, la mantenga nell'ambito della negoziazione del CCNL.

La verifica dei rapporti con FESMED è esitata in un nulla di fatto. I nostri soci hanno ricevuto un'asciutta e burocratica nota con la quale tu ti dichiaravi costretto a revocare gli incarichi fiduciari stante la situazione di mancata cessione delle deleghe da parte nostra. In Campania il Fiduciario regionale FESMED dr. Rosa promosse una disdicevole iniziativa di sciocallaggio sindacale. I nostri soci hanno ricevuto una lettera secondo la quale non avendo noi ceduto le deleghe alla FESMED avremmo perso insieme alla rappresentatività anche lo Status di Sindacato lasciandoli senza tutela. Invita quindi, la nota di Rosa, ad aderire prontamente alla FESMED dove, con gli auspici e per l'impulso della Prof.ssa Triassi, è stata allestita un'area igienistica.

Ci addolorò vedere FESMED insidiare i nostri iscritti e non potemmo sottrarci al dovere di vanificare i desideri del dr. Rosa e della Prof.ssa Triassi. Molto più interessante e fruttuoso si è rivelato il rapporto con



l'ANPO. Ho proposto di lavorare ad un'intesa di valenza strategica che avesse come orizzonte oltre la nostra sopravvivenza come soggetto sindacale a tutto campo che mantiene la sua presenza nell'ambito della contrattazione pubblica e fa il suo esordio in quello della sanità privata, l'affermazione di una nuova soggettività delle direzioni tecniche del Servizio Sanitario volta a riaffermare i valori di autonomia della professione medica nelle sue fondamentali espressioni: clinica e organizzativa.

Autonomia sempre più minacciata dall'ingerenza della politica e dalla disinvoltura di direzioni generali sempre meno illuminate e sempre più rampanti e improvvisate.

Nel corso dei contatti con l'ANPO abbiamo riscontrato un'ampia identità di vedute e ricevuto soddisfacenti e credibili garanzie di mantenimento, per l'ipotesi di una convergenza organizzativa, delle nostre prerogative (autonomia finanziaria, soggettività sindacale per gli aspetti disgiunti dalla contrattazione e non collegati alle esigenze dei temi del CCNQ dell'Agosto 2007, rappresentanza negli organismi esecutivi dell'organizzazione). Tutto il resto è storia recente. In sostanza ti esprimo il mio rammarico in quanto l'atteggiamento FESMED ci ha costretti a dare le nostre deleghe ad altro soggetto sindacale che a onor del vero in questo momento ci rappresenta in modo egregio.

Dato quanto sopra, vorrei capire da te e dalla FESMED quale sia il "problema ANMDO".

Sicuramente di problemi ne esistono ancora, specie a livello decentrato, problemi di cui il Presidente Nazionale dell'ANPO ASCOTI FIALS MEDICI, Prof. Raffaele Perrone Donnorso, come di sua consuetudine, si è preso carico organizzando per

il 9 Giugno 2010 un Convegno sul Contratto Nazionale di lavoro e convocando per il 10 Giugno 2010 una giunta esecutiva nazionale dell'ANPO ASCOTI FIALS MEDICI, al cui ordine del giorno vi sarà l'approvazione delle procedure/linee guida/modalità di come devono essere organizzati/eletti/nominati i Direttivi regionali dell'Associazione. Ai nostri alleati chiediamo fin da ora una maggiore integrazione sindacale a livello locale e la possibilità di discutere collegialmente la strategia e gli obiettivi in ambito della contrattazione decentrata. Chiediamo dunque a tutti un maggior impegno sul piano partecipativo.

Nel prossimo futuro si dovranno affrontare anche i problemi legati al disegno di legge *Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale*, in corso di esame da parte della 12° Commissione della Camera dei Deputati. A tal proposito è stato composto un gruppo di lavoro, da me presieduto, che dovrà preparare le istanze e le proposte che l'associazione desidererà presentare sulle opportune sedi istituzionali e politiche.

Una delle sfide nel processo innovativo della nostra Associazione è, e sarà sempre di più, la comunicazione; ho pertanto ho il piacere di presentare il nuovo sito internet della nostra Associazione. I cambiamenti infatti e l'evoluzione del sistema sanitario di oggi richiedono inevitabilmente un continuo aggiornamento di conoscenze e competenze.

E' proprio in questo scenario che si colloca la visione innovativa di cooperazione, sostegno e divulgazione scientifica del progetto "CONOSCIAMOCI", che desidero illustrarvi in questa occasione. Con tale progetto oltre a mettere in luce il lavoro, le capacità e le conoscenze di tutti i

soci, si vuole creare una rete informatica in grado di rendere reale l'integrazione delle conoscenze di tutti gli appartenenti all'associazione.

Il progetto prevede:

- La creazione di un database, accessibile ai soli soci, all'interno del sito nazionale dell'associazione, in cui poter evidenziare e mettere a disposizione le pubblicazioni scientifiche redatte da ciascun componente dell'associazione.
- Una rete globale di informazioni sui soci, in grado di fornire, con un semplice "click", a seconda del punto di partenza della "query", nome, ruolo, struttura di appartenenza, breve curriculum vitae, campo di specializzazione, pubblicazioni scientifiche, ecc.
- Un database, come insieme organizzato di informazioni e dati, che verrà strutturato e organizzato in modo da essere consultabile e utilizzabile nel miglior modo possibile.

Nell'ottica del principio fondante dell'A.N.M.D.O. di divulgazione scientifica sarà possibile quindi ottenere, attraverso un semplice collegamento ad Internet, il testo completo degli articoli pubblicati da ciascun socio, direttamente sulla propria scrivania.

I vantaggi legati a questo nuovo strumento di informazione sono molteplici e riguardano in particolare la tempestività nella diffusione dei lavori scientifici rispetto alla tradizionale edizione stampata e la facilità nel recupero delle informazioni attraverso le interfacce di ricerca e i filtri. Chiaramente si richiede la partecipazione di tutti i soci, invitando tutti gli iscritti ad inviare quanto preferiscano. Ciascun socio dovrà quindi inviare quanto prima le informazioni richieste da inserire nel data-base e una copia elettronica e cartacea, se disponibile, di ciascuna sua pubblicazione.

Tale progetto si propone di accrescere l'importanza della condivisione e della divulgazione scientifica, attraverso il contributo del singolo, per creare la forza della cultura dell'associazione e sarà esteso anche ai soci delle altre associazioni con le quali abbiamo stretto rapporti di reciproca collaborazione. Un altro importante fattore di innovazione in atto nella nostra Associazione è poi la nascita di ANDMO ELITE, che ha visto la pubblicazione del suo MANIFESTO sul numero 6 dell'anno 2009 di ANMDO NEWS e che si sta formando nell'ambito del Seminario ANMDO ELITE.

Per una presenza attiva della nuova generazione che dovrà preparare il documento finale, che sarà presentato in seno all'Assemblea Nazionale dei soci, credo che fin da ora dovremo essere noi stessi a dare segnali che prevedano l'inserimento dei più giovani nell'Associazione, e come Presidente desidero fare già alcune proposte:

- Presenza di almeno due lavori scientifici sulla rivista L'Ospedale scritti da soci sotto i 40 anni;
- Presenza di un membro ANMDO sotto i 40 anni dentro il Comitato Scientifico della rivista L'Ospedale e dentro il Direttivo Nazionale;
- Presenza di un membro sotto i 40 anni in ogni direttivo regionale;
- Costituzione di un network per facilitare la possibilità di trovare lavoro

L'innovazione dovrà certamente passare attraverso i rapporti e gli accordi di collaborazione già sottoscritti con altre associazioni, ma è ora da applicare sul piano operativo. Devo dire con piacere che è stato più facile iniziare la collaborazione con associazioni, anche estere, non costituite da medici, con cui ci siamo trovati tuttavia a condividere strategie future nell'ambito della piena autonomia ed identità professionale. Più arduo e difficile è invece

il rapporto con altre associazioni, alle quali evidentemente la nostra presenza risulta scomoda in quanto siamo in parte medici di sanità pubblica che non si identificano solo nella sanità pubblica ma anche in quella privata, e che non rivendicano il proprio ruolo importante e fondamentale di medici igienisti e medici manager allo stesso tempo. Noi siamo fieri delle nostre origini, nasciamo così come nacquero i nostri maestri, dalle scuole di igiene, ma siamo perplessi e amareggiati di essere considerati, in alcune associazioni, come ospiti scomodi. Concludendo, credo che necessariamente l'innovazione della nostra associazione dovrà riguardare:

- **COMUNICAZIONE: SENTIRSI PARTE DI UNA ORGANIZZAZIONE REALE CHE PROPONE RIFLESSIONI E PROMUOVE CULTURA DELLA CONOSCENZA**, nonché realizzare una rete di connessione delle informazioni per offrire servizi di supporto per le problematiche dei professionisti. Il rafforzamento delle attività di comunicazione prevede anche il consolidamento del rapporto con le Istituzioni nazionali e regionali, con le forze politiche ed imprenditoriali del Paese, in particolare con il Ministero della Salute, l'incremento della diffusione delle opinioni ed idee su questioni che incidono sull'organizzazione sanitaria e di conseguenza sulla nostra professione.

- **ATTIVITA' SCIENTIFICA**: è necessario consolidare le attività di collaborazione con altre associazioni e società scientifiche, sviluppare le attività per la rivista l'Ospedale, attraverso la quale è necessario divulgare esempi di "best practices."

- Sarà inoltre compito della Presidenza e della Segreteria Scientifica avviare iniziative tese alla promozione di attività rivolte al mondo dell'Università e a quel-

lo dell'impresa. L'incentivazione di queste attività avrà l'obiettivo di coinvolgere tutti gli iscritti e di accrescere la formazione e la cultura professionale fornendo, pertanto, anche un servizio alle Aziende Sanitarie.

- **TUTELA DELLA PROFESSIONALITA': LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA COMPETENZA**. La complessità del sistema sanitario pone con forza il problema dell'adeguata competenza professionale a garanzia del corretto funzionamento del servizio sanitario nazionale; non più una singola professione ma la valorizzazione di diverse competenze e diversi gradi di professionalità coordinati in aree tematiche organizzate.

- **ATTIVITA' di FORMAZIONE: PROPORRE MOMENTI FORMATIVI QUALIFICATI E BASATI SULL'ESPERIENZA PROFESSIONALE "ESPERIENCE BASED KNOWLEDGE"**: L'Associazione ha già in corso infatti la realizzazione di un progetto per un master specificamente preparato per i medici di direzione sanitaria, anche in collaborazione con le altre Associazioni e con l'Università

- **INIZIATIVE NEI CONFRONTI DEI GIOVANI**: è necessario diffondere la nostra specifica cultura professionale incrementando il rapporto culturale fin dalla prima esperienza professionale dei giovani professionisti.

Vorrei infine concludere in allegria ricordando un grande innovatore, Albert Einstein, che, a proposito della relatività scrisse: "Quando un uomo siede in compagnia di una bella ragazza, sembra sia passato un minuto. Ma fatelo sedere su una stufa per un minuto e gli sembrerà più lungo di qualsiasi ora. Questa è la relatività."

Grazie e Buon Congresso.



**PULITORI
& AFFINI**

www.pulitori.it | info@pulitori.it



**PULITORI
& AFFINI**

Leader nel cleaning ospedaliero

SERVIZI PROFESSIONALI PER IL VOSTRO AMBIENTE DI LAVORO

PULIZIE E SANIFICAZIONI AMBIENTALI PULIZIE MICROBIOLOGICHE DISINFESTAZIONI
RISTORAZIONE OSPEDALIERA, PER ENTI E COMUNITÀ
LAVANDERIA INDUSTRIALE SMALTIMENTO RIFIUTI OSPEDALIERI
MANUTENZIONI GESTIONE DEL VERDE GESTIONE INTEGRATA IMMOBILI



Pulitori Ed Affini Spa: Via A.Grandi 2 Brescia Tel. 030.2686111 Fax 030.2686192 | Filiale Milano: Via A.Grandi 19 Cinisello Balsamo Tel. 02.66016593 Fax 02.66016695

PULITO. SICURO. EFFICIENTE.



LA TUTELA DELLA SALUTE DEI PAZIENTI ATTRAVERSO LA PREVENZIONE DEI RISCHI D'INFEZIONE



Dove: tutti i pavimenti, le superfici e gli arredi in ospedale



Chi: 5.000 clienti in Europa



Come: abbattimento del 79% della carica batterica



Sistema Healthguard®

Sistema integrato di procedure di pulizia e disinfezione basato su un metodo esclusivo Ecolab e certificato da una primaria Università italiana.

- Pulito** - garantire un ambiente pulito e disinfettato che dia tranquillità a pazienti ed operatori
- Sicuro** - minimizzare il rischio di infezioni grazie a prodotti e sistemi particolarmente efficaci
- Efficiente** - conseguire elevatissimi livelli di produttività con l'utilizzo del Sistema HealthGuard

Ecolab Europe GmbH
Richtistr. 7
Switzerland

8304 Wallisellen

Italian Headquarters
Via Paracelso, 6
Italy

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

ECOLAB®

L'ospedale e il futuro

Riassunto

Il concetto di guarigione e di salute è ormai imprescindibile dall'ambiente che ci circonda.

L'ospedale modello riflette la relazione esistente fra la sanità, i pazienti e le infrastrutture e non è più solo un luogo di cura; si parla infatti di "Serendipity Hospital" e di "Campus della Salute", ospedali che rispettano non solo il paziente, ma anche il personale favorendone la guarigione degli uni e l'operatività degli altri. La struttura deve andare di pari passo con le nuove scoperte tecnologiche e i nuovi pathways assistenziali e solo tramite la valutazione dei nuovi bisogni di salute e la collaborazione delle diverse figure professionali che fanno l'ospedale, sarà davvero possibile progettare il nuovo nel rispetto della tradizione. Questa è la vision del progetto del futuro ospedale San Giovanni di Dio di Firenze, un progetto innovativo che, anche grazie all'attenta analisi delle contemporanee strutture ospedaliere a livello internazionale, si fonderà sui principi delle "tre E" (Equity, Efficiency, Ecology), e delle "tre S" (Security, Sustainability, Self-reliance).

E. Carucci*, **A. Appicciafuoco****, **A. Alessandri****, **S. Brugnoli****, **S. Naldini****, **V. Vinante***

* Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva - Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

** Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio - ASL 10 Firenze

INTRODUZIONE

L'ospedale San Giovanni di Dio, fin dalla sua fondazione, ha sempre rappresentato per la città di Firenze non solo un luogo di cura, ma anche una struttura architettonica che ha sempre cercato di unire funzionalità, bellezza e contemporaneità. (Fig. 1)

In linea con questi presupposti l'Azienda Sanitaria di Firenze (ASF) in questi ultimi anni ha investito moltissime risorse per il rinnovamento del presidio ospedaliero. Il 10 di Marzo 2009 è stato infatti aperto il nuovo padiglione Leonardo da Vinci di circa 15000 m² dove sono stati trasferiti i laboratori, gli spogliatoi di 15 stanze, il SPDC, un reparto di chirurgia di 16 posti letto con 2 sale operatorie, un poliambulatorio dedicato alla libera professione, un

secondo poliambulatorio di 26 stanze istituzionale e un Hospice. Sebbene questo trasferimento abbia richiesto tempo ed energie, sempre nello stesso anno, a novembre 2009, il top manager aziendale ha deliberato (Del. n. 0850 del 13/11/2009) la costruzione di un nuovo edificio ospedaliero con un ammontare di spesa di circa 130 milioni di Euro. Ancora impegnati nella fase di attivazione del Padiglione Leonardo da Vinci siamo però riusciti a compiere già i primi passi per la ideazione e progettazione del ospedale futuro. Il progetto di fattibilità allegato alla delibera prevede la costruzione di una struttura di 6 piani di cui uno interrato, per una superficie complessiva di 48.000 m² che insieme al padiglione Leonardo da Vinci porterebbe la sarà in linea con le linee guida inter-

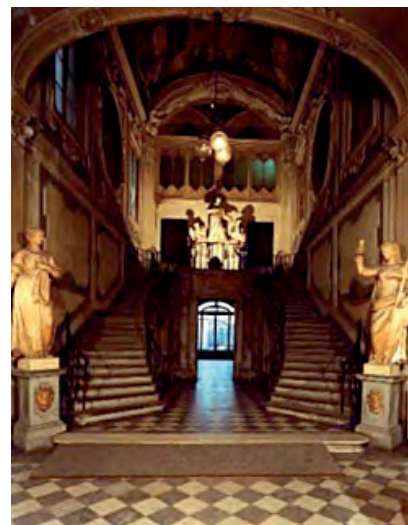


Fig. 1 Scalinata ingresso Ospedale San Giovanni di Dio Borgo Ognissanti

nazionali che prevedono un rapporto metri quadri coperti- paziente di circa 200mq/300pz. (Fig. 2; Fig 3)

Proprio perchè il progetto dovrà essere innovativo e dovrà rappresentare un punto di rottura con il passato, la Direzione ha deciso di non ristrutturare, come è avvenuto per le altre strutture ospedaliere aziendali, ma di partire da zero. Uno zero che include però l'esperienza del passato e delle centinaia di medici, infermieri, OSS, e pazienti che hanno vissuto questo presidio a 360°. Partendo da questo presupposto, il "concept" del nuovo ospedale SGDD si svilupperà, grazie alla collaborazione continua di personale sanitario e tecnico, basandosi principalmente sui recenti studi di Evidence Based Architecture, sul confronto con le più moderne strutture a livello nazionale e internazionale⁽¹²⁾ e su nuove soluzioni proposte dal nostro team grazie all'utilizzo della strategia "Oceano blu."

**PAROLE CHIAVE:**

Edilizia Sanitaria, Ecofriendly hospital, Evidence Based Architecture



Fig. 2 Rendering Padiglione Leonardo da Vinci P.O. SGDD



Fig. 3 Galleria Padiglione Leonardo da Vinci P.O. SGDD

MATERIALI E METODI

Efficienza e collaborazione fin dal momento della progettazione. Questo il primo punto per l'attuazione del Nuovo ospedale SGDD. Quale la nostra vision, mission e quali i nostri obiettivi? Per ottimizzare tempo e risorse il primo step è stato quello di organizzare il team project composto da personale sanitario e tecnico. Due gruppi snelli che comprendono figure chiave per le diverse aree. La fase di ideazione prima, quella di progettazione poi. Dalla Direzione è

stato resa esplicita la necessità di raccogliere idee e proposte provenienti da dipendenti e associazioni di pazienti. Per questo sono state organizzate delle brain storming sessions: nuove proposte, critiche, ma anche paura del nuovo. I team leaders hanno successivamente filtrato e riorganizzato queste informazioni per proporre delle indicazioni agli architetti. Un flusso di informazioni e idee che devono quindi partire dai sanitari e concretizzarsi grazie al lavoro dei tecnici.

Nuove idee, sì, ma con delle basi soli-

de, quelle della Evidence Based Architecture, parola ormai chiave nel settore della progettazione sanitaria. Solo infatti dall'attenta analisi dei lavori prodotti in questo ultimo decennio sulle teorie di progettazione e di progetti che, grazie alle loro caratteristiche funzionali e strutturali, rappresentano dei capisaldi per l'architettura ospedaliera, è possibile progettare riducendo errori e sprechi. Dall'analisi sono emersi numerosi studi interessanti, alcuni già realizzati e alcuni ancora teorici, ma comunque fondamentali per capire in che direzione l'ASF vuole andare.

Ma, una strategia di fondo sta alla base del nuovo "Concept" del SGDD -Campus della Salute- che dovrà essere innovativo per la struttura e per i servizi offerti, quella dell' "Oceano Blu", sviluppata dalla Harvard Business School. Come per l'economia ci siamo infatti resi conto che anche nel mercato della sanità è necessario proporre qualcosa di nuovo che rompa gli schemi della logica sanitaria attuale⁽³⁾. Obiettivo ultimo: migliorare l'outcome di salute⁽²⁾.

RISULTATI

"We shape our buildings and afterwards our building shape us..."⁽¹³⁾. Questa citazione di Wiston Churchill (10/5/1941) diventa vera più che mai nel momento in cui ci troviamo di fronte alla progettazione di un ospedale.

Può essere infatti semplice affermare che ogni paziente debba avere la sua camera, che ogni camera debba avere determinate caratteristiche, che l'ospedale debba rispettare l'ambiente. Ma nella progettazione di una struttura ospedaliera in cui la tecnologia si deve unire all'umanità, è davvero così semplice riportare queste idee alla realtà? Durante la prima fase di ideazione del progetto del nuovo San Giovanni di Dio, questa è una delle prime domande che il team project si è posto e, per progettare nella maniera più appropriata, è stata fondamentale l'analisi dei progetti delle più recenti strutture ospedaliere.



Fig. 4 Rendering Hall Denver Children Hospital

Troppe volte infatti durante la fase di progettazione si rimane giustamente invischiati nella fitta normativa che regola l'architettura ospedaliera tralasciando alcuni degli elementi ormai ritenuti fondamentali sia dal personale sanitario che dai pazienti.

Da questa prima analisi emerge che nell'ultimo decennio a livello internazionale sono state costituite numerose associazioni di architetti, ingegneri e personale sanitario con la funzione di definire i criteri della progettazione ospedaliera e della Evidence Based Architecture (EBA)⁽¹⁰⁾. Analogamente alla Evidence Base Medicine, si progetta basandosi su lavori già esistenti o su strutture ospedaliere di alto livello che rispettino delle determinate caratteristiche strutturali/funzionali. In questo ambito emergono immediatamente i 1500 studi di EBA i quali hanno già esaminato i modi in cui il design e la struttura di un ospedale possono ridurre il rischio di errori medici, infezioni e cadute, e determinare una diminuzione dello stress del paziente⁽²⁾. Il team project nell'ambito di questa vasta gamma di idee, progetti e suggerimenti e in base ai dati emersi dalle riunioni di staff ha scelto alcuni criteri fondamentali che dovranno caratterizzare il nuovo SGDD.

Infatti, l'ospedale ideale, ma reale, non può prescindere da alcuni elementi di base e deve saper rispondere alle

esigenze presenti, prevedendo anche quelle future⁽¹⁾.

La struttura, primo elemento fondamentale, quello che ci permette di andare a determinare una prima organizzazione del lavoro all'interno dell'ospedale. Quelle presenti in letteratura sono molto numerose (Breitfuss, double comb, Arcade, Cross, Branch, Linear e Pavillon Structures)⁽⁷⁾ e tutte presentano pregi e difetti. Per scegliere quella a noi più consona ci siamo basati sull'analisi delle reali attività dell'ospedale. La struttura non può prescindere infatti dal tipo di medical care che l'ospedale dovrà offrire. E, sebbene l'attuale ospedale sia considerato prevalentemente un ospedale per acuti, considerando i cambiamenti di tipo economico-sociale della popolazione e del diverso bisogno di salute dei cittadini, sarà necessario prevedere una struttura high tech per l'acuto e la degenza, una parte per il chronic care e una low tech per le terapie alternative⁽⁴⁾. Questo significa flessibilità interna ed esterna in previsione della forte dinamicità tecnica e culturale della nuova struttura⁽⁹⁾.

Sempre dal punto di vista strutturale, i criteri da noi ritenuti fondamentali sono quelli delle 3E (Effectiveness, Ecology, Equità) e delle 3S (Sustainability, Security, Selfreliance)⁽⁶⁾.

Il nostro ospedale dovrà infatti favorire l'efficienza considerando sia i nuovi pathways clinici (come quello del lean hospital) sia le nuove tecnologie; dovrà essere un ospedale ecofriendly dove si preveda il risparmio energetico, l'utilizzo di materiali riciclati o che non abbiano un forte impatto ambientale; equo per tutti i pazienti; sostenibile, ossia che risponda al continuo cambio di esigenze; sicuro e che rispetti il criterio della self reliance al fine di rispettare e favorire l'autonomia dell'individuo.

Considerando l'ospedale come un Campus della Salute, il concetto di insight-hospital, sviluppatosi in questi ultimi anni, e che sta prendendo sempre più piede (basti vedere il rinomato concorso di Architectur for Health o la nuova costruzione dell'ospedale della montagna

di Alba) diventa per noi criterio fondamentale di progettazione. Questo tipo di progettazione considera la possibilità di trasformare l'esterno in interno cosicché sia utenti che dipendenti abbiano una maggior senso di libertà. Nel nostro progetto saranno quindi previste una piazza o delle grandi verande con luce proveniente dall'alto filtrata e dosata da vetrate high tech, con una fontana centrale e un piccolo anfiteatro che i medici potrebbero utilizzare per fare lezioni pubbliche o degli eventi di promozione alla salute. Una vera e propria agorà dove la scienza, la medicina, il paziente e il cittadino si incontrano. Nel parco che circonda la struttura verrà poi costruito un piccolo centro congressi, e delle aule con tavole rotonde, un internet point, una biblioteca e una sala relax, il cuore pulsante per medici e infermieri dove saranno previsti incontri e momenti didattici.

Dalla struttura al design. Un ospedale per il personale, un ospedale per il paziente. Accoglienza e funzionalità.

Sebbene siano due concetti estremamente semplici non è facile rendere una struttura che di per sé dovrebbe essere impersonale, in un ambiente familiare ed amichevole. E allora ecco, la nostra scelta di utilizzare luce e colore come elementi architettonici per dare personalità all'impianto strutturale. Luce naturale prima di tutto⁽⁵⁾, non solo per il risparmio energetico, ma anche per il benessere di pazienti e personale. Ci proponiamo quindi, prima della fase di progettazione di stanze degenza e corridoi di effettuare un attento studio dell'esposizione solare in modo che la luce naturale possa raggiungere anche il centro della struttura come per esempio è avvenuto per i corridoi del New Martini Hospital o per le stanze dell'"ospedale della montagna". I colori diventeranno importanti invece per facilitare l'orientamento del paziente e per il loro effetto terapeutico; come per il caso il new Children Hospital di Denver anche per noi si parlerà di vera e propria terapia del colore (Fig. 4). E il verde, che oltre all'equilibrio, rappresenta una vera e propria filosofia di progettazione,

quella del "Building green", dovrà essere presente anche nella sua forma più vera, piante e zone verdi dentro e fuori l'ospedale dove i pazienti e i familiari possono rilassarsi. (Fig. 5). La salute dell'ambiente che ci circonda va di pari passo con la salute del paziente⁽⁸⁾. E l'ospedale SGDD vista la sua magnifica localizzazione non si può dimenticare dell'ambiente che lo circonda. Per questo motivo anche per i materiali vorremmo giocare sul contrasto fra high tech e materiali di provenienza locale/nazionale. La vera innovazione sarà infatti la capacità di dare continuità, di accostare vecchio e nuovo in maniera armoniosa e funzionale alla personalità della struttura⁽⁹⁾. Ma la vera accoglienza, oltre che all'organizzazione della "lobby hall" dove insieme al punto informazioni sono stati pensati spazi per servizi diversi come bar/caffetteria, edicola, parrucchiere piccolo supermercato, prevede anche un ospedale senza barriere dove i pazienti e personale si possono muovere liberamente. Movimento fisico e telematico. Per questo potrebbero essere progettate le aree wireless nella lobby, nell'agorà, in alcuni corridoi e nella biblioteca. Anche in questo ambito l'ospedale deve sempre rinnovarsi e porre la tecnologia e la cultura al servizio dell'utente.

Ma la nostra innovazione principale è rappresentata dalla nuova percezione di ospedale come "campus della salute" che enfatizza la guarigione e il wellness. In questo modo il design ospedaliero potrà incoraggiare uno stile di vita più attivo sia per i pazienti che per i dipendenti. Anche alla luce del più moderno concetto di salute, la presenza di zone verdi, una piccola palestra o aree fitness e wellness rappresenteranno un'offerta fondamentale per un ospedale che crei salute.

Il nostro ospedale non dovrà più essere solo un ospedale per il paziente, ma soprattutto un centro del benessere in senso lato. Il cittadino dovrà recarsi all'ospedale per stare meglio e questo potrebbe voler dire semplicemente so-

cializzare su una panchina di ciliegio nell'agorà ascoltando musica classica trasmessa in tutte le aree dell'ospedale in filodiffusione. In fine, il criterio che dovrebbe permeare tutti i precedenti, è quello estetico. La tradizione ci lega infatti al bello e sebbene sia difficile definirlo oggettivamente, riteniamo fondamentale che il progetto finale sia approvato da una commissione estetica⁽¹¹⁾. La bellezza come ritenevano gli antichi ha infatti un effetto sulla psiche e nel caso dell'ospedale può cambiare moltissimo la percezione che i cittadini hanno della struttura invitandoli addirittura ad entrare. Una struttura architettonica bella di per sé, da visitare, come lo fu e lo è ancora il primo ospedale di San Giovanni di Dio del 1702.



Fig. 5 Rendering Ingresso/Hall della Clinica per il cuore di Singapore (Singapore's Energy Efficient Green Hearth Center)

CONCLUSIONI

I cambiamenti accadrà. Noi possiamo o subirlo o più desiderabilmente, condurlo. Sebbene le fasi di progettazione e ideazione siano appena iniziate, con grande entusiasmo i team project stanno lavorando per la creazione dell'ospedale del futuro. Le proposte e le relazioni precedentemente illustrate rappresentano le fondamenta del moderno SGDD, campus della salute, che ci auguriamo possa diventare un esempio della nuova architettura ospedaliera per struttura, funzionalità e umanità. Un ospedale con personalità e anima che rappresenti lo spirito di tutti quelli che lo vivono e che lo vivranno. Un

simbolo dell'integrazione fra Sanità e Territorio, ma soprattutto un epicentro di salute.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

(1) Bardwell.P. *New Hospital Preview the Future. USA Today, 11/12/2000.*

(2) Campbell C.A. *Health Outcomes Driving New Hospital Design. The New York Times, Maggio 2009.*

(3) Chan W., Mauborgne R. *Strategia Oceano Blu. Vincere Senza Competere. Etas 2005*

(4) Finch.P. *Doctor's Orders: Healthcare Architecture, too often a functionalist response to short term budgeting should increasingly be based on the wealth of evidence about how patients respond to different physical environment. Architecture Review, Maggio 2005.*

(5) Masiero R. *La malattia e le sue architetture. La rivista Tecnica, 2001.*

(6) Nagasawa Y. *Exploring the 3E+3S approach to planning. IFHE Digest, 2010:32-35.*

(7) The Netherlands Board of Hospital Facilities. *The general building guidelines for new buildings. Report number 0.107.*

(8) NHS Guide to the Accessibility of Buildings in Healthcare and Social Service Sectors.

Transforming the Environment: Practical Lessons in Creating the Environment for Care;

(9) Verdeber S., Fine D. *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformations. Yale University Press, 2000.*

(10) http://www.fastcompany.com/blog/rob_tannen/design-human/usin-evidence-based-design-methodology-all-design

(11) <http://www.thesah.org/about/terms.cfm> National and international advocacy group for the arts into the healing health care environment.

(12) http://www.usl2.toscana.it/info/nuovo-osp/linee_prog_all2.htm Linee guida per la progettazione.

(13) http://www.wbdg.org/design/health_care.php Health care facilities -Whole building design guide- Overview

Out flow DEA: nuove strategie aziendali

Riassunto

In seguito alla delibera della Regione Toscana n° 1010 del 2008 l' Azienda Sanitaria Fiorentina ha ideato una serie di progetti per migliorare l'efficienza delle attività di Pronto Soccorso, ridurre il sovraffollamento e i tempi di attesa ad esso connessi. Le strategie messe in opera sono state essenzialmente tre: la creazione di un team di "bed management", l'istituzione della discharge room e la realizzazione del progetto "un solo paziente". Questi interventi sono mirati al miglioramento del flusso interno dei pazienti, ma anche alla sostenibilità di un precoce rientro in famiglia, o in strutture protette, dei soggetti più fragili. A tutt'oggi si è appena conclusa la fase sperimentale in due Presidi Ospedalieri della Azienda, sia per quanto concerne l'attuazione del progetto di "un solo paziente", sia per la realizzazione della discharge room. Il software "giro-letti" usato dal team del bed management per il momento non viene utilizzato a regime da tutte le Unità Operative per cui non sono ancora disponibili i risultati della sua applicazione.

A. Alessandri*, **A. Appicciafuoco***, **S. Brugnoli***, **E. Carucci****;
S. Guarducci**, **S. Naldini***, **A. Pizzi*****, **V. Vinante***

* Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio - ASL 10 Firenze

** Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva - Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

*** Servizio Sociale Dimissioni Programmate ASL 10 Firenze

INTRODUZIONE

Nel dicembre 2008 la Regione Toscana ha emanato una delibera che si propone di promuovere interventi organizzativi e gestionali per affrontare il problema del sovraffollamento nei Pronto Soccorso. (3) In applicazione di tale delibera l'Azienda Sanitaria Fiorentina ha avviato alcuni progetti finalizzati al miglioramento del flusso dei pazienti nei Dipartimenti di Emergenza ed Urgenza focalizzandosi soprattutto sulle dimissioni complesse. I punti cardine del progetto della ASF sono stati essenzialmente tre:

- la creazione di un team di "bed management"
- la realizzazione della Discharge Room
- il progetto "Un solo paziente"

MATERIALI E METODI

Il bed management

Aderendo anche alle indicazioni internazionali ("Hide a bed czar", ACEP Task force report on Boarding 2008) (1) la ASF ha istituito il "bed management team" con lo scopo di ottenere un'ottimizzazione dei posti letto disponibili all'interno del presidio ospedaliero.

Il team, costituito da un Dirigente medico della DSPO e un Coordinatore Infermieristico, assegna settimanalmente alle varie Unità Operative il numero di dimissioni attese (per ogni giorno della settimana) in base alla analisi del trend storico. Osserva ed analizza poi le motivazioni delle discrepanze con le dimissioni effettive, promuovendo

azioni di miglioramento. Il Sistema Informativo della ASF ha costruito per questo un software denominato "giro-letti" che viene utilizzato per visualizzare in tempo reale la situazione dei posti letto disponibili oltre che nel proprio Presidio Ospedaliero, anche negli altri presidi aziendali. I medici del PS possono accedere a tale software velocizzando così le pratiche per l'assegnazione dei posti letto nei vari reparti. I medici di ogni Unità Operativa gestiranno le dimissioni e i trasferimenti utilizzando tale programma che permette fra l'altro, l'inserimento della prevista ora di dimissione dei singoli soggetti così da poter predisporre, il più precocemente possibile, la nuova assegnazione del posto letto. Il bed manager può monitorizzare la situazione di tutti i posti letto disponibili identificando tempestivamente le condizioni di criticità rispetto all'afflusso in entrata al PS per poter eventualmente bloccare l'attività elettiva del presidio.

Discharge room

La realizzazione della "stanza delle dimissioni" ha lo scopo di facilitare lo scorrimento del flusso dei pazienti in uscita dai reparti del Presidio Ospedaliero, rendendo disponibili in tempo reale i posti letto per i pazienti che pervenuti al pronto soccorso, sono stati ritenuti idonei per un ricovero.

Le dimissioni dei pazienti dai reparti di degenza vengono comunicate al personale della discharge room il giorno precedente in modo tale da poter coordinare l'organizzazione del trasporto con le Associazioni di

**PAROLE CHIAVE:**

Bed management; discharge room; "un solo paziente"

Situazione Presidi per Tipo di Letto						
Codice	Descrizione					Totale
09062701	Borgo San Lorenzo	0	0	0	0	0
09062901	S.M.A.	0	4	240	4	9
09062902	Serristori	0	0	0	0	0
09063201	Santa Maria Nuova	0	0	0	0	0
09063202	Piero Palagi	0	0	0	0	0
09063203	San Giovanni di Dio	17	20	205	4	16
09063206	P.O. Ponte Nuovo	0	0	0	0	0
Totali		17	24	445	8	25

Situazione Presidi per Stato del Posto Letto						
Codice	Descrizione					Totale
09062701	Borgo San Lorenzo	0	0	0	0	0
09062901	S.M.A.	0	0	254	0	3
09062902	Serristori	0	0	0	0	0
09063201	Santa Maria Nuova	0	0	0	0	0
09063202	Piero Palagi	0	0	0	0	0
09063203	San Giovanni di Dio	1	2	255	0	4
09063206	P.O. Ponte Nuovo	0	0	0	0	0
Totali		1	2	509	0	7

Fig. 1 Software "giroletti": situazione presidi ASF per tipo di letto disponibili

Elenco Letti nel Reparto							
Camera/Letto	Paziente	Interventi	Data Ricovero	Sesso	Tipo Letto	Stato	Specialistica
CHU2 - Camera 2							
21	prova		16-03-2010				
22	Tizio		22-03-2010				
23	Caio		20-03-2010				
24			00-00-0000				
25			00-00-0000				
CHU3 - Camera 3							
31	Anna Bella		21-03-2010				
32	Rossi Sara		24-03-2010				
33			00-00-0000				
34			00-00-0000				
36			00-00-0000				
CHU4 - Camera 4							
41			00-00-0000				
42			00-00-0000				
43			00-00-0000				

Fig. 2 Software "giroletti": Simulazione elenco posti letto disponibili. Reparto chirurgia d'urgenza

Volontariato o con la famiglia del paziente dimesso. La mattina i soggetti in dimissione vengono trasferiti dal reparto alla discharge room e il personale sanitario provvede alla loro

sorveglianza, all'eventuale consegna dei farmaci, a fornire al paziente e ai familiari tutte le informazioni relative alla terapia da proseguire al domicilio ed ad assicurare altre

eventuali attività assistenziali. La struttura del locale è divisa in due zone, una per accogliere i pazienti deambulanti ed una per i soggetti barellati o in carrozzina. Viene inoltre garantita una condizione di comfort ambientale (TV, spazio ristoro, servizi igienici dedicati...).

Un solo paziente

"Un solo paziente": perché uno solo è il modo di analisi, il processo di osservazione e di risposta ad un bisogno sanitario negli ospedali fiorentini (ASL e AUOC) e nel territorio di residenza. Il criterio è omogeneo come omogenea è la risposta. ⁽²⁾

L'elemento innovativo è il concetto che sottende il progetto: non è più l'ospedale che "spinge fuori" ma il territorio che "aspira" il paziente, spostando il fulcro del processo.

Questo progetto Aziendale è finalizzato alla gestione delle dimissioni complesse, di tutti quei pazienti cioè, che presentano un'impossibilità di rientro al domicilio o che necessitano dell'attivazione di un intervento di continuità assistenziale. Tramite una valutazione multidimensionale, secondo criteri concordati tra i professionisti dell'ospedale e quelli del territorio, viene fornita una risposta proporzionata al grado di complessità delle necessità assistenziali.

Uno dei principi fondamentali di tale progetto è che il percorso di dimissioni per tutti gli assistiti dell'Azienda sia omogeneo ed equo, indipendentemente dall'ospedale o dalla zona di residenza. Il progetto è articolato in vari step. Il punto chiave è l'identificazione tempestiva dei soggetti a rischio di dimissioni complesse che viene effettuata mediante una scheda di valutazione precoce di rischio (indice BRASS Blaylock Risk Assessment Screening) somministrata entro 48 ore dall'ingresso del paziente. Ai soggetti che hanno riportato uno score di rischio medio alto viene effettuata una valutazione

Esito ipotizzato a seguito della valutazione multidimensionale, suddiviso per 4 zone di residenza					
	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4	TOTALE
Indice di Brass positivo	11	26	3	1	41
Deceduti	4	5			9
Trasferiti	1		2		3
Cure Intermedie	3	4			7
Lungo degenza		1			1
RSA		2	1		3
ATI	2	9		1	12
RO EH		1			1
RN EH	1	1			2
ROT		2			2
RO RSA		1			1

Tabella 1. Esito ipotizzato a seguito della valutazione multidimensionale, suddiviso per le 4 zone di residenza della ASF.

Esito effettivo					
	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4	TOTALE
Indice di Brass positivo	11	26	3	1	41
Deceduti	4	5			9
Trasferiti	1		2		3
Cure Intermedie					
Lungo degenza	1	3			4
RSA					
Domicilio	4	15	1	1	21
ATI					
RO EH					
RN EH					
ROT					
RO RSA					
RN H	1	1			2
RO H		2			2

Tabella 2. Esito effettivo, suddiviso per le 4 zone di residenza della ASF.

multidimensionale che prevede una sezione clinica, una infermieristica, una sociale ed una funzionale. La valutazione di ogni dimensione assegna un punteggio e l'integrazione

dei punteggi delle dimensioni analizzate, orienta la scelta del percorso appropriato.

La scheda così compilata in ogni sua parte viene inviata per via in-

formatica al medico di medicina generale dell'assistito e alla zona territoriale di competenza entro le 72 ore precedenti alla dimissione. La definizione del percorso assi-

Legenda	
ATI	Assistenza Territoriale Integrata
Domicilio	Ritorno a casa senza assistenza
RO EH	Riabilitazione Ortopedica extraospedaliera
RN EH	Riabilitazione Neurologica extraospedaliera
RO T	Riabilitazione Ortopedica territoriale
RN H	Riabilitazione Neurologica ospedaliera
RO H	Riabilitazione Ortopedica ospedaliera
RO RSA	Riabilitazione Ortopedica estensiva in RSA

Legenda delle precedenti tabelle

stenziale post dimissione da parte del Servizio Territoriale deve avvenire entro le 24 ore dal recepimento della segnalazione del bisogno.

La Direzione Aziendale assicura l'assegnazione delle risorse (giornate di lungodegenza, riabilitazione in struttura, cure intermedie, interventi domiciliari) ed il controllo dell'appropriato utilizzo.

RISULTATI

Il bed management

Il software "giro-letti" attualmente è in fase di iniziale sperimentazione e simulazione in un presidio dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

Il Presidio San Giovanni di Dio ha completato l'inserimento della schermata dell'assetto dei posti letto nei diversi dipartimenti e di area critica. Si prevede di avere il programma a regime per giugno 2010 per il primo ospedale, passando successivamente all'attivazione al Torregalli, procedendo contemporaneamente alla predisposizione dell'inserimento dell'assetto posti letto negli altri tre ospedali dell'azienda.

Discharge room

Per il momento la discharge room è già attiva in alcune Aziende Ospedaliere e/o Universitarie della

Toscana ed ha riportato un netto miglioramento dei tempi di permanenza al PS (ad es. all'Azienda Ospedaliera Universitaria Le Scotte di Siena, si è passati dal 72% allo 83% dei soggetti trattati e dimessi entro le 4 ore previste dalla DGR n° 140 del 2008). A livello della ASF attualmente la "stanza delle dimissioni" è presente in un solo ospedale.

Nel Presidio di San Giovanni di Dio in attesa della realizzazione del nuovo edificio, verrà ricavata all'interno di uno dei reparti di medicina che verrà ristrutturato a breve.

Un solo paziente

Due presidi della Azienda Sanitaria di Firenze hanno effettuato la fase di sperimentazione del Progetto "un solo paziente".

La fase di sperimentazione della durata di una settimana ha lo scopo di:

- affinare lo strumento per la valutazione del rischio per la pianificazione dei bisogni.

- identificare, formare gli attori del processo e ben scandire la tempistica: infatti lo spostamento dell'asse portante del progetto dall'ospedale al territorio rende indispensabile che quest'ultimo acquisisca tempi di reazione in sintonia con le necessità dell'ospedale. Se così non

fosse fatalmente le ripercussioni sulle disponibilità dei posti per acuti sarebbero pesanti, determinando il collasso dell'ospedale.

- valutare qual è l'impatto sui territori dell'area fiorentina del flusso in uscita di pazienti fragili dall'ospedale, in modo da poter pianificare in maniera appropriata il "paniere" dei servizi da fornire. Nella situazione attuale, i pazienti eleggibili a dimissione complessa nel 50% dei casi vanno incontro ad un prolungamento del ricovero per la difficoltà nel reperire una risposta adeguata.

Inoltre il 60% delle dimissioni avvengono in setting non appropriati (di livello superiore al bisogno) per la mancanza di risposte adeguate. L'analisi dei risultati della settimana pilota che è stata effettuata per prima all'Ospedale di S. Maria Annunziata ha permesso in prima battuta di evidenziare che esiste uno scostamento fra l'esisto previsto in base al sistema di valutazione e quello effettivo. Questo in parte fa riflettere sull'utilizzo dell'indice di Brass come "screening" per l'attivazione del processo: in alcuni casi si conferma che vengono fornite risposte sovradimensionate per la carenza di alternative più appropriate (maggior ricorso alla lungodegenza versus cure intermedie, ad esempio), in altri casi l'ospedale sovrastima la supposta fragilità che appare inficiata dall'elemento della logica ospedaliera a fronte di quella territoriale. Siamo in fase di elaborazione dei dati della settimana pilota (22 febbraio-28 febbraio 2010) effettuata a San Giovanni di Dio: speriamo con questi risultati di poter produrre una fotografia della realtà più stabilizzata.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

E' una constatazione ormai consolidata che in tutti i Paesi occidentali in cui è in vigore un sistema di ge-

stione dell'emergenza di tipo Dipartimentale, negli ultimi 4 anni si è verificato un aumento esponenziale nelle presentazioni al Pronto Soccorso. L'approfondire il perché questo si stia verificando ovunque e se le prestazioni richieste siano o meno appropriate, non è lo scopo della nostra relazione e del nostro studio.

Noi partiamo dal dato ormai definitivo che ai DEU si rivolgono un numero crescente di persone che richiedono la soluzione ai loro bisogni di salute più o meno importanti. Il nostro compito è di fornire all'utente una prestazione adeguata in tempi decorosi. Tuttavia il conseguimento di tale obiettivo non è così facile, né alla portata di mano. Infatti tutti gli aggiustamenti che nei diversi Paesi occidentali sono stati approntati sia dal punto di vista prettamente strutturale che da un punto di vista organizzativo, tanto sulle fasi territoriali per accesso al DEU, quanto durante il percorso interno e in uscita dal DEU, hanno determinato miglioramenti solo parziali e temporanei.

La Delibera n°1010 della Regione Toscana ha individuato tre modalità di intervento per cercare di rendere più scorrevole l'outflow dal Dipartimento dell'emergenza.

L'istituzione del team del bed management, ha determinato sicuramente un elemento di ordine, di riferimento, un punto fermo nell'attribuzione dei posti letto in uscita. La figura del bed manager è stata istituita in molte Regioni, con l'auspicio che fosse un elemento risolutore delle problematiche del Pronto Soccorso. In parte è stato così ma la stampa, dove massimo rilievo era stato dato a tale innovazione, in modo impietoso ha decretato se non il fallimento, almeno un forte ridimensionamento delle aspettative.

L'Azienda sanitaria di Firenze confi-

da che l'applicazione a regime del programma "giro letti" consenta un ulteriore miglioramento nella gestione dei posti letto.

La discharge room ha agevolato il percorso del paziente dal DEU al suo reparto di destinazione all'interno dell'ospedale: la realizzazione di un sistema di accoglienza e supervisione di quei pazienti dei reparti dimessi, ma di fatto ancora presenti per motivi logistici ed in quanto tali sempre a carico della struttura di ricovero, ha determinato un abbattimento dei tempi morti.

Il miglior risultato è stato conseguito nell'Azienda Universitaria-Ospedaliera di Siena, dove sono state profuse nel progetto notevoli energie umane e risorse strutturali ed economiche.

La realizzazione di un servizio di discharge room al 5° piano del Presidio di San Giovanni di Dio, in continuità con un reparto di medicina e al quale possano afferire tutte le specialità del Dipartimento medico utilizzando personale della degenza, apporterà uno snellimento della possibilità di rendere disponibili al DEU i letti di area medica prima delle 14.00, in modo da ridurre la condizione di affollamento anche strutturale del pronto soccorso, con una susseguente condizione di maggior serenità e minor pressione nella gestione dei pazienti.

Il progetto "un solo paziente" ha l'obiettivo di creare un flusso di informazioni che viaggi dall'ospedale al territorio, individuando in modo tempestivo i pazienti "fragili" nel significato più ampio del termine (fisico, psichico, economico, di contesto sociale).

Il territorio si riappropria del ruolo di gestore dei bisogni di salute del cittadino, mentre l'ospedale ritorna ad essere una fase, un anello del percorso del paziente.

L'identificazione precoce di un bisogno sanitario nel corso del ricovero, con la partecipazione di tutte le professionalità coinvolte (medico, infermiere, assistente sociale e quando necessario fisioterapista) non è certo un concetto innovativo. Innovativa invece è la gestione del suo "destino" post ricovero durante la degenza, da parte di un pool di professionisti territoriali. Innovativa è la gestione del percorso del paziente non come singoli fotogrammi di un lungometraggio, come spezzoni distaccati, ma come un insieme, un film con un inizio, una trama e un finale.

Gli autori ringraziano il comitato tecnico scientifico del progetto, nelle persone di L. Peracca; F. Bellini; N. Comodo; G. Bonaccorsi; L. Rasero; M. T. Mechi; C. Buonamici; S. Latini; L. Garofolini; S. Baldi; L. Baggiani; A. Bussotti, per la collaborazione prestata.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AA.vv. American College of Emergency Physicians (ACEP). *Emergency Department Crowding: high - Impact Solutions*
- 2) Azienda Sanitaria Fiorentina - *Deliberazione del Direttore Generale n. 762 del 22/10/2009 "Presa d'atto finanziamento regionale di Euro 608.000,00 per i progetti discharge room, un solo paziente, assistente sociale DEA"*
- 3) Giunta Regione Toscana - *Deliberazione n. 1010 del 01/12/2008 "Interventi ed iniziative per il miglioramento dell'efficacia ed efficienza nelle attività del Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie Toscane secondo i modelli della Discharge room e delle Agenzie per i Servizi per la continuità ospedale-territorio"*



Changing tomorrow



Astellas has a vision to change tomorrow. Through our commitment to providing patients with hope for a brighter future, we aim to lead the way in our areas of therapeutic expertise; focusing where medical needs remain unmet. Through innovation, Astellas will continue to identify and develop new ways to improve the health of patients.

Our aim is that we will discover tomorrow's medical solutions to today's healthcare problems. In this, as in everything we do, Astellas is committed to the success that comes from CHANGING TOMORROW.

www.astellas.eu

© March 2010 Astellas Pharma Europe Ltd. CSC0208

ASTELLAS, LEADING LIGHT FOR LIFE, the Star logo, CHANGING TOMORROW and the Ribbon logos are trade marks of Astellas Pharma Inc. and/or its related entities.

TRANSPLANTATION
UROLOGY
DERMATOLOGY
ANTI-INFECTIVES
PAIN MANAGEMENT



astellas
Leading Light for Life

Multidisciplinarietà e multi professionalità

Riassunto

La relazione prende in esame lo sviluppo di strategie per l'innovazione delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale italiano che utilizzino come leva per il cambiamento l'integrazione orizzontale dei "saperi" nel management delle organizzazioni sanitarie.

Vengono illustrati alcuni casi di lavoro in team, multi professionali e multidisciplinari, per le funzioni di supporto alle Direzioni Aziendali.

Sulla base di recenti pubblicazioni a livello internazionale viene discusso il programma "Coltivare l'innovazione", promosso in collaborazione dalla Regione e dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, sia ASL sia Ospedaliero-universitarie, dell'Emilia Romagna (il progetto ha in una prima fase la durata di 12 mesi).

Esso prelude ad un proseguimento del percorso formativo da svilupparsi in collaborazione con l'Università.

Paolo Cacciari*, Barbara Curcio Rubertini**

*Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna

**Scuola di Dottorato in Sanità pubblica, Università di Bologna

INTRODUZIONE

In questa relazione l'argomento (multidisciplinarietà e multiprofessionalità) verrà trattato con particolare riferimento agli aspetti formativi.

I titoli degli interventi che, nella stessa sessione, la precedono e la seguono (dall'Ospedale altamente tecnologico al territorio attrezzato, dall'innovazione dei servizi ai percorsi fra realtà organizzative diverse fino alla ricerca scientifica e così via) impongono infatti una riflessione su che cosa il Sistema sanitario possa mettere in campo, direttamente (agendo come formatore) e/o collaborando con l'Istituzione accademica di cui la formazione costituisce una delle due ragioni d'essere (agendo come committente) per ottenere management e operatori di diversa origine culturale il più possibile complianti nell'azio-

ne comune tesa a perseguire i fini del Sistema stesso.

Mi torna utile per introdurre l'argomento ricordare l'articolo "Il ruolo del Direttore sanitario di Azienda e del Direttore medico di Presidio ospedaliero nel contesto sanitario italiano ed europeo" che, a firma Finzi-Kob, è comparso nel N. 4/09 della rivista dell'ANMDO "L'Ospedale". In esso si sottolineava la necessità e l'urgenza di "individuare i provvedimenti programmatori, organizzativi ed operativi per far fronte alle nuove esigenze..". L'articolo continuava proponendo una "definizione dei ruoli e delle funzioni del Direttore sanitario di Azienda e del Direttore medico ospedaliero in accordo con l'evoluzione delle conoscenze...".

Fra le nuove inevitabili competenze della Dirigenza gli autori consideravano vasti campi attinenti il Governo

aziendale in prospettiva di sviluppo, la Clinical governance nelle sue varie componenti, per meglio specificare gli aspetti relativi al Health technology assessment, alla Medicina (meglio, alla Assistenza) basata sulle evidenze, alla Gestione del rischio per giungere più in generale alla Gestione della qualità.

Seguiva un elenco necessariamente impressionante di nuove competenze che la Direzione aziendale dovrebbe possedere per agire con efficacia in un ambiente da sempre complesso e per di più in evoluzione sempre più rapida.

Bene quindi il richiamo alla necessità di nuovi "provvedimenti programmatori, organizzativi ed operativi"; ma chi sarà in grado di incarnare in modo armonico ruoli e competenze guida così ampi e disomogenei da far tremare le vene ai polsi?

Su chi abbia maggiori probabilità di successo nel rivestire il ruolo di Alta direzione torneremo oltre, ma la stessa semplice lettura di questo tipo di apparentemente innocue elencazioni non può non spingerci a considerare come obbligatorio lo svolgimento della attività direzionale sanitaria da parte di gruppi (team!) composti da individui con formazione originale non omogenea.

Ci ritroviamo quindi all'argomento di questa relazione.

MATERIALI E METODI

Viene trattato il tema delle strategie per l'innovazione che utilizzano, come leva per il cambiamento, l'integrazione orizzontale dei "saperi", allo scopo di migliorare il manage-

**PAROLE CHIAVE:**

Multidisciplinarietà, Multiprofessionalità, Integrazione, Innovazione, Formazione.

ment delle aziende sanitarie.

Prendo lo spunto da un articolo, apparso sulla rivista dell'Harvard Business School nel 2003, "What really works", di N.Nohria, che rende conto di un'ampia ricerca- Evergreen Project, concernente 160 Aziende e 40 industrie, osservate per un periodo di 10 anni (1) .

Queste ricerche hanno permesso di analizzare le pratiche manageriali che si sono dimostrate maggiormente efficaci nel garantire il successo duraturo delle Aziende.

Eccole, in sintesi:

1. Strategia:

- costruire la strategia basandosi su una profonda conoscenza dei clienti e delle capacità dell'azienda
- comunicare in modo chiaro la strategia a dipendenti, clienti e stakeholders,
- ridefinire la strategia solo in funzione dei cambiamenti del contesto.

2. Messa in opera:

- sviluppare e mantenere alta l'attenzione sulle performance (monitoraggio continuo)
- fornire prodotti e servizi che soddisfino le aspettative dei clienti
- responsabilizzare sul miglioramento delle performance gli operatori più direttamente coinvolti nella produzione.

3. Cultura:

- investire sulla consapevolezza del ruolo e del valore sociale dell'Azienda
- stimolare tutti gli operatori a lavorare al più alto livello possibile, incoraggiando sia l'apporto indi-

viduale che il lavoro di squadra

- creare le condizioni idonee per permettere ai manager e agli operatori di prendere decisioni autonome
- retribuire in base al rendimento, ma continuando ad elevare gli standard di performance
- associare agli incentivi economici anche incentivi "psicologici" (riconoscimenti, formazione, etc.).

4. Struttura:

- mantenere una struttura snella e flessibile, orientata a ridurre la burocrazia e semplificare il lavoro.
- utilizzare procedure e protocolli solo quanto utili a migliorare le performances e a semplificare i processi
- promuovere la cooperazione e lo scambio di informazioni attraverso il contributo di tutti gli operatori
- istituire sistemi per lo scambio continuo di conoscenze.

5. Competenze degli operatori:

- trattenerne i dipendenti di talento,
- creare e mantenere al top della linea i programmi di formazione e di sviluppo professionale.
- mantenere coinvolti attivamente gli alti dirigenti nella scelta e nello sviluppo delle persone.

6. Innovazione:

- realizzare prodotti e servizi innovativi.
- applicare le nuove tecnologie per migliorare tutti i processi operativi, non solo quelli dedicati alla progettazione di nuovi prodotti e servizi.

7. Leadership:

- scegliere dirigenti di grande qualità tecnica per aumentare le prestazioni in modo significativo,
- retribuire il team della leadership aziendale in rapporto ai risultati del loro lavoro
- incentivare il management ad affinare le proprie capacità di individuare opportunità e problemi in fase iniziale,
- nominare un "consiglio di amministrazione" i cui membri hanno un interesse sostanziale nel successo dell'azienda.

8. Partnership:

- cercare la crescita attraverso partnership con altre Aziende.

Come si può evincere da questa selezione le dimensioni dell'integrazione (tra professioni, tra discipline, tra settori, tra livelli diversi di produzione o di gestione, tra le diverse aziende e attori) sono rappresentate in tutte le principali aree di esercizio del management e caratterizzano tutte le pratiche che si sono dimostrate maggiormente efficaci.

La sfida del coordinamento e dell'integrazione risulta cruciale, quindi, dentro e fuori le nostre organizzazioni, per diversi motivi, legati alla crescente complessità dell'ambiente organizzativo e del contesto nel quale le aziende sanitarie operano.

Complessità legata soprattutto a:

- Molteplicità dei processi
- Diversità di attori, interessi, valori, rappresentazioni
- Necessità di utilizzare in modo integrato informazioni, conoscenze, esperienze proprie di contesti diversi
- Cambiamento continuo.

L'integrazione di cui si sente l'esigenza nel management non è che uno specchio della richiesta di in-

tegrazione dei servizi che vengono offerti dalle Aziende Sanitarie.

Per condividere una definizione di "integrazione dei servizi", si propone di accogliere la seguente:

"Integrated care brings together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a means to improve the services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency" (Gröne, Garcia-Barbero 2001).

Perché integrare? Partendo dalla definizione, possiamo individuare quattro principali motivazioni:

- Per rispondere ai nuovi profili epidemiologici e demografici della popolazione, alla multimorbilità, al profilo di cura richiesto dalle malattie croniche
- Per guadagnare in efficienza
- Per guadagnare in efficacia
- Per rispondere alla crescente domanda sociale di miglioramento dell'accessibilità, della continuità, della qualità dei servizi.

E ancora: quali sono le possibili forme dell'integrazione, come integrare?

- Orizzontalmente (tra diverse discipline, tra professioni, tra setting assistenziali, tra settori diversi del sistema di welfare, tra pubblico e privato)
- Verticalmente (tra livelli diversi di servizio, tra clinica e management, tra programmazione e gestione, tra Sistema Formativo -Università. e Sistema Sanitario).

Cosa integrare?

- I livelli di servizio: ad esempio, cure primarie e riabilitazione
- Diversi Servizi ad una sotto-popolazione: ad esempio la popolazione anziana, la popolazione materno - infantile

- Servizi specifici: per la salute mentale, il diabete, le malattie respiratorie.

Garantire integrazione nella gestione dei servizi, sia a livello della definizione delle strategie che della loro messa in opera, richiede una particolare cura nello sviluppo di team efficaci.

Diversi studi si sono recentemente occupati di questo tema.

Uno dei più interessanti è senz'altro quello condotto dall' Economist Intelligence Unit nel 2008.

Si tratta di una survey condotta a livello mondiale, che ha coinvolto, attraverso interviste e questionari, circa 1000 Dirigenti di varie tipologie aziendali, sia pubblici che privati, a vari livelli di responsabilità (di grandi network, d'azienda, di equipe piccole e grandi). I risultati sono stati pubblicati nel Rapporto "Talent wars, the struggle for tomorrow's workforce" nell'autunno del 2009 (2). Lo studio indagava le politiche di gestione e, in particolare, quelle rivolte alla ricerca, allo sviluppo e al mantenimento in azienda dei talenti necessari a garantire innovazione e capacità di affrontare il futuro in maniera adeguata alla sfida della complessità.

Quali sono i principali comportamenti organizzativi che rendono una équipe/un team di direzione efficace nel praticare l'integrazione e garantire il futuro dell'azienda?

RISULTATI

Questi gli insegnamenti che possiamo ricavare dagli studi che abbiamo preso in esame:

- Porsi obiettivi chiari con outcomes misurabili
- Sviluppare ed utilizzare in maniera integrata sistemi informativi clinici e amministrativi
- Dividere e decentrare le responsabilità

- Garantire il training di tutti i membri dello staff
- Porre la massima attenzione alla comunicazione efficace.

A questo punto credo necessario portare l'esempio e testimoniare di una iniziativa, assunta da un Sistema sanitario regionale, che presenta anche il valore di proporsi buone prospettive di sviluppo verso l'Università. La Regione Emilia Romagna e le Direzioni responsabili del coordinamento delle tre Aree Vaste della stessa Regione (Emilia Nord, Emilia Centro e Romagna), hanno avviato nel 2010 un programma, denominato "Coltivare l'Innovazione" (3). Questo programma è stato preceduto nel secondo semestre 2009 da un progetto pilota di formazione, condotto utilizzando anche strumenti del web 2.0, denominato "Santé 2015. Verso una prospettiva orizzontale per la sanità". Il progetto pilota era promosso dalla Direzione Generale dell'AUSL di Ravenna, in collaborazione con il Programma MBA

(Master Business Administration) per quadri dell'Università del Québec di Montréal (Canada) e la Scuola di dottorato in Sanità pubblica dell'Università di Bologna.

Il progetto pilota aveva i seguenti obiettivi:

- produrre nuove conoscenze e migliorare le competenze dei partecipanti nell'individuare e agire opportunità di cooperazione e di integrazione dei "saperi" e delle pratiche tra diverse professioni, discipline e setting assistenziali;
- promuovere la disponibilità e le capacità di sviluppare obiettivi in partnership tra diversi contesti istituzionali, sia sociali che sanitari, e con i cittadini/utenti.

A seguito di questa esperienza è stato sviluppato per l'anno 2010 e seguenti il Programma "Colti-



vare l'Innovazione", esteso a tutte le aziende sanitarie, sia USL che ospedaliere e agli IRCCS dell'Emilia Romagna.

Obiettivo generale di questo nuovo programma è identificare i valori e gli elementi costitutivi di una strategia per lo sviluppo delle competenze per il governo dell'assistenza, proiettata nel futuro del sistema dei servizi sanitari e sociali della regione. Ci si propone anche di rispondere ai conseguenti più specifici quesiti: quali attori/ruoli chiave per l'innovazione nel management, quali popolazioni target, quali contenuti, quali metodologie di apprendimento e di sostegno, quali strumenti, quali modalità di valutazione...

La realizzazione avviene attraverso un ampio coinvolgimento dei gruppi dirigenti di tutte le Aziende della regione e si caratterizza come percorso di formazione/azione, cioè come un programma di apprendimento finalizzato, nel contempo, a formulare proposte di strategia.

"Coltivare l'Innovazione" ha la durata di 12 mesi (gennaio - dicembre 2010) e si articola in due fasi.

Alla prima fase del percorso partecipano 100 dirigenti responsabili delle diverse aree delle direzioni sanitarie e amministrative e delle direzioni gestionali (distretti, presidi ospedalieri, dipartimenti). I partecipanti sono individuati da ogni coordinamento delle Aziende di area vasta, in maniera da garantire una composizione delle aule multiprofessionale e rappresentativa dei diversi settori della gestione aziendale.

Il prodotto di questa fase sarà un documento condiviso di sintesi, che arriverà ad individuare le competenze distintive che il Sistema sanitario e sociale regionale dell'Emilia Romagna deve sviluppare /sostenere per poter affrontare con successo le sfide poste al suo modello di welfare nei prossimi anni.

Il documento di sintesi prodotto in questa fase del progetto - condiviso con il Comitato di Indirizzo - formerà le coordinate per la committenza del percorso formativo della seconda fase, che si potrà sviluppare sia a livello regionale che aziendale e di area vasta e in collaborazione con l'Università.

I partecipanti alla seconda fase del progetto saranno impegnati in un percorso che, a partire dal documento elaborato nella fase iniziale del progetto e dai quesiti che esso porrà, avrà come output la redazione di documenti finalizzati alla committenza e alla pianificazione di progetti formativi specifici per il sistema dei servizi sanitari e sociali dell'Emilia Romagna con particolare attenzione alla ricerca dei talenti e alla identificazione dei fabbisogni formativi per sostenere le strategie d'innovazione.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

E' tempo di concludere e lo farò con due considerazioni.

Sono convinto che iniziative di questa natura, originanti dal Sistema sanitario ma rapidamente allargate anche all'ambito universitario, non dogmaticamente semplificatrici ma con un progetto ben definito nei contenuti e nei tempi, originate da un impegno dell'Ente con la massima responsabilità di programmazione sanitaria e le giuste dimensioni territoriali (una Regione con tradizione positiva nell'ambito sanitario) abbiano buona prognosi.

Affermo che una buona squadra (anche, come abbiamo detto, ben formata ad essere squadra) ha ovviamente a sua volta bisogno di una Direzione ragionevole e ragionante.

Il contesto in cui oggi ci troviamo, oltre che la mia storia personale (ma non solo, dato che l'esperien-

za in genere nel tempo me ne ha dato prova) mi spingono a riaffermare che nelle Aziende sanitarie è il medico, e segnatamente il medico con formazione di Sanità pubblica, colui al quale con minore (benché sempre elevata) difficoltà si possono aggiungere "saperi" diversi per ottenere la sintesi necessaria.

Ciò però soltanto qualora costui sia il primo a rendersi conto che deve continuamente evolvere, studiando ed operando, e deve molto modificarsi rispetto alla sua originaria preparazione, pur favorevole.

E' definitivamente trascorso il tempo dell'autorità attribuita soltanto in forza di legge.

Mi auguro che siamo ormai tutti convinti che nel nostro campo nessuno può efficacemente rappresentare l'autorità senza essere capace di autorevolezza.

E l'autorevolezza, essendo grandemente deperibile, va continuamente perseguita e dimostrata.

BIBLIOGRAFIA

1) Nohria N., Joyce W., Roberson B., *What Really Works*, Harvard Business Review, 2003, July

2) *Talent wars, the struggle for tomorrow's workforce A report from the Economist Intelligence Unit*, May 2008

3) Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna, "Coltivare l'innovazione", marzo 2010 (reperibile sul sito <http://asr.regione.emilia-romagna.it>)



I sistemi di gestione per le aziende ospedaliere attraverso l'applicazione delle B.S. OHSAS 18001:2007

Riassunto

La struttura sanitaria oltre che luogo di cura è, di fatto, un ambiente di lavoro che, da questo punto di vista mette in evidenza aspetti significativi e peculiarità sue proprie non riconducibili ad altri settori lavorativi. Il Settore Sanità, pubblico e privato, costituito complessivamente dalle strutture sanitarie in generale ed ospedaliere in particolare, costituisce altresì un settore rilevante nel panorama lavorativo complessivo occupando circa 1.500.000 addetti ed in cui il fenomeno infortunistico, pur se meno marcato rispetto ad altri settori lavorativi, appare significativo per quanto attiene il numero di eventi e, di conseguenza, di giornate di assenza dal lavoro. L'organizzazione e gestione della tutela della salute dei lavoratori e la sicurezza nella struttura sanitaria, assumono quindi una valenza e particolare interesse anche in ragione in una molteplicità di fattori non riconducibili in via esclusiva al solo dato riguardante la popolazione lavorativa, ma anche ad alcuni ulteriori elementi quali:

- la stretta connessione tra la tutela della sicurezza e salute degli operatori e la qualità dei servizi erogati;
- la complessità organizzativa che vede oltremodo una forte spinta evolutiva verso una diversa organizzazione del lavoro in cui, sempre più spesso, sarà marcato il ricorso all'out-sourcing di servizi non più solo no-core, ma anche core;
- un'innovazione tecnologica "spinta" che genera sistematicamente modifiche e riadattamento di strutture, apparecchiature ed impianti ma, conseguentemente, dei processi lavorativi;

Partendo da questi principi e dal fatto che indubbiamente, all'interno delle strutture sanitarie, si sia avviato un profondo mutamento dell'organizzazione del lavoro e del sistema lavoro, appare evidente che vengono anche a mutare gli scenari di rischio, e sempre più difficile appare l'attuazione di un appropriato sistema di gestione e controllo. La tutela della salute e la sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie mediante l'adozione di un modello di organizzazione e gestione, può però diventare opportunità di miglioramento, se non indispensabile necessità nel caso di una struttura organizzativa complessa. Le Linee Guida UNI-INAIL (settembre 2001) e la norma OHSAS 18001:2007, costituiscono di fatto il modello di riferimento per le strutture sanitarie che intendono adottare ed efficacemente attuare un modello di organizzazione e gestione della sicurezza sul lavoro. La Regione Lombardia, che ha da tempo assunto i concetti di responsabilizzazione della società civile e di sussidiarietà, nel Piano regionale 2008-2010 per la promozione della sicurezza e salute negli ambienti di lavoro ha voluto fortemente affermare tale pensiero, particolarmente nelle strutture sanitarie promuovendo azioni specifiche e nel corso del 2009, oltre ad avere avviato un apposito Laboratorio Regionale, ha pubblicato l'apposita linea di indirizzo "Requisiti minimi per l'applicazione di un Sistema di Gestione per la Sicurezza e Salute sul Lavoro (SGSL) nelle strutture sanitarie". L'obiettivo è quello di farsi interprete di una volontà precisa ed essere di stimolo verso le aziende che volontariamente applicheranno tale modello, giacché in questo modo dimostrano di provvedere agli interventi di tutela, non più come conseguenza scontata dell'obbligo di rispettare il dettato legislativo, ma inserendo i miglioramenti in una progettazione che nasce e appartiene all'azienda e che dall'azienda stessa è diretta.

C. Ferri*, G.C. Scarpini**

*Azienda Ospedaliera Desenzano del Garda

**Azienda Ospedaliera Provincia di Pavia

INTRODUZIONE

“L'infortunio è il sopraggiungere dell'imprevisto sull'impreparato: che cosa prevedere e quanto preparare è il non facile compito della tecnica della sicurezza.”

Dalla recente normativa emerge con chiarezza come l'efficacia della prevenzione passa necessariamente attraverso una piena responsabilizzazione di tutti i lavoratori, dal vertice aziendale ai conduttori dei processi e delle attività più operative. Ne consegue che l'ottica dei protagonisti delle attività di sicurezza non è più rivolta all'attesa di istruzioni e disposizioni tecniche di sicurezza, bensì a creare una metodologia corretta nell'espletamento delle proprie attività. In strutture organizzative complesse, ed ancor più quindi in quelle sanitarie, tale obiettivo è praticamente realizzabile solo attraverso l'applicazione di un Sistema di Gestione aziendale. Creare, o meglio, attuare un Sistema di Gestione della Sicurezza (SGSL), significa di fatto omogeneizzare i sistemi gestionali dell'azienda con i principi di prevenzione e protezione, affinché gli stessi possano essere formalmente e operativamente integrati con la gestione dei processi produttivi. SGSL, particolarmente, è acronimo di “Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro” e con tale definizione si contraddistingue un sistema organizzativo aziendale finalizzato

**PAROLE CHIAVE:**

Sistema di gestione della sicurezza, SGSL, OHSAS 18001, Linea guida UN-INAIL, D.Lgs. 81/08.

a garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza.

MATERIALI E METODI

La strutturazione di un modello di organizzazione e gestione, se adottato ed efficacemente attuato, diviene di fatto un sistema aziendale volto non solo a permettere l'adempimento agli obblighi giuridici previsti in tema di salute e sicurezza, ma uno strumento efficace per massimizzare i benefici e minimizzare i costi. L'adozione e l'efficace attuazione di tale modello, che secondo la definizione del D.Lgs. 81/08 (c.d. Testo Unico per la Sicurezza sul Lavoro) all'articolo 2, è altresì quel modello organizzativo e gestionale atto a dare attuazione ad una politica aziendale per la salute e sicurezza che, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera a), del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231, è idoneo a prevenire i reati di cui agli articoli 589 (omicidio colposo) e 590, comma 3 (lesioni personali colpose) del codice penale, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela della salute sul lavoro e, come tale, esimente della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni, anche prive di personalità giuridica.

L'articolo 30 del richiamato D.Lgs. 81/08 così come modificato dal D.Lgs. 106/09, specifica particolarmente che il modello di organizzazione e di gestione idoneo ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa (di cui al D. Lgs. 8 giugno 2001, n. 231), oltre ad essere

adottato deve essere efficacemente attuato. Il fine è assicurare un sistema aziendale per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi:

- al rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi a attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici;
- alle attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti;
- alle attività di natura organizzativa, quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- alle attività di sorveglianza sanitaria;
- alle attività di informazione e formazione dei lavoratori;
- alle attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori;
- alla acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge;
- alle periodiche verifiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate.

Risulta oltremodo importante prevedere idonei sistemi di registrazione dell'avvenuta effettuazione delle attività.

L'art. 30 del Decreto Legislativo 81/08 quindi, attribuisce all'effettiva attuazione dei Sistemi di Gestione della sicurezza sul Lavoro (SGSL) una efficacia esimente della responsabilità amministrativa prevista dal D. Lgs. 231/01 a condizioni determina-

te e specificate. Le caratteristiche dei modelli di organizzazione e gestione della sicurezza idonei ad avere effettivamente questa efficacia esimente sono ricondotte alle Linee Guida UNI INAIL o alle norme BS OHSAS 18001: 2007. La sigla OHSAS (Occupational Health and Safety Assessment Systems) definita nel 1999 da alcuni organismi di certificazione e di normazione nazionali, identificava di fatto uno standard internazionale che fissava i requisiti che deve avere un Sistema di Gestione a Tutela della Sicurezza e della Salute dei Lavoratori per il quale potesse essere rilasciata una certificazione di conformità. Nel 2007, a seguito della sua pubblicazione come BS OHSAS 18001:2007, il documento ha assunto la valenza di norma e non più come specifica, inoltre è stato rivisto e organizzato sulla linea dello standard ISO 14000 focalizzando l'attenzione sulla gestione e riduzione progressiva dei rischi, quindi sulla salute piuttosto che sulla sicurezza. Di fatto, la certificazione OHSAS verifica l'applicazione volontaria all'interno di un'organizzazione, di un sistema che permette di garantire adeguato controllo riguardo la Sicurezza e la Salute dei Lavoratori, oltre al rispetto delle norme cogenti. Il sistema di gestione della sicurezza e salute sul lavoro (SGSL) ha validità generale e può quindi essere anche certificato da ente terzo, fermo restando che la sua applicazione va modulata tenendo conto delle caratteristiche complessive dell'organizzazione (dimensioni, tipologie produttive, cicli tecnologici, struttura dell'organizzazione, ecc.) che intende adottarlo, in quanto richiede oltre a un notevole impegno una precisa volontà e, preme ricordarlo, la sua adozione è volontaria. L'adozione di un modello di organizzazione e gestione SGSL oltre a permettere di integrare obiettivi e politiche per la salute e sicurezza nella progettazione e conduzione dei processi aziendali, consente altresì di

definire ed individuare, all'interno della struttura organizzativa aziendale, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti. Tale sistema ha infatti lo scopo di ridurre progressivamente i costi complessivi della salute e sicurezza sul lavoro, compresi quelli derivanti da incidenti, infortuni e malattie correlate al lavoro, minimizzando i rischi a cui possono essere esposti i dipendenti o i terzi (pazienti, visitatori, utenti, ecc.) aumentando l'efficienza e le prestazioni dell'organizzazione. La struttura sanitaria e specialmente quella ospedaliera per sua natura rivolta all'aspetto assistenziale, è un particolare ambiente lavorativo ove, più che in altri, motivazioni e rapporti umani influiscono sulla personalità dei lavoratori, sui comportamenti e, conseguentemente, sul livello di percezione del rischio. Per tale ragione i percorsi volti ad aumentare il livello di tutela della salute e migliorare gli aspetti della sicurezza sono fortemente dipendenti da aspetti motivazionali, in quanto determinano la necessità di rivedere, aggiornare e, talvolta modificare anche i processi clinico assistenziali. Non ultimo, il processo deve essere fortemente orientato ad agire sinergicamente rispetto ad un processo di gestione del Rischio Clinico e di qualità. Tenuto conto di un contesto nel quale mutevoli appaiono gli scenari di rischio e notevoli sono i fattori di complessità oltre alla sinergia delle varie componenti aziendali, il sistema non può non prevedere l'adozione di una politica che individui percorsi formativi specifici e apposite risorse.

RISULTATI

Premesso quindi che la prevenzione è una funzione "integrata" e "interdisciplinare", fortemente dipendente dall'Alta Direzione, appare evidente

che l'attività di ricerca - progettazione-organizzazione - regolamentazione - controllo e verifica presuppone un impegno significativo, particolarmente per quanto attiene al suo avvio.

Il Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL) coinvolgendo l'intera struttura organizzativa aziendale prevede l'attuazione di più fasi:

1. Definizione della politica;
2. Analisi dell'organizzazione;
3. Definizione dei processi aziendali;
4. Definizione del piano di miglioramento in relazione all'analisi preliminare ed agli obiettivi previsti;
5. Sensibilizzazione/informazione;
6. Monitoraggio/audit;
7. Riesame e definizione della politica di miglioramento.

Particolare rilevanza assume il riesame del sistema. Questi, effettuato dal vertice dell'azienda sulla base di elementi quantitativi e qualitativi, dà luogo ad una periodica valutazione del funzionamento del sistema aziendale (compiti, funzioni, responsabilità) e permette il monitoraggio sullo stato di raggiungimento degli obiettivi generali previsti nel piano di miglioramento, ovvero l'adeguatezza o meno degli obiettivi previsti. Preliminarmente a questa fase assume particolare rilevanza il percorso formativo realizzato verso il personale dedicato all'attuazione e mantenimento del Sistema oltre alle modalità di informazione e coinvolgimento dell'intera struttura aziendale. La gestione della salute e della sicurezza sul lavoro costituisce di fatto parte integrante della gestione generale dell'azienda, e la politica di SSL costituisce un riferimento fondamentale ed essenziale per tutti i partecipanti alla vita aziendale e per tutti coloro che, esterni all'azienda, hanno con essa rapporti. La linea strategica

aziendale deve infatti far comprendere, declinando anche gli obiettivi strategici, i principi cui si ispira ogni azione, nell'ottica della salute e sicurezza e benessere di tutti i partecipanti alla vita aziendale e a cui tutti devono attenersi in rapporto al proprio ruolo ed alle responsabilità assunte in azienda. Il documento di politica deve preliminarmente indicare, in sostanza, quale "missione" si è data l'azienda in tema di salute e sicurezza sul lavoro esprimendo così le motivazioni che ne stanno alla base, ovvero la volontà del vertice aziendale di perseguire gli obiettivi posti e la consapevolezza dei risultati auspicati cui tendere.

Nel suo complesso ed in estrema sintesi il piano di intervento prevede una specifica articolazione ove sono chiaramente definiti:

- Mappatura dei processi aziendali e loro interazioni con il SGSL;
- Valutazione della situazione iniziale e dell'attuale politica della sicurezza;
- Individuazione di criticità potenziali o reali del SGSL rispetto ai processi aziendali e aree di intervento;
- Valutazione dei rischi e delle interrelazioni tra i soggetti e processi che interagiscono sul SGSL;
- Analisi e individuazione di soluzioni finalizzate al superamento delle criticità rilevate per la SSL nelle aree di intervento;
- Redazione di procedure integrate o specifiche;
- Sensibilizzazione e coinvolgimento di tutte le componenti aziendali rispetto agli obiettivi;
- Gestione delle non conformità;
- Riesame.

Per consentire una prima definizione della politica, il Datore di Lavoro, dopo aver coinvolto le parti interessate ed i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, deve poter disporre di un'analisi preliminare. In

funzione di tali risultati possono essere infatti evidenziati i punti focali dell'organizzazione, le aree di criticità ed i punti di eccellenza riguardanti la salute e sicurezza sul lavoro e, fattore essenziale, individuati e definiti il piano di miglioramento previsto e le componenti dell'organizzazione che lo devono attuare. L'analisi di avvio, a cui si dà luogo prevedendo specifici audit di sistema, pur tenendo conto dei risultati del processo di valutazione dei rischi, di fatto è orientata a stabilire quanto ed in che misura l'organizzazione è adeguata al Sistema di Gestione ovvero in che misura le varie componenti dell'organizzazione aziendale adottino ed attuino un efficace modello di organizzazione e di gestione ai fini della sicurezza sul lavoro. Il passaggio storico che si è compiuto quindi con l'attuazione del D.Lgs. 81/08 ma, più specificatamente con la definizione all'interno di tale contesto normativo dei Sistemi di Gestione, ha in particolare dato evidenza al fatto che la prevenzione è un processo che vede il coinvolgimento dell'intera organizzazione aziendale, ed ancor più che la stessa non può limitarsi al mero adempimento delle cogente, ma deve tendere ad una visione e gestione sistemica. La sicurezza e la salute dei lavoratori, divengono quindi elementi strategici all'interno di un più ampio processo di "miglioramento continuo".

CONCLUSIONE

È fondamentale che le figure istituzionali proposte alla gestione, coordinamento, controllo e attuazione delle attività dispongano degli elementi di "consapevolezza" necessari a coglierne la portata. In realtà tali fattori non sono solo di carattere formativo ma, soprattutto, vanno costruiti in termini di motivazioni; da queste ultime dipendono particolarmente i risultati raggiunti ed ulterior-

mente raggiungibili. Ovviamente, le difficoltà sono un elemento ineluttabile del momento di crescita interno, poiché viene richiesto un forte cambiamento a tutti i livelli di responsabilità. In uno scenario in cui ciò che viene a mutare non sono le norme ma i comportamenti, la prevenzione può divenire, in un sistema organizzato e regolamentato, un obiettivo comune e condiviso di gestione della quotidianità ma, ben più, leva motivazionale mediante la quale progettare, gestire ma soprattutto integrare i sistemi di lavoro nella loro globalità. Appare evidente che l'attuazione di un Sistema di gestione permette di conseguire risultati tangibili ed indubabilmente volti ad aspetti salienti di natura etica, economica ed organizzativa quali:

- riduzione del numero di infortuni;
- riduzione dei premi assicurativi;
- contenimento delle spese legali;
- limitazione della conflittualità.

L'importanza assunta da tale argomentazione e la condivisione dei principi, ha portato la Regione Lombardia a farsi promotrice di iniziative specifiche rivolte alle strutture sanitarie. Il processo avviato in questa regione, nel contesto del Piano Regionale per la Promozione della Salute e Sicurezza del Lavoro 2008-2010, ha infatti previsto la costituzione di un apposito Laboratorio di Coordinamento Regionale e la pubblicazione, nel corso del 2009, dello specifico documento di indirizzo "Requisiti minimi per l'adozione di un sistema di gestione della sicurezza (SGSL) nelle strutture sanitarie". In particolare il documento individua le linee essenziali per dare avvio a tale processo, prevedendo l'adozione di un metodo semplificato che partendo dalla valutazione iniziale dia luogo all'attuazione, all'interno di ogni singola struttura, di una "politica per la sicurezza". Le finalità sono molteplici

e prevedono per questo l'uso sistematico dell'analisi del rischio quale approccio all'organizzazione ed ai processi, l'avvio di un percorso volto all'attuazione e implementazione di un sistema di gestione del rischio, il confronto, la raccolta e lo studio dei dati, la definizione di azioni preventive o correttive, la definizione di un piano di miglioramento quale parte integrante della politica della sicurezza aziendale. L'obiettivo è quindi quello di orientare le strutture sanitarie regionali a progettare, avviare e mantenere un sistema di gestione, in quanto oltre a garantire un appropriato "controllo dei processi" può, in concreto, ridurre i costi complessivi legati alla salute e sicurezza sul lavoro aumentando l'efficienza e la qualità delle prestazioni clinico-assistenziali erogate. L'adozione di un sistema di gestione potrà altresì dare risalto e valore alle aziende che volontariamente lo applicheranno in quanto potranno evidenziare di provvedere agli interventi di tutela, non più come conseguenza scontata dell'obbligo di rispettare il dettato legislativo, ma come scelta volta ad inserire i propri miglioramenti in una progettazione che nasce e appartiene all'azienda e che dall'azienda stessa sono diretti.

BIBLIOGRAFIA

BS OHSAS 18001:2007 Occupational Health and Safety Assessment Systems

Regione Lombardia: Requisiti minimi per l'applicazione di un Sistema di Gestione per la Sicurezza e Salute sul Lavoro (SGSL) nelle strutture sanitarie. Decreto n. 12831 del 30 Novembre 2009 Linee Guida per un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro. (SGSL-UNI -INAIL 2001).

Ospedale e sostenibilità: l'esperienza della Regione Calabria

Riassunto

Gli ospedali sono i candidati perfetti per la cogenerazione in quanto presentano uguali profili di carico elettrico e termico durante tutto l'anno. Inoltre, gli ospedali utilizzano diverse forme di energia termica. La produzione di calore ed elettricità attraverso il sistema della cogenerazione, è un approccio efficiente e affidabile per la produzione di energia elettrica e di energia termica da una fonte di combustibile unico. L'utilizzo di un sistema di cogenerazione progettato per soddisfare i carichi di energia termica ed elettrica può aumentare notevolmente l'efficienza operativa della struttura, ridurre i costi energetici e l'immissione di gas nell'atmosfera.

A. Benvenuto*, **M.A. Vantaggiato***, **M. Loizzo***, **O. Perfetti***,
S. De Paola**, **A. De Marco*****

* Direzione Sanitaria di Presidio Unico

** Direzione Sanitaria

*** Servizi Tecnici Integrati

Azienda Ospedaliera di Cosenza

- Cucina e servizi correlati 12%
- Acqua calda sanitaria 12%
- Lavanderia 14%
- Sterilizzazione ed elettromedicali 2%.

Questa richiesta energetica determina, da un lato un aumento dei costi diventati insostenibili, data la situazione economica nazionale, regionale e aziendale e dall'altro una scarsa sostenibilità ambientale in quanto produttori di grosse emissioni di CO₂ e gas serra che incidono sul riscaldamento globale del pianeta.

Oggi la prima attività da farsi quando si progetta un nuovo ospedale, o in caso di ristrutturazioni rilevanti, è porre attenzione alla sostenibilità della progettazione architettonica, ancora prima che impiantistica, con l'obiettivo di realizzare una migliore qualità del vivere negli ospedali sfruttando ciò che la Natura ci dà gratuitamente: il sole, il vento, microclima del sito di progetto, la capacità termica di terra e materiali da costruzione, la trasparenza e l'opacità, il rinfrescamento dello specchio d'acqua che evapora, la diversa ombra fornita da alberi e schermature progettate, colori di facciate, muri, tetti, schermi solari sulle facciate vetrate esposte a sud, l'utilizzo di pannelli di divisione interna che incorporano polimeri o paraffine che servono ad aumentare l'inerzia termica.

Un'analisi e ricerca delle opportunità tecnologiche ed economiche disponibili, ma anche un'azione coordinata, volta a contrastare la crescita dei consumi energetici e dell'inquinamento attraverso azioni mirate che prevedono il miglioramento del compor-

INTRODUZIONE

Negli ospedali l'energia rappresenta un elemento essenziale per la funzionalità di esercizio in continuo, da sempre le strutture ospedaliere incidono sui consumi energetici globali, essendo strutture edilizie e tecnologiche di grandi dimensioni e di elevata complessità. Negli ultimi anni in particolare la grande evoluzione tecnologica, con conseguente incremento di attrezzature sempre più specialistiche ha richiesto un rafforzamento della fornitura continua di energia e impianti in grado di rispondere a criteri di funzionalità, affidabilità e stabilità. Gli ospedali sono strutture che utilizzano impianti sofisticati e tecnologie energivore che funzionano h 24 per 365 gg/anno. In Italia la spesa energetica relativa al settore sanitario è valutata attorno al 7-8% del conto glo-

bale del servizio ospedaliero, in termini energetici questo corrisponde ad un consumo annuo di energia di circa 2,2 MTEP (milioni di tonnellate equivalenti di petrolio). I consumi, per posto letto, negli ospedali a più elevata tecnologia, sono di 5 -10 tep, fortemente cresciuti rispetto agli ultimi 20 anni, il costo energetico medio per posto letto è intorno a 2000 euro l'anno. Le richieste energetiche corrispondono sia a consumi elettrici sia termici per assicurare il continuo funzionamento d'illuminazione, apparecchiature elettromedicali, scaldare ambienti e acqua sanitaria essendo fra le finalità dell'ospedale il benessere dei pazienti in aggiunta alle cure. In valori percentuali le richieste energetiche si distribuiscono in:

- Impianti elettrici 20%
- Riscaldamento, ventilazione e climatizzazione 40%

**PAROLE CHIAVE:**

Consumi energetici, eco-sostenibilità, cogenerazione, progetto Perseo

tamento termico degli edifici, attraverso un miglioramento dell'efficienza energetica dell'involucro, il controllo, l'ammmodernamento e la regolazione degli impianti e delle reti, il recupero di calore dagli scarichi d'aria e d'acqua, la sensibilizzazione del personale sulla riduzione degli sprechi, la redistribuzione degli ambienti interni sono tutti interventi mirati all'efficienza energetica che trovano negli ospedali siti ottimali di applicazione.

ENERGIE ALTERNATIVE

Negli Ospedali devono essere introdotte tecnologie per la produzione d'energie alternative e rinnovabili per l'approvvigionamento energetico come gli impianti con tecnologia fotovoltaica per la generazione d'energia elettrica, i pannelli solari per il preriscaldamento dell'acqua sanitaria e la cogenerazione.

La cogenerazione (il cui acronimo inglese è Chp, combined heat end power) consiste nella generazione

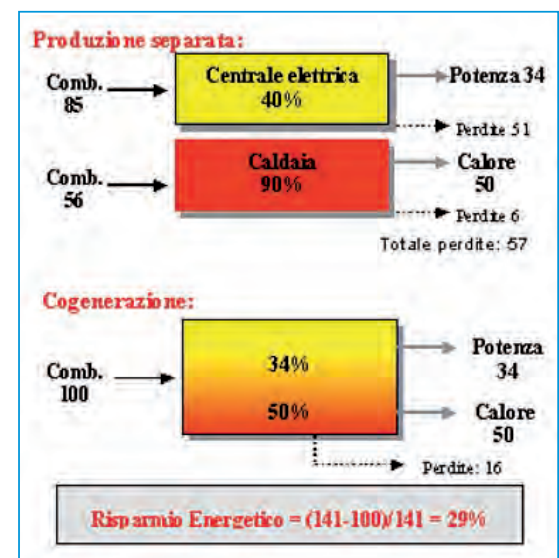
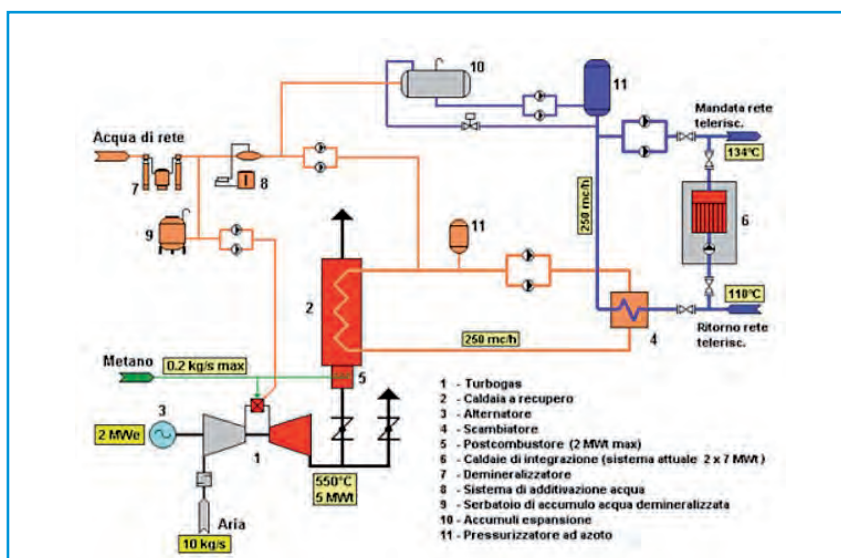
simultanea di due o tre diverse forme d'energia, elettrica, termica e anche frigorifera in caso di trigenerazione, partendo da un'unica fonte d'energia primaria, in difformità dalla comune pratica di comprare energia elettrica dalla rete esterna e produrre quella termica in loco. Il principio base della Chp è, infatti, il recupero del calore generato nella produzione d'energia elettrica, che solitamente è perso. I sistemi di cogenerazione sono costituiti da un motore primo per la produzione d'energia elettrica, che consentono il recupero del calore, in particolare a basse temperature, particolarmente indicato per il riscaldamento delle strutture ospedaliere perché consente di alzare il livello di confort per i pazienti. Dai sistemi di cogenerazione classica derivano i più recenti sistemi di trigenerazione CCHP, nei quali nel periodo estivo il calore recuperato dal processo di produzione dell'energia elettrica può essere trasformato in energia frigorifera grazie all'impiego di gruppi frigoriferi ad assorbimento.

Queste macchine alimentate dal calore recuperato dal cogeneratore a costo zero, sfruttano un ciclo frigorifero basato su trasformazioni di stato in cui il fluido refrigerante (acqua) in combinazione con la sostanza utilizzata quale assorbente (ammoniaca, bromuro di litio) raggiunge le classiche temperature di un tradizionale impianto di rinfrescamento estivo. Oltre ad essere un sistema efficiente per la conversione energetica, con risparmio medio energetico del 25%-29%, va tenuto in considerazione anche l'aspetto ambientale: ogni impianto di cogenerazione alimentato a metano emette 450 g di CO₂ meno di un impianto normale, con immissione del 43% in meno di questo gas in atmosfera.

L'ambito ospedaliero rappresenta uno dei settori di maggiore interesse per l'inserimento di impianti di cogenerazione in quanto i diagrammi di carico sia elettrico che termici hanno uno zoccolo costante assai elevato.

L'ESPERIENZA DELLA AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA, REGIONE CALABRIA

Sono molte le Regioni italiane che hanno sposato la tesi dell'eco-sostenibilità nelle strutture ospedaliere mettendo in atto una serie d'iniziative volte al mi-



glioramento dell'efficienza energetica negli ospedali, anche la Regione Calabria ha accolto la sfida per un futuro rinnovabile, dove le parole d'ordine sono risparmio energetico e riduzione dell'inquinamento, promuovendo progetti per la razionalizzazione dell'energia e l'efficienza energetica nelle strutture sanitarie e nei presidi ospedalieri della Regione Calabria, nell'ambito di un programma di interventi denominato "Perseo", finanziando progetti pilota per l'utilizzo di energie alternative ed il risparmio energetico in un'ottica di riduzione dell'inquinamento e dell'impatto ambientale; la realizzazione di progetti-pilota di impianti per la produzione di energia integrata cogenerativa e da fonti rinnovabili. L'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha aderito al progetto Perseo, per la realizzazione di impianto di trigenerazione, con l'obiettivo di assicurare la soddisfazione del fabbisogno termofrigido dell'ospedale, massimizzando il recupero elettrico e vendendo l'ecedenza alla rete nazionale.

Il progetto prevede l'installazione di un gruppo di cogenerazione costituito da un motore, alimentato a gas metano prelevato dalla rete interna alla struttura ospedaliera accoppiato ad un generatore d'energia elettrica, capace di erogare una potenza elettrica pari a 1.558 KWe; che produce recuperando calore una potenza termica pari a 1584 Kwt (1.360.000,00 Kcal/h), un gruppo ad assorbimento della potenzialità di 1.050 kWf, alimentato dall'acqua calda recuperata dal motore a 95°C, un trasformatore per l'elevazione della tensione generata dal gruppo al valore unificato ENEL di 20 kV, un quadro elettrico MT contenente i dispositivi per l'interfaccia ed il parallelo con la rete ENEL, (secondo la DK 5640 – luglio 2008- e la CEI0-16), ai fini della cessione sulla rete nazionale dell'energia elettrica prodotta o dell'acquisto di energia dalla rete stessa, le torri di raffreddamento con relative pompe di circolazione, le pompe di circolazione dei fluidi termo vettori dall'impianto di cogenerazione ai punti

di utilizzo e ritorno, un sistema ausiliario per un corretto funzionamento della centrale ed il controllo della produzione dei vettori energetici e delle emissioni in atmosfera.

L'esercizio del motore a gas metano produce calore che è recuperato in due scambiatori uno sui gas di scarico e l'altro sull'olio di lubrificazione. Il calore recuperato in questi due scambiatori è ceduto al fluido termoconduttore (acqua) che è riscaldato alla temperatura di 95° C, questo in piena estate è inviato al gruppo frigo ad assorbimento nel qual è prodotta energia frigorifera per un totale di 1050 Kw (circa 900.000Frig./h) rendendo così disponibile nel periodo estivo, quando maggiore è la richiesta una notevole quantità d'acqua refrigerata alla temperatura di 7 °C. L'acqua refrigerata così prodotta è resa disponibile sui collettori di distribuzione dei gruppi frigo elettrici esistenti azzerando quasi la richiesta di fluido freddo degli attuali gruppi elettrici che possono restare fermi con notevole saving energetico. Infatti, la produzione attesa dall'assorbitore è di 1050 Kw (900.000 frig/h) mentre l'attuale produzione dei gruppi frigo elettrici è di 814 Kw (700.000 Frig/h) escluso quella dedicata alle sale operatorie. In pieno inverno, quando è minima la richiesta d'energia frigorifera, l'energia termica recuperata dal motore è utilizzata per la produzione di calore da inviare alla sottocentrale termica dove riscalderà l'acqua contenuta nei bollitori e destinata come acqua calda sanitaria. In questa fase tutta il calore recuperato, circa 1584 Kwt potrà essere trasferito, con il gruppo frigo ad assorbimento fermo, risparmiando così il vapore industriale attualmente utilizzato per riscaldare l'acqua sanitaria. Nelle stagioni intermedie, con l'assorbitore in esercizio, la quantità di calore disponibile per la cessione all'esterno è funzione del carico frigorifero richiesto al gruppo ad assorbimento dalle utenze. Il calore da cedere si ottiene dallo scambiatore, che con un opportuno controllo di tempera-

tura è attraversato o no dall'acqua calda che non essendo stata raffreddata nell'assorbitore per mancanza di richiesta di carico frigorifero, rende disponibile calore per riscaldare l'acqua calda sanitaria nella sottocentrale. Il controllo della temperatura sullo scambiatore assicurerà che l'acqua in circolazione ritorni negli scambiatori del motore ad una temperatura non inferiore ad 80°C temperatura alla quale viene immessa nel blocco motore. In questo modo è massimizzato il bilancio termico annuale delle energie rese disponibili dal trigeneratore. Il vantaggio di questa soluzione è, in caso di variazioni climatiche nelle mezze stagioni, la possibilità di recuperare sempre il massimo senza disperdere energia termica.

L'impianto sarà installato nell'area adiacente al locale che contiene i gruppi elettrogeni di soccorso, in un'area libera, sufficientemente aperta e lontana dagli altri fabbricati che costituiscono l'Azienda Ospedaliera. Essa è raggiungibile dalla tubazione del gas metano derivata dalla cabina di consegna esistente, inoltre da quest'area si raggiungono facilmente le sottocentrali per distribuire alle utenze il fluido vettore freddo e caldo prodotto dalla trigenerazione, nelle vicinanze si trova inoltre la cabina di consegna Enel.

RIDUZIONE DELLE EMISSIONI CON LA COGENERAZIONE

Nel complesso l'intervento previsto consentirà di diminuire le emissioni di sostanze inquinanti (SO, NO, particolato, metalli), e di gas serra (CO₂). La riduzione delle emissioni non è solo legata alla riduzione di energia primaria, ma anche alla migliore tecnologia utilizzata per produrre energia elettrica, l'impianto previsto pur utilizzando un combustibile sostanzialmente pulito, sarà comunque dotato di una sistema di contenimento delle emissioni di CO e NO_x i cui valori limite garantiti dal costruttore sono: Ossido di azoto < 250mg/m³ e mo-



nossido di carbonio CO <300mg/m³
Il gruppo di cogenerazione va ad integrarsi con i sistemi esistenti, ed è costituito da unità modulari, pertanto si possono aggiungere moduli successivi in funzione del fabbisogno energetico dell'utenza, la macchina a regime copre in media l'80% del fabbisogno di energia elettrica dell'ospedale (1,3 Megawatt), copre totalmente il fabbisogno di energia termica, e per coprire il fabbisogno di energia frigorifera deve essere integrata con un'altra macchina di bromuro di litio.

SISTEMA DI SUPERVISIONE

Per monitorare i parametri operativi dell'impianto e valutare correttamente i consumi ed i recuperi sono prevista l'installazione di un sistema di supervisione, destinato all'acquisizione dei principali parametri elettrici e termici dell'impianto di cogenerazione e alla contabilizzazione del recupero termico. Il sistema di supervisione è predisposto per interfaccia con una stazione video collocata nel locale dei quadri di controllo. Per una migliore valutazione della situazione energetica e generale dell'impianto è prevista una serie di telesegnali e telemisure, che verranno collegati alla stazione video con interfaccia seriale.

GESTIONE IMPIANTO

Il complesso delle operazioni atte a garantire la realizzazione e gestione del sistema d'autoproduzione combinata d'energia elettrica e calore in cogenerazione con utilizzo del gas metano, è dato ad un affidatario che a seguito della realizzazione dell'impianto di cogenerazione recupera l'investimento nell'arco di 10 anni, a mezzo della vendita dei Kwh/e e dei Kwh/t all'A.O. con la quale ha stabilito una convenzione per la fornitura dell'energia elettrica e termica prodotta dal cogeneratore. Il

surplus d'energia elettrica prodotta, rispetto al fabbisogno richiesto è immesso nella rete elettrica nazionale, e gli utili derivanti saranno di completa proprietà dell'affidatario.

Sono così garantite 6.220.000kwh come energia elettrica nel primo anno di gestione e 8.097.000kwh come energia termica con tariffe pari a 0,126euro esclusa iva e imposte di legge per ogni kwh e d'energia elettrica e tariffa pari a 0,05974 oltre iva e imposte di legge per ogni kwh di energia termica, con una convenzione di 10 anni.

Il contratto prevede che siano a carico dell'affidatario: la realizzazione dell'impianto di cogenerazione e lo svolgimento delle operazioni di manutenzione ordinaria e straordinaria,

La fornitura di gas metano per il funzionamento del cogeneratore e per l'alimentazione delle caldaie per la produzione dell'energia termica di reintegro

GESTIONE TECNICO-AMMINISTRATIVA DELLA COMMESSA

Al termine del periodo contrattuale, l'Azienda Ospedaliera entrerà in possesso degli impianti tecnologici i cui oneri di gestione saranno limitati alla sola conduzione e manutenzione essendo oramai completamente assorbiti i costi d'investimento.

CONCLUSIONI

In uno scenario quale quello del settore energetico, sempre più in crisi per disponibilità di potenza, emissione d'inquinanti, costi elevati, negli ospedali, che negli ultimi anni sono andati incontro ad un sempre maggiore incremento d'attrezzature specialistiche che richiedono una fornitura continua d'energia e impianti che diano garanzie sempre maggiori d'affidabilità ed in grado di rispondere alle richieste di massima funzionalità, l'utilizzo di tecnologie come quelle della cogenerazione e la trigenerazione in grado di fornire

energia elettrica, termica e frigorifera, possono rappresentare al momento soluzioni concrete dal punto di vista tecnico consentendo un risparmio energetico: considerato che il risparmio nell'utilizzo del combustibile, a parità di energia e termica prodotta rispetto al caso di produzione separata, è dell'ordine del 30%. Oltre al risparmio di combustibile, vi sono da considerare ulteriori vantaggi, conseguenza più o meno diretta del risparmio energetico, quali per esempio: la riduzione delle emissioni di sostanze inquinanti per il minor consumo di fonti primarie, i minori danni ambientali causati dalla più bassa quantità di calore scaricato nell'ambiente e la riduzione delle emissioni di anidride carbonica, responsabile dell'effetto serra. Sviluppare questo tipo d'interventi nelle aziende ospedaliere ha una doppia valenza, da una parte si "aggredisce", in senso positivo, uno dei settori del terziario più "energivoro", ossia quello ospedaliero, al tempo stesso, si intende mettere in moto un meccanismo di "risparmio virtuoso" che alleggerirà i conti della sanità pubblica, consentendo di spostare risorse dal consumo dell'energia ai servizi al cittadino.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Stefania Somarè – *Sostenibilità ambientale, progettazione della rete energetica- Tecnica Ospedaliera 10 Novembre 2006*
- 2) S. Monami, F.Papalia, E. Rosati "Impianto di rigenerazione per il Policlinico Italia a Roma" – *Progettare per la Sanità -114- Nov.Dic. 2009*
- 3) A. Pirovano " Impianto di trigenerazione per l'ospedale d'Aosta" *Progettare per la Sanità -101- Sett./Ott.2007*
- 4) G. La Franca " Sant'Andrea, Roma Efficienza energetica e sostenibilità- Tecnica Ospedaliera 9 Ottobre 08
- 5) S. Braccini " Ospedali in edifici storici: gestione energetica" *Progettare per la Sanità -112- Lug./Ag.2009*



Cambiamenti organizzativi per una Sanità d'eccellenza sostenibile

Riassunto

L'autore, attraverso la sua lettura magistrale, pone l'accento sulla sostenibilità finanziaria degli investimenti per la salute pubblica, sulla relativa influenza dei cambiamenti organizzativi nel comparto sanitario e sui fattori che incidono sugli standard qualitativi delle cure.

Karl Kob

Membro Segreteria Scientifica Nazionale A.N.M.D.O. e Responsabile Qualità

Consulente scientifico in materia di programmazione ed organizzazione sanitaria presso l'Assessorato alla sanità della Provincia autonoma di Bolzano

SVILUPPO SOCIO-ECONOMICO E SALUTE

All'inizio della seconda metà del 2008, i Paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) sono entrati in un periodo di grave crisi finanziaria. Verso la fine del 2009, il prodotto interno lordo è sceso del 4% e si prevede che nello stesso periodo la disoccupazione possa raggiungere tassi intorno al 10%. (1, 2)

La crisi economica non ha, finora, influenzato il progresso medico-scientifico e l'offerta dell'innovazione tecnologica, mentre i responsabili per la salute pubblica sono sottoposti a continue pressioni per dimostrare efficacia ed efficienza dell'allocazione delle risorse. A livello europeo, gli Stati dell'Unione sono consapevoli che la salute è una condizione fondamentale per conseguire il progresso economico e sociale. (10)

A prescindere dall'attuale momento di crisi economica, molti Paesi si interrogano, se i loro sistemi sanitari pubblici e universalistici saranno fi-

nanziabili anche in futuro, senza ridurre le prestazioni, oppure se nelle diverse realtà dovranno essere rivisti o sostituiti con altri modelli.

Le migliorate condizioni socio-economiche ed i progressi della scienza medica hanno comportato un aumento dell'aspettativa di vita. In concomitanza con l'invecchiamento della popolazione sono, tuttavia, aumentate le patologie cronico-degenerative sia in termini numerici che di gravità e, di conseguenza, la domanda di prestazioni sanitarie, spesso erogate in sedi inappropriate (ospedale) con un crescente consumo di risorse.

L'andamento demografico ed epidemiologico della popolazione europea e, soprattutto, le future proiezioni, sono aspetti che dovranno essere affrontati, a livello di Unione Europea e dei singoli Paesi, con soluzioni efficaci e pragmatiche. (10)

Gli esperti in materia di programmazione ed organizzazione sanitaria ritengono, tuttavia, che l'esigenza di un radicale cambiamento organizzativo in ambito socio-sanitario non dipenda solamente da valu-

tazioni economico-finanziarie, ma dal progresso medico-scientifico, dall'aumento delle patologie cronico-degenerative, dalla crescente consapevolezza dei cittadini per i propri diritti, dal grado di informazione, dalle loro attese e da altri fattori. (6) I cittadini, infatti, esigono un'efficace rete di servizi di base vicini ai loro luoghi di vita e di lavoro, ma anche strutture ospedaliere e centri specialistici di eccellenza di elevata qualità e sicurezza, con accessi rapidi e trasparenti. Per prestazioni ospedaliere di alta specialità, molti cittadini sono disponibili ad accettare lunghi viaggi per recarsi ai centri di eccellenza clinica.

La Commissione Europea invita gli Stati membri a trovare accordi sulla creazione e definizione di centri di riferimento e di reti specialistiche di eccellenza a valenza europea, in cui sono applicati gli strumenti della "information technology".

ANALISI DEL SISTEMA SANITARIO E PROGETTAZIONE DEI CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI

L'attuale modello di welfare investe soprattutto in interventi sanitari, in cui il danno alla persona si è già verificato. Anche se tutti condividono l'importanza della prevenzione, nei sistemi sanitari prevale la logica riparativa. Di conseguenza, anche la ricerca biomedica e clinico-assistenziale nonché l'industria delle biotecnologie e della farmaceutica continuano ad investire soprattutto in tale direzione. Tale strategia,

**PAROLE CHIAVE:**

Clinical governance, cambiamenti organizzativi, macro-livelli di assistenza

considerata a lungo termine perdente, non ha migliorato lo stato di salute della popolazione ed indotto un aumento della domanda sanitaria. (6, 8)

Gli esperti della programmazione sanitaria ritengono che l'attuale modello di welfare, debba favorire programmi ed azioni finalizzate alla promozione della salute.

Infatti, la politica dovrà investire maggiormente in strategie inter-settoriali che coinvolgono non solo la sanità, ma anche altri settori della vita pubblica, in grado di intervenire in anticipo, con un'offerta personalizzata e basata su evidenze scientifiche. (6, 8)

Una serie di azioni programmate dovrà stimolare comportamenti e stili di vita responsabili, passando dal concetto di tutela alla promozione della salute.

"Invecchiare in buona salute", sarà uno dei principali slogan ed obiettivi della società del prossimo decennio. Sarà, tuttavia, necessario mettere in atto strategie finalizzate ad un profondo cambiamento culturale sia a livello di operatori sanitari che di cittadini, attraverso iniziative di formazione permanente per gli operatori ed un dialogo aperto e trasparente tra le istituzioni, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di categoria e la popolazione in generale.

Dall'analisi delle criticità organizzative, gli Stati membri dell'Unione Europea dovranno promuovere, compatibilmente ed nel rispetto della disponibilità di risorse, uno sviluppo organizzativo finalizzato alla creazione di servizi di qualità

ed eccellenza, passando da modelli, in cui prevale l'organizzazione a tipo verticale, ad un'organizzazione orizzontale, a matrice.

Nella realtà italiana, i cambiamenti organizzativi dovranno aver luogo all'interno dei tre macro-livelli in cui sono erogati i livelli essenziali di assistenza, così articolati:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli;
- l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, principale luogo di presa in carico di malati affetti da patologie cronicodegenerative;
- l'assistenza ospedaliera, che riguarda il pronto soccorso, le principali attività specialistiche e l'alta specializzazione per il trattamento delle patologie complesse in fase di acuzie, con presenza di specifiche professionalità e tecnologia complessa.

Per ottenere i necessari cambiamenti organizzativi e gestionali sarà fondamentale implementare, a livello aziendale ed all'interno dei tre macrolivelli, gli strumenti della clinical governance, con particolare riferimento ai processi organizzativi (linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, EBM, EBP, ecc.).

Ai fini del conseguimento di tali obiettivi, sarà fondamentale prevedere un circostanziato programma formativo pluriennale per tutti gli operatori sanitari che operano ai vari livelli.

CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI E DELLA MISSION A LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA NEGLI AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Da indagini epidemiologiche emerge che l'attuale sistema sanitario, focalizzato principalmente sulla diagnosi, cura e riabilitazione nei casi di malattia, non incide sui principali determinanti della salute. Questi, infatti, traggono origine principalmente su fattori sociali, economici, comportamentali (stile di vita, abitudini) e, non per ultimo, genetici (8).

A livello europeo, l'87% dei decessi è la conseguenza di malattie cronicodegenerative, tra cui soprattutto neoplasie e patologie cardiovascolari, i cui principali fattori di rischio sono noti da molto tempo. (3)

A tale riguardo va messo in evidenza l'importanza del progetto ministeriale "Guadagnare salute", un programma finalizzato a contrastare i quattro principali fattori di rischio della patologia cronicodegenerativa: fumo, alcol, errata alimentazione e vita sedentaria. (9)

Il problema è affrontato con un approccio intersettoriale, poiché il sistema sanitario non sarà mai in grado di affrontare da solo i problemi di salute dei cittadini.

Il programma prevede, pertanto, il coinvolgimento attivo di diversi settori, quali l'assistenza sociale, l'ambiente, lo sviluppo energetico, la costruzione delle infrastrutture, la scuola, la comunicazione.

Le regioni e le province autonome dovranno, pertanto, mettere in atto nuove strategie finalizzate alla creazione di una nuova cultura, in cui la tutela della salute dovrà rappresentare l'interesse prioritario di tutte le politiche, nella consapevolezza che solo lo sviluppo di un'azione integrata e coordinata intersettoriale potrà

incidere positivamente sui fattori determinanti della salute.

L'attuale modello dipartimentale preposto alla prevenzione collettiva, forse per cultura o forse per ristrettezza di risorse, non è stato, ahimè, in grado di creare sufficienti sinergie per mettere in atto una strategia d'interventi efficace per incidere significativamente sul miglioramento dello stato di salute dei cittadini. In particolare, il sistema non è riuscito, o solamente in misura ridotta, ad indurre nei cittadini un cambiamento dello stile di vita. Il campo diagnostico-curativo, invece, ha ottenuto risultati incredibili, ma nonostante ciò in tutto il mondo industrializzato i dati di incidenza e prevalenza delle malattie croniche e degenerative sono in forte aumento. Dobbiamo, quindi, ammettere che l'attuale sistema sanitario focalizzato sulle cure e quindi da molti definito fallimentare, debba essere rivalutato e riorganizzato. (8)

Gli attuali progetti di misure preventive, spesso frutto di iniziative di singoli gruppi di operatori socio-sanitari, si limitano spesso a piccoli settori di intervento. In genere, a fine progetto mancano dati sui risultati ottenuti. Per evitare che anche in futuro si possa verificare una frammentarietà di interventi, in genere inefficaci ad incidere sulla salute, è necessario introdurre gli strumenti della governance della prevenzione.

I servizi facenti parte del Dipartimento di prevenzione dovranno, innanzitutto, abbandonare le attività "inefficaci ed inutili", limitandosi ad impiegare le limitate risorse in azioni basate sulla "Evidence Based Prevention".

Il Dipartimento di prevenzione dovrà rappresentare il principale punto di riferimento per tutte le attività di promozione della salute a livello di collettività e, quindi, il garante dell'erogazione dei livelli essenziali

di assistenza a livello di assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro.

La governance della prevenzione dovrà comprendere soprattutto le seguenti attività (8):

- in collaborazione con l'Osservatorio epidemiologico regionale, svolgere funzioni di osservatorio "aziendale", monitorando costantemente le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione locale, con particolare riferimento alle malattie cronico-degenerative, ma anche delle patologie infettive, degli infortuni negli ambienti di vita e di lavoro, ecc.;
- in collaborazione con l'agenzia per l'ambiente, per quanto di competenza, monitorare e controllare i principali fattori di rischio per la salute, quali gli agenti biologici e chimici, le radiazioni ionizzanti e non, i fattori climatici, le aziende produttive, i comportamenti e gli stili di vita;
- contenere e/o rimuovere i rischi derivanti da acqua destinata al consumo umano, impianti di balneazione, strutture destinate alla collettività nonché alle industrie insalubri;
- pianificare e coordinare i vari programmi di prevenzione primaria e secondaria, con particolare riferimento alle vaccinazioni, agli screening, alla prevenzione degli incidenti, alla promozione di stili di vita favorevoli alla salute;
- comunicare, in maniera aperta e trasparente, i risultati alla collettività.

La promozione della salute, che quindi va ben oltre alle funzioni di vigilanza e controllo, dovrà pertanto rappresentare la nuova mission dei servizi preposti alla prevenzione.

Le regioni e le province autonome dovranno creare o ridisegnare una rete di servizi preposti all'educazio-

ne alla salute, da collocare preferibilmente, ma non solo, a livello di Dipartimento di prevenzione.

Tutto ciò richiederà una nuova definizione dei compiti assegnati ai singoli servizi e una ristrutturazione dell'attuale assetto organizzativo dei servizi di sanità pubblica territoriali. Essi dovranno operare all'interno di un nuovo piano strategico regionale ed aziendale, in cui il Dipartimento di prevenzione svolgerà il ruolo di "cabina di regia" nei confronti di tutte le azioni finalizzate alla promozione della salute.

Prima di procedere alle modifiche organizzative, dovrà essere definito ed avviato, in termini concreti, un efficace piano formativo pluriennale per acquisire una visione e metodologia operativa comune, secondo la logica della governance della prevenzione finalizzata.

L'igiene tradizionale, basata principalmente sull'applicazione di leggi e regolamenti, dovrà orientarsi verso una sanità pubblica centrata maggiormente sui bisogni di salute dei cittadini, utilizzando gli strumenti dell'Evidence Based Prevention (EBP).

CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI A LIVELLO DI ASSISTENZA DISTRETTUALE/TERRITORIALE

Alle dinamiche di ordine demografico e sociale dei paesi industrializzati, caratterizzate dall'invecchiamento della popolazione e, nello stesso tempo, da profondi mutamenti a livello di struttura familiare e di società in genere, non è finora seguito un modello assistenziale territoriale, capace di far fronte ai nuovi bisogni sanitari e sociali della popolazione. (4)

Nello stesso tempo, l'ospedale è diventato sempre più un luogo di cura per le fasi acute di malattia e per interventi diagnostico-terapeutici di



elevata specializzazione e complessità tecnologica, con ricoveri di breve e brevissima durata.

A livello territoriale, è aumentata l'esigenza di attivare ed implementare modelli assistenziali innovativi, orientati non solo alla gestione di patologie cronicodegenerative nell'ambito dell'assistenza sanitaria continuativa di base, ma anche durante le fasi di riacutizzazione o scompenso, secondo la moderna concezione della "presa in carico" del malato (8)

Tra i vari sistemi proposti per affrontare tale situazione, diffusa in tutti i paesi industrializzati, le cure primarie rappresentano a tutt'oggi il modello assistenziale più idoneo, forse l'unico, per gestire in termini di appropriatezza e sostenibilità economica i problemi della cronicità. La presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronicodegenerative invalidanti richiede un progetto assistenziale globale ed individuale, incentrato sui bisogni e quindi dotato della massima flessibilità.

Le cure primarie competono alla rete distrettuale che, tramite un approccio multiprofessionale e interdisciplinare, prende in carico le persone affette da patologia cronicodegenerativa, a prescindere dalla complessità.

Negli ultimi anni, in varie regioni italiane soprattutto del centro-nord, sono stati sperimentati vari modelli.

Si ritiene che, di fronte all'espansione della patologia cronicodegenerativa, si giunto il momento di uscire dalla fase sperimentale e di introdurre, su tutto il territorio, il modello di cure primarie scelto, superando la rigidità organizzativa tra medicina di base, medicina ospedaliera e dei servizi specialistici territoriali.

L'introduzione delle cure primarie richiede un profondo cambiamento culturale, organizzativo e gestionale. I cittadini, fruitori dei servizi, dovranno avere la certezza di essere as-

sistiti e supportati nell'arco delle 24 ore da una rete socio-assistenziale, senza dover ricorrere, come spesso accadeva in passato, all'assistenza ospedaliera, per prestazioni inappropriate rispetto al bisogno.

La gestione integrata delle risorse sanitarie e sociali potrà garantire, a livello territoriale, efficaci interventi soprattutto per la promozione della salute, la cura delle patologie croniche e la riabilitazione estensiva.

Nel distretto socio-sanitario, saranno erogate sia le cure primarie che quelle intermedie, quest'ultime attraverso strutture di assistenza semiresidenziale (centri diurni) e residenziali previste dalla programmazione regionale (residenze protette, residenze sanitarie assistenziali, ospedali di distretto, hospice).

Tra i modelli sperimentati, si sono dimostrati efficaci i nuclei di assistenza primaria di medicina generale e di pediatria di libera scelta che, assieme ad altre categorie professionali, rappresentano il perno dell'assistenza territoriale.

Il distretto, oltre ad erogare le prestazioni di base, dovrà svolgere un importante ruolo nel governare la domanda di prestazioni specialistiche appropriate.

A favore dei pazienti affetti da patologia cronicodegenerativa, per i quali è prevista la presa in carico da parte della rete assistenziale territoriale, il medico di medicina generale dovrà fungere da responsabile clinico a partire dalla formulazione della domanda fino alla stesura del piano assistenziale personalizzato.

In analogia a quanto sopra affermato per i servizi di prevenzione, anche l'operatività distrettuale dovrà basarsi sull'evidenza scientifica, applicando gli strumenti della clinical governance soprattutto per i processi di cura e di assistenza, con riferimento alla continuità assistenziale, prevedendo interventi flessibili, mutabili nel tempo e a differente intensità.

L'invecchiamento della popolazione aumenterà, inoltre, la domanda di cure domiciliari integrate ed articolate in vari livelli, secondo l'entità dei bisogni. In tale ambito, le cure domiciliari palliative ai malati terminali, richiedono un approccio particolare e specifico nonché una stretta collaborazione con l'ospedale di riferimento.

A prescindere dai modelli assistenziali adottati nelle varie realtà regionali ed aziendali, l'integrazione socio-sanitaria è un requisito irrinunciabile per poter affrontare i problemi emergenti in modo globale.

L'attuale sistema organizzativo e gestionale dovrà prevedere percorsi di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio-assistenziali, attraverso una gestione della domanda in modo semplice, ben definita, equa e trasparente.

Va sottolineato, infine, che la titolarità per l'erogazione dei servizi socio-sanitari debba rimanere anche in futuro in mani pubbliche, mentre la gestione di singole attività potrà essere affidata ad erogatori privati sociali e privati.

CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI A LIVELLO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

Dopo la riorganizzazione dell'assistenza socio-sanitaria territoriale, l'ospedale potrà concentrarsi sulla cura delle acuzie che rappresenta la sua vera mission. (7)

L'attuale riduzione del numero di posti letto per acuti e della degenza media nonché l'aumento del tasso di utilizzo dei posti letto non sono la conseguenza della riorganizzazione dei servizi territoriale, che risulta essere agli inizi e tutt'altro che a regime.

Tale fenomeno è dovuto soprattutto all'introduzione dei sistemi di remunerazione fondati sul case mix ed all'applicazione di modelli organiz-



zativi innovativi rispetto al ricovero tradizionale. La riduzione della degenza media e l'adozione di nuovi modelli alternativi al ricovero, non ha comportato, come molti temevano, una riduzione degli standard qualitativi e della sicurezza delle cure ospedaliere, ma forse è accaduto proprio il contrario.

Altri fattori che hanno inciso a ridurre i suddetti indicatori di produzione sono: la centralizzazione e l'approccio multidisciplinare delle cure, l'applicazione di nuove tecniche chirurgiche ed interventistiche, i progressi della diagnostica di laboratorio e delle immagini, l'anestesia, la comunicazione a distanza, la robotica ed altro. Anche la trasmissione di dati e di immagini a distanza hanno dato un forte impulso a livello di assistenza sanitaria.

Mentre in passato ciascun presidio ospedaliero operava in piena autonomia, l'attuale e futura assistenza ospedaliera regionale non può più funzionare a compartimenti stagni, dove gli ospedali della stessa regione o, peggio ancora, della stessa azienda lavorano in concorrenza tra di loro. Tale modello dovrà far posto ad un'organizzazione a rete, con distribuzione delle funzioni in base alle competenze professionali, organizzative e gestionali. Nasceranno, quindi, le reti cliniche, composte da gruppi di professionisti od organizzazioni sanitarie che lavorano in maniera coordinata tra di loro, con l'obiettivo di erogare prestazioni specialistiche di qualità, efficaci ed appropriate, senza vincoli e legami istituzionali e ponendo al centro dell'attenzione il paziente (8)

Le reti saranno supportate dalla tecnologia dell'informazione e possono riguardare le patologie d'organo e di apparato, ma anche specifiche funzioni (reti dell'emergenza).

Le reti cliniche possono essere ad integrazione verticale, secondo il modello "hub and spoke," o ad in-

tegrazione orizzontale, con un approccio interdisciplinare.

La nuova organizzazione dell'assistenza ospedaliera, il cui successo è strettamente legato all'attivazione delle cure primarie su tutto l'ambito territoriale di riferimento, dovrà considerare i seguenti scenari:

- i cittadini, navigando su internet, sono sempre più informati sui progressi della scienza medica e sulle innovazioni tecnologiche e, nello stesso tempo, sempre più consapevoli dei propri diritti, per cui chiedono prestazioni di diagnosi e cura sempre più complesse, rapide, sicure e di qualità;
- in ambito nazionale ed europeo, gli ospedali preposti all'erogazione di prestazioni di eccellenza clinica dovranno accogliere le nuove sfide in un crescente contesto competitivo, e dovranno adeguarsi ai cambiamenti, introducendo le innovazioni tecnologiche e provvedendo a rapidi cambiamenti organizzativi e gestionali;
- per determinate patologie complesse, si prevede la creazione di reti europee di eccellenza clinica e di ricerca scientifica;
- in tutti gli ospedali, nessuno escluso, la ricerca biomedica e clinico-assistenziale, oltre alla didattica, dovranno far parte a pieno titolo dell'attività istituzionale e a tale scopo dovranno essere dotati delle tecnologie necessarie e di spazi dedicati.

La distribuzione delle singole aree ospedaliere dovrà, complessivamente, seguire una precisa logica, secondo le esigenze dell'igiene, della funzionalità e dell'umanizzazione, tenendo conto dei seguenti aspetti:

- l'introduzione di nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche consente l'estensione di forme di intervento alternative al ricovero tradizionale, quali il day hospital, il day surgery, la chirurgia ambulatoriale

e l'attività ambulatoriale specialistica integrata (day service);

- detti modelli assistenziali ospedalieri richiedono strutture dedicate oltre ad un consistente nuovo impegno organizzativo, per cui saranno creati percorsi diagnostici ed assistenziali più rapidi, finalizzati e personalizzati;
- l'implementazione della clinical governance ai vari livelli, con particolare riferimento a qualità, sicurezza, clinical audit, piani assistenziali, standard diagnostico-terapeutici, dimissione protetta, ospedalizzazione a domicilio e formazione continua di tutti gli operatori, permetterà di migliorare l'assistenza, in particolare l'eccellenza clinica, ed il tasso di gradimento (compliance) dell'utenza e dell'opinione pubblica;
- l'articolazione delle aree di degenza in relazione all'intensità di cura e assistenza richiesta, quali la terapia intensiva (intensive care), l'alto grado (high care) ed il medio grado (intermediate care), trova sempre più consensi, ma anche dissensi da parte di operatori sanitari ostili ai processi di rinnovamento (ospedale articolato "per intensità di cure");
- il basso grado di assistenza (normal care, low care), che a tutt'oggi riempie le corsie di piccoli ospedali e non solo, dovrà essere affidato ai servizi specialistici ambulatoriali, anche in forma integrata, ed alle strutture territoriali per la "presa in carico" del paziente, secondo i principi di appropriatezza del luogo e delle modalità di erogazione della cura;
- la centralizzazione delle principali tecnologie, preferibilmente in una unica "piastra tecnologica", in cui si svolge gran parte della diagnostica e della terapia chirurgica ed interventistica;
- presenza di un'area (o di più aree) per le terapie intensive e subin-

tensive in cui, oltre agli aspetti tecnologici e funzionali, sono considerati gli aspetti umani (sale aspetto, locali di relax per il personale, sale colloquio con i parenti, sala colloquio parenti di potenziali donatori, ecc.);

- presenza di spazi dedicati agli accertamenti di "pre-ricovero" e per la "pre-dimissione", in attesa di presa in carico da parte di strutture residenziali per il trattamento delle postacuzie (riabilitazione) nonché dei servizi territoriali;
- presenza di spazi dedicati per la ricerca scientifica e la didattica;
- disponibilità di un sistema informativo intra- ed inter-ospedaliero, estendibile al territorio (distretto, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ecc.).

L'ospedale per acuti, oltre a garantire professionalità e possedere i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, dovrà porre la massima attenzione alla centralità dei malati e dei loro familiari. L'erogazione di prestazioni d'elevata complessità in un ambiente che presenta evidenti caratteristiche umane, consentirà di intrattenere rapporti positivi con i cittadini, favorendo la comunicazione con l'esterno e, di conseguenza, la creazione di una opinione pubblica positiva e propositiva. A tale scopo, dovrà disporre di ampi spazi riservati all'accoglienza, alla ristorazione ed all'umanizzazione degli ambienti, per migliorare l'organizzazione sociale dell'ospedale (8).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il mondo industrializzato sta affrontando, con grande impegno, la questione della sostenibilità finanziaria degli investimenti per la salute pubblica. I policy makers sono consapevoli che i propri sistemi sanitari non possono essere indeboliti.

Cercano, pertanto, efficaci soluzioni per garantire, anche alle future generazioni, la copertura sanitaria universale, la solidarietà finanziaria, l'equità di accesso ai servizi e la disponibilità di cure di alta qualità ai propri cittadini. (1)

A livello di Unione Europea, le politiche per la gestione del finanziamento dei sistemi sanitari sono differenti, ma esiste un'unanimità di vedute sui seguenti aspetti (10):

- l'accessibilità alle cure, nel pieno rispetto di equità e trasparenza, va mantenuta anche in futuro;
- le iniziative intersettoriali finalizzate alla promozione della salute dovranno assumere carattere prioritario;
- a tutti i cittadini europei va garantito un elevato livello di qualità e sicurezza delle cure, anche attraverso la mobilità dei pazienti;
- l'efficienza organizzativa del sistema sanitario deve essere potenziata, nel rispetto dell'autonomia organizzativa e gestionale dei singoli Stati membri.

In Italia, i cambiamenti organizzativi dell'assistenza sanitaria si svolgeranno in una realtà sempre più regionalizzata e decentralizzata, in una prospettiva di federalismo fiscale, con un graduale passaggio al finanziamento del costo standard, sia per razionalizzare la spesa pubblica che per garantire servizi erogati secondo principi di efficienza e appropriatezza. (5, 11).

I responsabili per la programmazione e organizzazione sanitaria dovranno anche considerare il fenomeno della libera circolazione dei servizi e cittadini europei e, nel rispetto dei nuovi impegni comunitari sui diritti dei cittadini alla mobilità per usufruire di prestazioni programmate, qualora il Paese di provenienza non sia in grado di garantire elevati livelli di assistenza per determinate patologie. (10)

BIBLIOGRAFIA

- 1) Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos "Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses", World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
- 2) OCSE, *Rapporto Health at a glance 2009*, OECD Indicators, OECD 2009
- 3) WHO Regional Office for Europe, *The European health report 2009*
- 4) *Nuovo Patto per la salute 2010-2012, Accordo programmatico tra Governo e regioni e Province Autonome*, 3 dicembre 2009,
- 5) K. Kob, "Federalismo e assistenza sanitaria", *L'Ospedale, Trimestrale dell'ANMDO di Igiene, Tecnologia, Management degli Ospedali e dei Servizi Sanitari Territoriali*, N° 2, 2009, pagg. 13-16
- 6) *Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, La vita buona nella società attiva, Libro bianco sul futuro del modello sociale*, maggio 2009
- 7) Bernd Rechel, Stephen Wright, Nigel Edwards, Barrie Dowdeswell, Martin McKee, *Investing in hospitals of the future*, World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
- 8) *Regione Umbria, Piano Sanitario regionale 2009-2011*
- 9) *Ministero della salute, Programma "Guadagnare salute, rendere facili le scelte salutari"*, DPCM 4 maggio 2007
- 10) *Conferenza ministeriale Europea, "Health systems, health and wealth"*, Tallin, Estonia, 27-29 giugno 2009, World Health Organization 2009
- 11) *Ettore Jorio, La Legge delega di attuazione del federalismo fiscale*, 22 aprile 2009, *federalismi.it, Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*

Esperienze di percorsi della chirurgia protesica, con particolare riferimento alla protesi d'anca

Riassunto

Nel testo viene riportata l'esperienza dell'Istituto Ortopedico Rizzoli nell'analisi dei percorsi protesici, con particolare riferimento a quello per l'anca. Viene descritta la storia dell'intervento di artroplastica e l'epidemiologia di questa patologia, anche attraverso i dati del registro RIPO (Registro dell'implantologia protesica ortopedica, registro gestito dal Rizzoli per conto della regione Emilia Romagna).

Vengono poi messi a confronto questi dati con quelli di altri paesi che posseggono registri analoghi.

Una successiva analisi è dedicata ai costi, utilizzando procedure target definite (protesi primaria ibrida, primaria non cementata, revisione totale e revisione coppa+testa). Viene infine presentata una valutazione cost effectiveness da cui emerge una più documentata evidenza di risultati sulla qualità della vita per la protesi d'anca rispetto a quella di ginocchio.

Giovanni Baldi, Maria Teresa Montella, Paola Proia, Susanna Stea

Istituto Ortopedico Rizzoli Bologna

INTRODUZIONE

L'intervento di sostituzione protesica di anca e ginocchio è il trattamento chirurgico risolutivo per numerose patologie altamente invalidanti quali: osteoartriti (OA), l'artrite reumatoide, la frattura del collo del femore, la necrosi post traumatica, l'artrosi post traumatica, la displasia congenita ecc.. Per quanto attiene alle OA sono frequenti, più del 40% della popolazione in età geriatrica ne soffre. Le OA sono la principale causa di malattia cronica muscoloscheletrica (oltre ai 65 aa) e spesso sono associate a disabilità motoria e dolore. Parimenti le fratture di femore sono in incremento. In Italia l'incidenza registrata da SDO (scheda di dimissione ospedaliera) ha avuto il seguente trend: 78.708 nell'anno 1999 vs 86.719 nell'anno 2002 pari ad un +10% circa (1).

Il contesto epidemiologico di riferi-

mento (vedi dopo epidemiologia) e l'indiscusso successo dell'intervento di protesi di anca e ginocchio ha determinato e determinerà sicuramente un aumento degli interventi. Il trattamento delle OA è multidisciplinare (reumatologi, ortopedici, medici di famiglia, geriatri ecc..) ed ha quale *items* primari i seguenti:

- Controllare il dolore;
- Garantire la mobilità;
- Limitare l'evoluzione della malattia;
- Educare il paziente al management della propria patologia;
- Aumentare la qualità di vita.

Si rimanda agli schemi elaborati dal NICE (National Institute of Clinical Excellence) per il percorso clinico assistenziale dei paz. con OA (2)

Le terapie per trattamento delle OA sono:

- non farmacologiche;
- farmacologiche;
- tecniche chirurgiche.

Molteplici sono i modelli ed i percorsi assistenziali del trattamento di tali patologie. Nel corso degli ultimi 10 anni, sono stati prodotti numerosi lavori, almeno 50 linee guida e metanalisi, nei quali l'intervento chirurgico è alternativa terapeutica "di seconda istanza": l'intervento viene proposto in caso di mancata risposta alle terapie farmacologiche e non farmacologiche.

Tutte le indicazioni di letteratura elaborate fino ad oggi concordano in merito al fatto che la terapia combinata (farmacologica e non) sia, *ab initio*, la più efficace.

Per quanto attiene alle indicazioni non farmacologiche si riassumono sinteticamente:

- al paziente devono essere fornite informazioni in merito a stile di vita (movimento), dieta, calo ponderale e terapia riabilitativa (vedi schema del NICE summenzionato).

Qualora la difficoltà alla deambulazione persistesse, alcuni lavori suggeriscono di educare i pazienti all'uso del bastone con appoggio sulla gamba contro laterale. Per la gonoartrosi vengono consigliati supporti al ginocchio per permettere la deambulazione.

Il farmaco di attacco delle OA è considerato il paracetamolo in presenza di dolore medio e moderato, tale farmaco ha il vantaggio di poter essere protratto nel tempo senza importanti effetti collaterali; per i pazienti "non responders" si utilizzano antiinfiammatori non steroidei, il cui uso prolungato nel tempo è però controindicato.

In caso di fallimento delle terapie

**PAROLE CHIAVE:**

Protesi d'anca, indicazioni, percorso, costi

Tabella 1. Interventi di sostituzione protesica dell'anca in Italia. Anni 1999-2003

Codice ICD9-CM	Denominazione	1999	2000	2001	2002	2003
8151	Sostituzione totale dell'anca	42.198	44.001	45.431	48.531	51.448
8152	Sostituzione parziale dell'anca	19.167	20.263	20.643	21.328	21.030
8153	Revisione di sostituzione dell'anca	5.010	5.421	5.517	5.918	5.951
	Totale	66.375	69.685	71.591	75.777	78.429

farmacologiche summenzionate, si utilizzano corticosteroidi per via sistemica ed in presenza di dolore severo oppioidi. In caso di mancata risposta alla terapia conservativa, la soluzione terapeutica è chirurgica. Per quanto attiene alle fratture di femore di norma la terapia è chirurgica e secondo le LG del SIGN (2009) ha un timing chirurgico preciso -entro le 24-48 ore- (3,4,5,6,7,8)

STORIA DELL'INTERVENTO DI ARTROPLASTICA ED ANALISI DEMOGRAFICA DELLA POPOLAZIONE

I primi studi di sostituzione totale di anca e di ginocchio risalgono al 1960, Sir John Charnley, ortopedico inglese fu pioniere di tale intervento. Obiettivo primario dell'intervento era quello di garantire autonomia di movimento ai pazienti con patologia muscoloscheletrica. Nella lettura magistrale "Surgery of the hip joint"

Sir Charnley cercava di spiegare le difficoltà incontrate nell'esecuzione di questi interventi e la necessità di un nuovo approccio chirurgico per gli ortopedici che lo praticavano. La tecnica chirurgia era altamente innovativa e lo studio del paziente differente rispetto al passato: era infatti indispensabile una valutazione della dinamica motoria, lo studio del peso del corpo nelle diverse posture e lo studio dei materiali impiantati ecc.. Sir Charnley non si limitò a studiare intervento in vivo ma analizzò anche i pazienti sottoposti ad intervento, *post mortem*, per verificare la reazione tissutale ai materiali impiantati.

Ulteriori perfezionamenti delle tecniche chirurgiche, hanno permesso di rendere sempre più sicuro tale intervento migliorando la qualità di vita dei pazienti e permettendone l'esecuzione sia in pazienti molto giovani che in pazienti molto anziani (9,10)

EPIDEMIOLOGIA

Oggi gli interventi di sostituzione di anca e ginocchio sono molto diffusi e l'indicazione chirurgica è meno restrittiva anche alla luce dei nuovi materiali impiantati. In base ai dati SDO (scheda di dimissione ospedaliera) i dati del triennio 1999-2003 vedono per la sola protesi di anca un aumento con i seguenti numeri (vedi tabella 1) La maggior affidabilità degli impianti ha permesso di eseguire tali interventi anche in pazienti più giovani (in passato le protesi di anca e ginocchio erano controindicate per problemi di usura e conseguente reimpianto) e parimenti in pazienti più anziani grazie alla migliore tecnica chirurgica e alla aumentata speranza di vita dei pazienti. Il numero di protesi di anca per 100.00 abitanti nell'anno 2003 è stato pari a 130 impianti/reimpianti di anca ogni 100.000 ab.

Secondo l'ISTAT la piramide demografica italiana è invertita e vede al 1 gennaio 2009, 143 anziani vs 100 giovani. In Europa, solo la Germania presenta un indice di vecchiaia più elevato. La speranza di vita alla nascita oggi in Italia è la seguente: donne-84 anni e gli uomini-78,8 anni (11). La situazione demografica sopra descritta fa sì che gli interventi primari e secondari di anca saranno sicuramente in incremento, con conseguente necessità di valutazioni *cost/effectiveness* per garantire l'appropriatezza di tale intervento ed il controllo dei costi. I dati relativi alle protesi di anca nella Regione Emilia Romagna dal 2001 al 2008 sono di seguito esposti:

Tipo di intervento	Numero interventi	Valori percentuali
Artroprotesi primarie	47647	62.3
Reimpianti totali e parziali*	7867	10.3
Endoprotesi	19139	25.0
Protesi di rivestimento	989	1.3
Espianto	478	0.6
Altro**	369	0.5
Totale	76489	100.0

Il rapporto protesi primaria di anca e reimpianto è descritto nella tabella di seguito esposta:

Anno intervento	Protesi primarie totali		Reimpianti (totali + parziali)	
	N.	Incremento %	N.	Incremento %
2000	4288	-	720	-
2001	4567	+6.5	851	+18.2
2002	4634	+1.5	866	+1.8
2003	5035	+8.7	858	-0.9
2004	5351	+6.3	852	-0.7
2005	5561	+3.9	824	-3.3
2006	5821	+4.7	937	+13.7
2007	6234	+7.1	1012	+8.0
2008	6156	-1.3	947	-6.4

Le protesi di ginocchio in Emilia Romagna nel periodo 2001-2008 sono state:

Tipo di intervento	Numerosità	Valori percentuali
Primario bicompartimentale	25.199	68.0
Primario unicompartimentale	3.983	10.8
Primario tricompartmentale	4.738	12.8
Reimpianto [^]	2.101	5.7
Espianto	416	1.1
Impianto di sola rotula	201	0.5
Altro*	408	1.1
Totale	37.046	100.0

La popolazione residente in Emilia Romagna è pari a 4.366.448, ma è bene ricordare che negli Ospedali di questa regione una parte delle protesi di anca è effettuata su pazienti di fuori regione(12).

In Norvegia ove è presente un registro di patologia dal 1987 al 2005 sono state registrate 114.400 protesi di anca e 25.000 protesi di ginocchio.

Ogni anno sono impiantate di circa 7.000 protesi di anca e circa 2800 protesi primarie di ginocchio con una popolazione di riferimento analoga a quella dell'Emilia Romagna (4.695.134 popolazione della Norvegia).

La frequenza protesi primarie impiantate ogni anno è pertan-

to 152 protesi primarie di anca e 67 per le protesi di ginocchio ogni 100.000 ab (13). Il registro australiano riporta una incidenza pari a 71.977 impianti di anca e ginocchio (anno 2008), il numero di procedure è incrementato di anno in anno (+7% rispetto al 2007 pari 66.939). La popolazione complessiva è 20.351.000. La frequenza di questi interventi (anca+ginocchio) è pari a 353 su 100.000 abitanti (14).

Per quanto attiene al registro svedese che raccoglie le sole protesi di anca (vi è un registro a parte per le protesi di ginocchio) i dati sono i seguenti: dal 1979 al 2007 sono state effettuate 284.630 (prevalenza) con una incidenza pari a 14.105 protesi

di anca impiantate, nell'anno 2007 (popolazione della Svezia 8.733.000), la frequenza di impianto, nell'anno 2007, è stata pari a 161 protesi di anca ogni 100.000 ab).

Anche la Svezia ha registrato un progressivo incremento di protesi di anca impiantate pari a 12.682 (incidenza) nel 2003 vs 14.105 nel 2007-incidenza (+11%). La frequenza di impianto nell'anno 2007 è stata di 161 protesi di anca ogni 100.000 ab. (15).

Nel registro della Nuova Zelanda si rileva la seguente incidenza, riferita all'anno 2008, protesi primarie di anca 6993, revisione di anca 1043, protesi di ginocchio primarie 5595 e revisioni di ginocchio pari a 407, la popolazione totale della Nuova Zelanda è 3,568,000. Nell'anno 2008 l'impianto di protesi primarie di anca è stato pari a 195 protesi di anca ogni 100.000 e quello di ginocchio (protesi primarie) pari a 156 protesi primarie di ginocchio (16).

L'epidemiologia nazionale ed internazionale evidenzia come le protesi di anca e ginocchio siano in aumento e diventi indispensa-



bile un'analisi approfondita sul timing chirurgico, utilizzo di materiali protesici, la durata degli stessi per garantire il contenimento dei costi e appropriatezza nelle indicazioni chirurgiche. Inoltre i dati derivati dal confronto dei registri evidenziano difformità nel numero degli impianti, ciò può essere legato a variabili non modificabili (esempio popolazione geriatrica) o variabili riconducibili ai diversi comportamenti clinici che devono essere condivisi ed ove possibile standardizzati al fine di controllare la spesa sanitaria. Peraltro l'obbligatorietà o meno dell'iscrizione al registro protesi nelle diverse realtà rende un po' problematico un confronto automatico dei numeri di interventi rispetto alla popolazione.

REGISTRO DELLE PROTESI: FINALITÀ

L'Istituto Rizzoli (IOR) fin dal 1990, mutuando in parte gli items contenuti in registri già presenti in Nord Europa fin da 1980, ha avviato un Registro degli interventi di protesizzazione d'anca eseguiti al suo interno (RIPO, Registro dell'Implantologia Protetica Ortopedica)(Stea 2002, Toni 2002);dal 2000, per decisione dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, ha esteso la registrazione a tutti gli interventi di protesi d'anca e ginocchio effettuati da strutture pubbliche e private accreditate nella Regione Emilia-Romagna. Nel 2008 il registro si è ulteriormente ampliato, avviando la registrazione delle protesi di spalla. Attualmente sono conservati ed elaborati i dati relativi ad oltre 75.000 interventi di protesi d'anca, 37.000 di ginocchio e circa 500 di spalla.(Bordini 2007, Stea

2009). Per il solo Istituto Rizzoli i numeri sono rispettivamente attorno a 22.000 (anca), 6.000 (ginocchio) e 200 (spalla).

Nel registro, oltre ai dati anagrafici del paziente, confluiscono i suoi principali dati anamnestici, i trattamenti profilattici cui è sottoposto per la prevenzione delle infezioni e delle trombosi, le principali note di tecnica chirurgica, le complicazioni eventualmente insorte in corso di ricovero e, con estremo dettaglio, tutte le caratteristiche della protesi che è stata impiantata.

Vengono raccolti nel RIPO non solo i dati degli interventi primari, ma anche quelli che si rendono necessari per la sostituzione di una protesi (reimpianto). Pertanto tutti i pazienti operati in Emilia Romagna vengono seguiti nel tempo, nel caso debbano nuovamente ricorrere all'intervento per la sostituzione della protesi.

Opportune analisi dei dati ed elaborazioni statistiche permettono di verificare l'efficacia delle diverse tipologie di protesi, guidando i chirurghi nelle scelte terapeutiche che possano garantire i migliori risultati anche e soprattutto in rapporto alle caratteristiche dei pazienti. (Stea 2007, Stea 2008, Bordini 2009)

Il Registro permette, inoltre, di individuare in tempo reale i pazienti a cui fossero state impiantate protesi imperfette. Infatti, per ogni singola componente protesica (ciascuna protesi d'anca è composta da un numero variabile di parti comprese tra 3 e 7) vengono registrati la ditta produttrice, il numero di codice del prodotto ed il lotto. I dati vengono associati al paziente che si trova, pertanto, nella condizione di potere essere rintracciato, avvisato e tempestivamente sottoposto agli accertamenti che si dimo-

strassero necessari a tutela della sua salute nei rarissimi casi in cui dovessero essere sospettati problemi legati alla protesi.

Il R.I.P.O. rappresenta il primo esempio in Italia di raccolta sistematica di informazioni sull'efficacia delle protesi articolari I dati epidemiologici appaiono per alcuni aspetti peculiari, mentre il tasso di revisione osservato nei pazienti è allineato con quanto riportato nei principali registri scandinavi.

A confronto con i suddetti si evidenzia la differente scelta di modalità di fissazione della protesi d'anca attuata nella nostra Regione, ove viene privilegiata la fissazione non cementata, con risultati lusinghieri. E' altresì verificabile il maggior ricorso agli impianti con accoppiamento articolare ceramica-ceramica che viene privilegiato in considerazione della maggiore restenza all'usura.

Il registro rappresenta uno strumento prezioso di evidence-based medicine in grado di fornire al chirurgo uno strumento di grande utilità per il monitoraggio delle proprie scelte e per l'informazione al paziente. A cadenze regolari i dati che sono confluiti nel Registro vengono infatti elaborati da un gruppo di statistici dedicati, ed i risultati vengono restituiti al Responsabile di Reparto, che ha così modo di verificare l'efficacia degli interventi eseguiti presso la sua Unità.

Il Registro rappresenta, altresì, uno strumento estremamente utile per i processi di governo clinico, in quanto permette di indirizzare l'uso delle risorse pubbliche, sulla base di dati incontrovertibili. (Di Tanna 2009)

I report pubblici del registro sono visibili nel sito <http://ripo.cineca.it> (17,18,19,20,21,22,23,24)



COSTO E DURATA DELL'INTERVENTO

Nelle aziende sanitarie il dibattito in tema di analisi dei costi è decisamente centrato su alcune questioni, ampiamente note, quali ad esempio la prospettiva di analisi, il campionamento, le modalità di raccolta dei dati, la classificazione dei costi, la stima dei costi di produzione, la tipologia di costo da utilizzare per la stima ecc; sembra invece essere quasi completamente assente una riflessione sull'analisi reale dei costi di produzione dei servizi e delle prestazioni erogate.

In secondo luogo si rileva una scarsissima attenzione alla dimensione aziendale e in particolare all'impatto che l'erogazione di una determinata prestazione può avere sulla funzionalità dell'azienda e alla correlazione tra costi e volumi di produzione. La protesi d'anca è attualmente uno dei procedimenti chirurgici più frequenti e più costosi.

Dagli studi e dalla letteratura non emergono però evidenze sui costi sostenuti dalle aziende per erogare tale tipo di prestazioni, ma solo indicazioni cliniche e appropriatezza nell'uso.

Tale studio si pone l'obiettivo di definire, qual è il costo che l'Azienda sostiene per erogare interventi di protesica.

METODOLOGIA

La ricerca si fonda su una primaria analisi di processo, seguita da una valutazione dei costi relativi alla procedura che comprende anche le variabili organizzative che incidono sul costo dell'intervento protesico.

ANALISI DI PROCESSO

Le procedure target definite sono le seguenti:

- Impianto di protesi primaria ibrida;

- Impianto di protesi primaria non cementata;
- Revisione totale;
- Revisione coppa+testa.

Si è proceduto alla scomposizione nelle singole fasi che le costituiscono, con conseguente valutazione dei costi relativi ad ogni singolo stadio del percorso di cura.

- fase preparatoria intervento (visite ed esami diagnostici)
- intervento chirurgico (trasporto dal reparto al blocco operatorio/atto chirurgico/ trasporto dal blocco operatorio al reparto di appartenenza)
- degenza post-operatoria (inclusa riabilitazione).

ANALISI

Definito il costo come il valore dei fattori produttivi impiegati nel processo di trasformazione.

Per svolgere una puntuale valorizzazione economica è necessaria la corretta determinazione delle voci di costo di ogni parte costituente il processo di cura.

Nello specifico sono stati misurati i valori relativi al costo:

- delle risorse umane: tale costo è calcolato sia per il personale assistenziale che per quello medico sul costo orario per tempo standard;
- delle prestazioni di laboratorio e diagnostiche: valorizzazione basata sul nomenclatore regionale
- farmaci, si è rilevato il consumo dei farmaci da scheda terapia integrata e si è proceduto alla relativa valorizzazione
- sterilizzazione: costo dei cestini utilizzati nelle procedure chirurgiche
- sangue ed emoderivati: costo a tariffa.

Per portare a termine una corretta valorizzazione dei costi, è seguita alla disaggregazione di tutte le

principali fonti di aggregazione, una fase di riaggregazione, in categorie più ampie:

- costo di sala operatoria (tempo chirurgico)
- costo giornate di degenza.
- costo terapia intensiva I costi non riaggregati ma considerati separatamente sono stati:
 - costo sangue ed emoderivati
 - costo delle prestazioni di laboratorio e diagnostiche
 - costo delle sedute di fisioterapia
 - costo protesi.

■ Altri costi La scelta di non aggregare tali tipi di costi è dettata da diversi fattori:

1. il costo del sangue ed emoderivati e le prestazioni di laboratorio e diagnostiche, hanno natura residuale, ossia non trovano corretta allocazione nelle categorie definite;
2. le prestazioni fisioterapiche sono erogate al letto del paziente sin dal primo giorno di ricovero. Tale variabile organizzativa è una peculiarità dello IOR, pertanto si ritiene opportuno evidenziarlo.
3. il costo delle protesi dipende da molteplici elementi modalità di acquisizione, volumi di attività, volumi di acquisto oggetto di trattativa.
4. Gli "altri costi" è una percentuale calcolata sui costi diretti. E' specifica per ogni struttura e rileva i costi non direttamente imputabili alla prestazione ma dai quali non si può prescindere. Tra questi i costi dei Servizi Intermedi, costi generali e amministrativi.

E' opportuno evidenziare come l'analisi proposta tenga conto della complessità chirurgica limitatamente al differente assorbimento di risorse nel caso di interventi di revisione e di impianti primari ma non rileva la complessità dell'assistenza post-operatoria (modello

intensivo-estensivo), e le condizioni cliniche del paziente con conseguente assorbimento di risorse aggiuntive. IN pratica non è calcolato il costo della fase riabilitativa che peraltro è molto variabile da Ospedale ad Ospedale. Nell'Istituto Rizzoli la fase riabilitativa inizia direttamente nel reparto ortopedico e solo casi selezionati sono trasferiti alla struttura di Medicina Fisica e Riabilitativa.

RISULTATI

Si evidenzia come gli interventi di revisione abbiano un costo aziendale in valore assoluto più elevato rispetto agli impianti d'anca primari, questa differenza si rileva soprattutto dal peso che hanno le giornate di degenza rispetto alle altre voci di costo.

Ciò trova spiegazione nel fatto che la degenza misura l'intensità assistenziale che è direttamente proporzionale alla complessità della procedura chirurgica: me-

no complessa negli interventi di impianti di protesi primaria e più complessa nelle revisioni.

Altra misura della diversa complessità delle due diverse procedure è l'utilizzo della sala operatoria e la terapia intensiva che nel caso di impianti di protesi primaria non è prevista.

Dal punto di vista economico non ci sono sorprese perché le giornate di degenza, la sala operatoria e la terapia intensiva sono le voci che in tali tipi di processo assorbono più risorse di personale e che quindi inevitabilmente incidono

maggiormente nella determinazione del costo della prestazione.

E' invece opportuno riflettere sul perché il costo protesi e l'incidenza dei costi indiretti, generali e amministrativi sia nel caso degli impianti primari che nelle revisioni incida per il 44% sul costo totale della prestazione.

Le considerazioni fatte sono limitate allo IOR e difficilmente riproducibili in altre strutture, sia in termini di estrema specializzazione delle prestazioni che vengono erogate, sia considerando le dimensioni stesse dell'Istituto.(25,26)

	Impianto di protesi primaria	Revisione
giornate di degenza	28%	27%
Sala operatoria	24%	17%
Protesi	22%	22%
Altri costi	22%	22%
Terapia Intensiva		8%

	Impianto di protesi primaria ibrida	Impianto di protesi primaria non cementata	Revisione totale	Revisione coppa+testa
ore di sala operatoria	2,16	1,8	2,35	2,15
giornate di degenza	5	5	8	8
Consulti specialistici	esclusi	esclusi	esclusi	esclusi
giorni di terapia intensiva	esclusi	esclusi	2	1
Sala operatoria	2.398,35	1.715,01	2.638,09	2.216,91
giornate di degenza	2.531,65	2.273,12	3.693,77	3.641,91
Prestazioni diagnostiche e di laboratorio	122,95	93,80	126,75	172,75
sangue ed emoderivati	210,00	140,00	447,49	308,14
Sedute fisioterapiche	82,50	82,50	132,00	132,00
Terapia Intensiva			1.425,69	712,85
Protesi	968,75	2.948,77	3.378,44	2.662,44
Altri costi	1.767,98	2.030,90	3.315,82	2.757,16
Costo totale prestazione protesi anca	8.082,18	9.284,09	15.158,05	12.604,16

COST EFFECTIVENESS

Valutazioni di *cost effectiveness* non hanno trovato fino ad oggi un modello standardizzato di confronto, le analisi fino ad oggi riportate in letteratura sono frammentarie, tuttavia è indubbia l'efficacia dell'intervento di sostituzione totale di anca e ginocchio soprattutto in pazienti con basso score di gravità preoperatorio (assenza di comorbidità).

Gli score utilizzati in letteratura per misurare la qualità di vita e la riuscita dell'intervento sono molteplici e di seguito ne sono citati alcuni:

- Harris Hip Score : si tratta di un questionario somministrato al paziente che fornisce una stima su dolore post intervento, la disabilità ecc.. Tale questionario non analizza alcuni parametri quali dolore notturno, attività sessuale ecc..
- La scala di WOMAC acronimo per Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) è il test di riferimento per la valutazione di un risultato di trattamento sulla coxofemorale (e anche sul ginocchio). Il punteggio è il risultato di 4 gruppi di domande con 5 possibili risposte tra cui scegliere. Gli argomenti di domanda riguardano i sintomi avvertiti, la rigidità dell'articolazione, il dolore e la funzione articolare nello svolgere le attività quotidiane (ad esempio rigidità dell'anca, dolore, difficoltà a salire le scale ecc).
- La scale SF 36 è data da un questionario sullo stato di salute, sviluppato negli anni 80 è composto da 36 domande che valutano lo stato emotivo, l'attività fisica, la percezione dello stato di salute ecc. Tutte le do-

mande si riferiscono a 4 settimane prima rispetto alla somministrazione del questionario.

Alcuni lavori studiano gli esiti a distanze dell'intervento di anca e di ginocchio ed hanno evidenziato benefici importanti soprattutto per la protesi di anca. Dopo 6 mesi dall'intervento la popolazione sottoposta a intervento di protesi di anca vs popolazione di controllo non presentava significative differenze nella qualità di vita, nelle attività svolte. Per quanto attiene alla protesi di ginocchio, a 3 mesi dall'intervento dolore e funzione fisica sono migliorati rispetto alla valutazione preoperatoria, tuttavia permangono importanti limitazioni funzionali. La popolazione sottoposta ad intervento è comunque confrontabile con quella non sottoposta ad intervento. Sicuramente il recupero funzionale secondario a protesi di ginocchio è più lungo di circa 12 mesi, tuttavia Hozack segnala che coloro che hanno subito interventi di protesi totale del ginocchio sono più anziani e spesso affetti da maggiori comorbidità.

Si può dire che gli studi sulla qualità di vita se pur tanti non sono conclusivi e necessitano di implementazione per ricercare adeguati standard di riferimento condivisi a livello internazionale. (27,28,29,30)

CONCLUSIONI

L'intervento di sostituzione di anca e ginocchio (primario e secondario) pur essendo dimostrato essere efficace e con buoni risultati sulla qualità vita deve essere oggetto di ulteriori analisi poiché l'aumento di tale metodica chirurgica ed i costi devono essere studiati secondo la metodica del HTA (*technology assessment*) al fine di poter garantire nel tempo questo intervento a tutti i cittadini.

Sicuramente l'analisi economica non si può limitare ai soli costi dell'intervento chirurgico, di cui comunque in Italia vi è scarsa letteratura, ma deve essere approfondito uno studio a tutto campo. riguardo a: qualità di vita, score di presenza-assenza di comorbidità per i pazienti in lista di attesa (per ridurre la mortalità secondaria ad intervento), analisi di costo/durata delle protesi e tipologia dei materiali impiantati, tali aspetti devono essere oggetto di ulteriori approfondimenti. E' evidente una corretta pianificazione condivisa del numero di protesi primarie, condivisa con i clinici, condiziona inevitabilmente il numero dei reimpianti.

Gli elementi di cui sopra sono utili strumenti per individuare criteri di priorità e setting di cure idonei, tipologia di protesi da impiantare e gli *outcome* dei pazienti oggetto di analisi, ciò al fine di rendere trasparenti i criteri di *decision making* che oggi spesso sono di difficile interpretazione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 1) Rossini M, Piscitelli P, Fitto F, Camboa P, Angeli A, Guida G, Adami S. Incidence and socioeconomic burden of hip fractures in Italy. *J. Reumatismo*. 2005 Apr-Jun;57(2):97-102. *Italian*.
- 2) Conaghan PG, Dickson J, Grant RL; Guideline Development Group. Care and management of osteoarthritis in adults: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008 Mar1;336(7642):502-3.
- 3) Richmond J, Hunter D, Irrgang J, et Al Andre J, Sluka P, McGowan R; American Academy of Orthopaedic Surgeons. Treatment of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty). *J Am Acad Orthop Surg*. 2009 Sep;17(9):591-600.
- 4) Cibulka MT, White DM et Al. Hip pain and mobility deficits--hip oste-

oarthritis: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2009 Apr;39(4):A1-25.

5) Zhang W, Doherty M, Leeb BF et AL ESCISIT. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT. *Ann Rheum Dis.* 2009 Jan;68(1):8-17. Epub 2008 Feb 4. Review.

6) Zhang W, Doherty M, Leeb BF, K et Al EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis: report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2007 Mar;66(3):377-88

7) Philadelphia Panel. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for knee pain. *Phys Ther.* 2001 Oct;81(10):1675-700. Review.

8) www.nice.org Management of hip fracture in older people SIGN, June 2009

9) www.hipsandknees.com/hip/charnley.htm Charnley J

10) Charnley J. Total hip replacement. *JAMA.* 1974 Nov 18;230(7):1025-8.

11) www.istat.it

12) <http://ripo.cineca.it>

13) <http://www.haukeland.no/nrl/eng/>

14) <http://www.dmac.adelaide.edu.au/aoanjrr.jsp>

15) <http://www.jru.orthop.gu.se>

16) [hht://www.cdhb.govt.nz/NJR/figures.htm](http://www.cdhb.govt.nz/NJR/figures.htm)

17) Stea S, Bordini B, Sudanese A, Toni A. Registration of hip prostheses at the Rizzoli Institute. 11 years' experience. *Acta Orthop Scand Suppl.* 2002 Oct;73(305):40-4.

18) Toni A, Stea S, Bordini B, Traina F. Lost to follow-up in a hip prosthe-

sis register. Experience of R.I.P.O. *Acta Orthop Scand Suppl.* 2002 Oct;73(305):49-53.

19) Bordini B, Stea S, De Clerico M, Strazzari S, Sasdelli A, Toni A. Factors affecting aseptic loosening of 4750 total hip arthroplasties: multivariate survival analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007 Jul 24;8:69

20) Stea S, Bordini B, De Clerico M, Petropulacos K, Toni A. First hi arthroplasty register in Italy: 55,000 cases and 7 year follow-up. *Int Orthop.* 2009 Apr;33(2):339-46..

21) Bordini B, Stea S, Cremonini S, Viceconti M, De Palma R, Toni A. Relationship between obesity and early failure of total knee prostheses. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009 Mar 5;10:29.

22) Stea S, Bordini B, Viceconti M, Traina F, Cervini A, Toni A. Is laterality associated with a higher rate of hip arthroplasty on the dominant side? *Artif Organs.* 2008 Jan;32(1):73-7. PubMed PMID: 18181807.

23) Stea S, Bordini B, De Clerico M, Traina F, Toni A. Safety of pregnancy and delivery after total hip arthroplasty. *J Womens Health (Larchmt).* 2007 Nov;16(9):1300-4. PubMed PMID: 18001186.

24) Di Tanna GL, Ferro S, Cipriani F, Bordini B, Stea S, Toni A, Silipo F, Pirini G, Grilli R. Modeling the Cost-Effectiveness for Cement-Less and Hybrid Prosthesis in Total Hip Replacement in Emilia Romagna, Italy. *J Surg Res.* 2009 Nov 11.

25) A Escobar, J. M. Quintana, I. Aróstegui y cols.— Uso apropiado de los mecanismos de fijación en la prótesis de cader

26) Casati G., Programmazione e controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie

27) O'Boyle CA, McGee H, Hickey A, O'Malley K, Joyce CR. Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. *Lancet.* 1992; 339:1088 -91

28) Mangione CM, Goldman L, Orav EJ, Marcantonio ER, Pedan A, Ludwig

LE, Donaldson ML, Sugarbaker DJ, Poss R, Lee TH. Health-related quality of life after elective surgery: measurement of longitudinal changes. *J Gen Intern Med.* 1997; 12:686 -97

29) Van Essen GJ, Chipchase LS, O'Connor D, Krishnan J. Primary total knee replacement: short-term outcomes in an Australian population. *J Qual Clin Pract.* 1998; 18:135 -42

30) Hozack WJ, Rothman RH, Albert TJ, Balderston RA, Eng K. Relationship of total hip arthroplasty outcomes to other orthopaedic procedures. *Clin Orthop.* 1997.

Testamento biologico e amministrazione di sostegno - Può l'Amministratore di Sostegno sostituire il testamento Biologico?

Riassunto

Pur non avendo ancora coinvolto l'opinione pubblica, il dibattito sul c.d. "testamento biologico" si sta svolgendo, da qualche tempo, nelle sedi accademiche e parlamentari.

Con questo strumento si vuole offrire al cittadino, nel pieno delle proprie facoltà fisiche, psicologiche e volitive, la possibilità di esprimere "a futura memoria" le proprie volontà aventi per oggetto, nell'eventualità di una sopravvenuta incapacità di intendere e di volere, il proprio morire. L'approvazione di una legge, tuttavia, sembra lontana

Antonella Nardo

Avv. Civilista del Foro di Milano e Giudice Onorario del Tribunale di Cremona, Sezione Tutela.

INTRODUZIONE

Partendo da brevi cenni sulla storia ed il significato del testamento biologico, in Italia ed in Europa per fornire una risposta alla domanda che fa da titolo.

Con i termini **testamento biologico**, **testamento di vita**, **direttive anticipate**, si indica una dichiarazione con la quale ciascuno di noi, in piena libertà e consapevolezza, può esprimere la propria volontà circa le cure da ricevere nel caso perdesse la facoltà di decidere, a causa di una malattia o lesioni traumatiche irreversibili.

Nessuno può dire di non aver mai avuto, per un attimo o per tutta la vita, paura della morte. Ma la nostra generazione, ed ancor più quella futura, a cui la scienza ha regalato la possibilità di un'esistenza più lunga e più sana, si trova ora ad affrontare una nuova forma di angoscia: la paura della non-vita, o della non-morte. Le capacità di intervento di una medicina moderna che ci cura sempre di più, ma non per questo ci

guarisce di più, sono cresciute fino a raggiungere la possibilità di mantenerci tecnologicamente in una vita artificiale. Uno stadio intermedio tra la vita e la morte, a volte anche doloroso, che ci può inquietare più della morte stessa e che ci pone di fronte a dilemmi sconosciuti alla storia ed al pensiero.

Epicuro pensava: "non dobbiamo aver paura della morte perché quando ci siamo noi non c'è lei e quando c'è lei non ci siamo più noi".

Quali che siano i nostri sentimenti e le nostre convinzioni riguardo la morte ed il significato del dolore, il problema resta lo stesso. Di fronte alla capacità, che la medicina possiede, di allontanare il termine naturale della vita, chi fissa il limite degli interventi? La scienza, i medici o la legge?

CONTENUTO

Dottrina maggioritaria insegna che "nessuno dovrebbe decidere per noi. Ognuno ha diritto di autodeterminarsi, e di esprimere cosa

vuol fare della propria esistenza nel caso si trovasse in condizioni che lo privano della sua identità e dignità".

Il principio dell'autodeterminazione è l'unico che garantisce il rispetto della globalità della persona, del corpo, della mente e della loro armonia, anche quando questa armonia si spezza e ci si trova nella condizione di massima debolezza, come avviene durante una malattia grave.

E' in gioco qui la dignità della morte; è in discussione una sorta di valutazione che deve avere i suoi punti di riferimento nei principi di dignità, eguaglianza, autonomia, senza cedere alla tentazione di riferirsi soltanto a una ragione di vita ridotta alla sua misura biologica.

L'autodeterminazione non solleva il medico dalle sue responsabilità ma le rende più facili da affrontare con lucidità.

Non si dimentichi che il primo passo verso il riconoscimento legale di questa nuova realtà del **rapporto medico-paziente** è stata proprio l'introduzione del **consenso informato alle cure**, ovvero che nessun medico può somministrare un trattamento a un malato senza prima averlo informato dei risultati previsti, dei rischi connessi, e degli effetti collaterali legati alla cura stessa. E' un **diritto del malato** ed un **obbligo per il medico**.

Il consenso informato e' una grande conquista etica dei nostri tempi perché permette al cittadino che necessita di terapia di appropriarsi

**PAROLE CHIAVE:**

Testamento biologico, Amministratore di sostegno, DAT

della decisione se e a quali cure sottoporsi.

Divenuta "regola della vita", il consenso della persona permette una responsabilità di sé che copre tutto l'arco dell'esistenza e diviene così anche la regola fondamentale del morire. Riguarda infatti l'intera vita del soggetto, garantendo il diritto di uscita dalle terapie, con la revoca del consenso e il rifiuto delle cure. La responsabilità della vita trascina con sé la disponibilità del morire.

Di qui è breve l'ulteriore passaggio teso a riconoscere la piena rilevanza e validità delle "direttive anticipate", c.d. DAT. Si tratta di quelle determinazioni individuali che regolano situazioni nelle quali la persona potrebbe trovarsi e che, nell'eventualità di non essere capace di intendere e di volere e, quindi, di non poter esprimere un valido consenso, vuole comunque definire in maniera conforme alle proprie convinzioni, credenze e desideri. Per questo le direttive anticipate sono un'estensione logica e conseguente del consenso informato, che tiene conto delle nuove capacità di intervento della scienza biomedica e del nuovo rapporto del malato con il medico e con la cura.

L'esistenza di direttive anticipate scritte dal paziente stesso costituisce un supporto straordinario nei momenti decisivi come quelli relativi a un'eventuale interruzione delle terapie.

Il medico ha il dovere di tener conto di queste disposizioni nel momento in cui si accinge ad as-

sistere un malato che non ha più una ragionevole speranza di miglioramento ed è sollevato dal dover prendere decisioni in maniera autonoma, senza conoscere quali siano le intenzioni e le volontà del paziente. Il testamento biologico si presenta quindi come uno strumento per la tutela non solo della salute dei pazienti, ma anche della responsabilità dei medici.

Oltre a rappresentare, da un punto di vista culturale, un dibattito utile alla formazione di una personalità consapevole e cosciente sul grande tema dell'autonomia sul proprio progetto di vita. La "cultura del consenso" sta lentamente entrando nella società italiana, ed è stata anche registrata dal Codice deontologico dei medici, che all'art. 34 afferma: "il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso." In Europa hanno dato il riconoscimento giuridico alla carta di autodeterminazione la Danimarca, la Germania, l'Olanda ed il Belgio.

La Convenzione di Oviedo, che risale al 1997 ed è stata ratificata dall'Italia nel 2001, ha dato a questo problema una risposta molto semplice ma molto completa: "I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione". In realtà secondo il Comitato Nazionale per la Bioetica, che ha

cercato di semplificare al massimo il problema, le direttive anticipate potranno essere scritte su un foglio firmato dall'interessato, e non solo i medici ne dovranno tenere conto, ma dovranno giustificare per iscritto le azioni che violeranno questa volontà. Anche la Chiesa su questo punto concorda con la morale laica.

Il paziente mantenuto in vita con i rimedi farmacologici o supporti tecnologici che non servono a bloccare la malattia, ma solo a prolungare l'agonia, deve essere rispettato se rifiuta le cure e decide di aspettare la propria fine. La famiglia deve essere vicina al malato in questa decisione e battersi a fianco del congiunto senza anteporre sentimenti egoistici e false illusioni. Le cure ostinate che prolungano solo i tormenti fisici e psichici e rinviando di poco il momento del distacco devono essere portate avanti esclusivamente col consenso del malato: lui e solo lui ha il diritto di decidere quando morire, se questo è l'epilogo annunciato. Le **DAT di volontà hanno una valenza giuridica** e va subito precisato che, quando se ne parla, non ci si riferisce all'eutanasia, perché non si richiedono né il comportamento attivo, né la passiva partecipazione di terzi per ottenere il risultato di mettere fine alla vita, in quanto oggetto di tali dichiarazioni è il rifiuto del trattamento medico. Il concetto è un altro e riguarda, lo ripetiamo, la dignità della persona umana. Il **testamento biologico trova la propria radice nel rispetto dell'autonomia della persona**. Nasce come regola di libertà e deve essere tenuto al riparo dai rischi e dalle tentazioni di tornare ad attribuire a soggetti esterni il potere di impadronirsi del corpo e del destino del malato.

Con questo strumento si vuo-



le offrire al cittadino, nel pieno delle proprie facoltà fisiche, psicologiche e volitive, la possibilità di esprimere “a futura memoria” le proprie volontà aventi per oggetto, nell’eventualità di una sopravvenuta incapacità di intendere e di volere, il proprio morire.

L’approvazione di una legge, tuttavia, sembra essere ancora lontana.

Il percorso italiano verso una legge sul c.d. “testamento biologico” risale al 1990, quando la Consulta di Bioetica di Milano, fondata nel 1989 dal neurologo Renato Boeri, ha promosso la c.d. “biocard” o “carta di autodeterminazione” poi sostituita, il 23 gennaio 1997 dal nuovo testo della “carta dell’autodeterminazione” suddiviso in sei parti.

Per sollecitare il mondo politico ad emanare una legge sulle “volontà anticipate”, la Consulta ha elaborato e resa pubblica la prima proposta di legge presentata alla Camera il 10 febbraio 1999 n. 5673 intitolata “disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari”.

Non si dimentichi che in anni recenti la Consulta di Bioetica ha preso posizione sia nei confronti del caso di Eluana Englaro che nel caso di Piergiorgio Welby, sostenendo in relazione al primo caso (caso Englaro) la tesi della doverosità di interrompere la nutrizione ed idratazione artificiali nei confronti della giovane donna in stato vegetativo ed affiancando, in tal senso, le richieste del padre di Eluana, mentre per la seconda vicenda (caso Welby), la Consulta aveva auspicato che venisse accolta la richiesta di Welby, indirizzando al ministro della salute una lettera pubblica.

Il lungo dibattito o periodo di la-

voro in sede parlamentare che vede coincidere l’avvio del primo progetto di legge relativo alle dichiarazioni anticipate di volontà con l’avvio giudiziario del caso Englaro già nel corso della XIII legislatura (9 maggio 1996 – 29 maggio 2001) oltre al susseguirsi di numerose proposte di legge presentate sia alla Camera dei deputati che al Senato con altrettante divergenze di opinioni (nutrizione/idratazione artificiale; eutanasia e accanimento terapeutico; obbligatorietà o meno per i cittadini di redigere il testamento biologico; diversa vincolatività delle dichiarazioni del medico) si conclude con l’approvazione, il 26 marzo 2009 del DDL Calabrò recante norme su “disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato, e di dichiarazioni anticipate di trattamento”.

Il 23.02.2010, la Commissione Affari Sociali della Camera ha approvato un emendamento del relatore Domenico Di Virgilio, che va letto in concerto con altro emendamento presentato dal Di Virgilio e, non ancora approvato, che allargherà la platea di persone alle quali si applicherà la legge non solo ai pazienti in stato vegetativo ma anche ai malati terminali. Tale emendamento ha introdotto una eccezione al divieto assoluto all’interruzione di alimentazione ed idratazione forzata, presente nel testo licenziato dal Senato. L’eccezione riguarda quei casi “nei quali l’idratazione ed alimentazione artificiale risultino non più efficaci nel fornire i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo”. Non mancano le critiche su chi debba decidere la sospensione dei suddetti trattamenti. Il Di Virgilio chiarisce che tale compito spetta la medico anche se, nell’emendamento, non c’è

scritto. Nel tentativo di legiferare in maniera corretta ed equilibrata in una materia così delicata come il Testamento biologico, la recente modifica apportata dal relatore Di Virgilio è spinta dall’intento di evitare l’accanimento terapeutico; il nuovo testo si avvicina più del precedente a quanto sostiene la dottrina cattolica, un emendamento che va ancora una volta a favore della vita perché specifica quanto il rispetto per l’ammalato e la dignità dell’ammalato non debba mai arrivare ad una forma di accanimento e dunque un “testo coerente”, così come definito da Eugenia Roccella (sottosegretario alla salute) e che lascia ovviamente aperta la strada a possibili “modifiche condivise” prima dell’arrivo del testo in aula. Partendo dalle considerazioni che spingono a legiferare a favore del soggetto “padrone” delle proprie scelte terapeutiche, che permettano a quest’ultimo di decidere in anticipo i trattamenti cui vorrà o non vorrà sottoporsi nell’eventualità di una futura perdita totale o parziale “della capacità di comprendere o comunicare”, non si dimentichi che disposizioni anticipate di volontà del malato sono, oggi, già legalmente possibili.

Si pensi alla legge che disciplina il prelievo ed il trapianto di organi e tessuti (n. 99 del 1 aprile 1999) ed alla legge riguardante la cremazione e la dispersione delle ceneri (n. 130 del 30 marzo 2001). Tra l’altro, la possibilità di nomina del fiduciario è già prevista dal Codice Civile, il cui **art. 408** prevede che la persona interessata possa designare un amministratore di sostegno “in previsione” della propria eventuale futura incapacità” (vd. anche **art. 7 DDL CALABRO**’).

La ratio della disposizione di cui all’art. 408 c.c., collocato nell’ambito di una disciplina tutta incen-



trata sulla tutela della persona e delle sue esigenze esistenziali, induce a ritenere che l'amministratore di sostegno è, allo stato attuale del nostro ordinamento, l'istituto più appropriato per esprimere quelle disposizioni anticipate sui trattamenti sanitari per l'ipotesi di incapacità, che vanno usualmente sotto il nome di testamento biologico. La disposizione di cui al primo comma dell'art. 408 cc, letta in relazione all'art. 32, secondo comma Costituzione ("nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge") trova conferma in recenti, seppur isolate, pronunce di giudici di merito (**decreto 13 maggio 2008 e 5 novembre 2008 Giudice Tutelare di Modena**). L'attuale legislazione (**legge 6/2004**) istitutiva dell'Amministrazione di sostegno, prendendo atto della inadeguatezza delle misure dell'interdizione e dell'inabilitazione, costituisce uno strumento legislativo nuovo per la protezione giuridica delle persone con fragilità. Essa prende in considerazione non solo la necessità della tutela dei patrimoni di queste persone, ma riafferma la centralità della persona in quanto tale, preservandone la dignità.

Uno strumento legislativo che valorizza le capacità (pur limitate) del soggetto debole, e che si preoccupa della cura dello stesso, con il fine di assicurarne la qualità della vita. Con la legge n. 6 del 2004, il legislatore ha rivisto ed ampliato la disciplina contenuta nel Codice civile a tutela delle persone incapaci di provvedere autonomamente ai propri interessi, affiancando alle tradizionali garanzie previste per i soggetti infermi di mente, rappresentate dall'interdizione e dalla inabilitazione, il nuovo istituto dell'**amministrazione di sostegno**. In base alla nuova disciplina

(**artt. 404-413 c.c.**), chi, a causa di un'infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trovi nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può ricorrere al giudice tutelare affinché questi nomini un amministratore di sostegno, indicato dallo stesso beneficiario ovvero, in mancanza di indicazioni o in presenza di gravi ragioni, scelto dallo stesso giudice nell'interesse esclusivo dell'interessato. La richiesta di nomina può essere avanzata anche dal coniuge del beneficiario, dalla persona stabilmente convivente con lui, dai parenti entro il quarto grado e dagli affini entro il secondo, dal tutore, dal curatore o dal pubblico ministro. Ai sensi dell'art. 406, comma 3, c.c., l'iniziativa spetta anche ai responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e nell'assistenza dell'interessato. Il decreto di nomina emesso dal giudice tutelare deve contenere l'indicazione, tra le altre, dell'oggetto dell'incarico e della durata dello stesso, degli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario, nonché degli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore.

Le differenze tra il nuovo istituto in esame e le tradizionali misure dell'interdizione e dell'inabilitazione sono assai significative.

1. Innanzitutto, l'ambito di applicazione: la nomina di un'amministrazione di sostegno non presuppone necessariamente uno stato di abituale infermità di mente, come è previsto per l'interdizione, né è circoscritta alle ipotesi previste per l'inabilitazione. Al contrario, può essere concessa anche a persone affette da infermità o menoma-

zioni fisiche o psicologiche di vario genere, anche se provocano soltanto una parziale limitazione della capacità d'agire, in relazione a determinate attività o interessi (ad esempio, malati terminali, anziani non più autosufficienti, persone autistiche, ecc.).

2. L'altra differenza fondamentale, conseguenza della prima, riguarda gli effetti che la nomina dell'amministratore di sostegno comporta nei confronti del beneficiario, che sono circoscritti nei limiti indicati dal giudice nell'atto di nomina. L'amministratore di sostegno, cioè, potrà esercitare i poteri di rappresentanza limitatamente all'oggetto e agli atti indicati nel decreto del giudice, mentre il beneficiario conserva la capacità d'agire in relazione all'esercizio di tutti gli altri diritti e interessi, che non espressamente attribuiti alla tutela dell'amministratore di sostegno.

Tra gli aspetti di maggiore novità va segnalata, in particolare, la disposizione contenuta nel primo comma dell'art. 408 c.c., che prevede la possibilità di chiedere la nomina di un amministratore di sostegno anche con riferimento ad un soggetto in piena salute, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata. Secondo alcuni commentatori, questa disposizione, letta in relazione all'art. 32, comma 2, della Costituzione ("nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"), aprirebbe la strada al **c.d. testamento biologico**, inteso come espressione della volontà della persona in merito alle terapie mediche che intende o non intende accettare, nell'eventualità in cui dovesse tro-



varsì nell'incapacità di esprimere il proprio diritto di acconsentire o non acconsentire alle cure proposte, per malattie o lesioni traumatiche cerebrali, irreversibili o invalidanti.

In tempi recenti, la ricostruzione dottrinale appena descritta ha trovato conferma in alcune, seppur isolate, pronunce dei giudici di merito.

Tra queste, si segnala il **decreto del 5 novembre 2008 del tribunale di Modena**, con il quale il giudice tutelare ha accolto la richiesta di un uomo, in ottime condizioni di salute, di nominare la moglie suo amministratore di sostegno, quale garante per le sue volontà di fine vita. Nella fattispecie, l'uomo aveva già espresso con atto notorio la propria volontà di non essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico in caso di malattia in stato terminale, malattia o lesione traumatica cerebrale irreversibile e invalidante, che lo costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscono una normale vita di relazione ed, inoltre, il desiderio di poter beneficiare della terapia del dolore che preveda l'uso di farmaci oppiacei, anche se dannosi alla salute. La moglie, in forza del decreto in commento, è stata autorizzata a garantire la volontà del marito, negando il consenso a terapie invasive non volute. Si tratta di una decisione di grande importanza, con la quale, in pratica, si è data la possibilità di avere gli stessi effetti giuridici di un testamento biologico, anche in assenza di una normativa specifica in materia.

Ecco i passaggi fondamentali del decreto.

1. In applicazione degli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione, è precluso al medico di eseguire

trattamenti sanitari in assenza del consenso informato del paziente. Tale consenso costituisce il presupposto non solo per l'esercizio del diritto di accettare la terapia, ma anche per l'esercizio del diritto di non curarsi o di interrompere il trattamento, anche se tale condotta esponga al rischio della vita (cfr. Cass. Civ., 23676/08).

2. Il rifiuto di terapie mediche necessarie non è eutanasia: questa, infatti, presuppone interventi diretti ad accelerare il naturale percorso biologico di morte del paziente, mentre il rifiuto o l'interruzione della terapia medica si caratterizzano per il rispetto o, quantomeno, la non interferenza nel normale percorso della vita.

3. Rientrano nel diritto di autodeterminazione della persona ed al rispetto del percorso biologico naturale non soltanto i casi del soggetto capace che rifiuti o chieda di interrompere un trattamento medico, ma anche quello dell'incapace che, senza aver lasciato disposizioni scritte, si trovi nella situazione vegetativa irreversibile e rispetto al quale il giudice si formi il convincimento, sulla base di elementi probatori concordanti, che la volontà dell'individuo incosciente era orientata nel senso di ritenere lesiva della dignità umana la permanenza di uno stato vegetativo senza speranze di guarigione. (cfr. Cass. Civ., 21748/07). Tali considerazioni valgono, a maggior ragione, anche nel caso in cui l'incapace abbia, preventivamente e per iscritto, espresso la sua volontà che il processo biologico si evolva secondo natura, senza forzature e violenze da parte di interventi tecnologici che lo mantengano in vita allo stato vegetativo.

4. La *ratio* della disposizione di cui all'art. 408 c.c., collocato nell'ambito di una disciplina tutta incentrata sulla tutela della persona e delle sue esigenze esistenziali, induce a ritenere che l'amministrazione di sostegno è, allo stato attuale del nostro ordinamento, l'istituto più appropriato per esprimere quelle disposizioni anticipate sui trattamenti sanitari per l'ipotesi di incapacità, che vanno usualmente sotto il nome di testamento biologico.

5. Le considerazioni svolte, dunque, rendono legittima e meritevole di tutela la volontà del soggetto di affidare alla moglie quale amministratore di sostegno, per il caso di un suo futuro stato di incoscienza per malattia terminale o lesione traumatica cerebrale irreversibile, il potere di negare il consenso ai sanitari chiamati a praticare i trattamenti terapeutici, con particolare riferimento alla rianimazione cardiopolmonare, dialisi, trasfusione di sangue, terapie antibiotiche, ventilazione, idratazione e alimentazione forzata e artificiale. Potrà, inoltre, richiamare i sanitari all'obbligo di apprestare alla persona, con la maggiore tempestività, sollecitudine ed incidenza ai fini di lenimento delle sofferenze, le cure palliative più efficaci, compreso l'uso di farmaci oppiacei. A questo punto sorge spontanea la seguente domanda? **Può L'amministratore di sostegno essere visto come sostituto del testamento biologico?** Secondo alcune ricostruzioni dottrinarie (cfr. Demetrio Neri, Ordinario di Bioetica Università di Messina Membro del Comitato nazionale per la bioetica, nella relazione al Convegno in Cremona sul - fine vita - novembre 2009), la risposta a questa domanda po-



trebbe essere un **“Perché no?”**, ma con l'avvertenza che allo stato dei fatti la legge sull'ADS esiste già mentre quella sul testamento biologico è ancora in itinere e dunque il confronto può essere fatto solo in relazione all'attuale formulazione contenuta nel disegno di legge Calabria, già approvato dal Senato. Per rispondere alla sopra citata domanda occorre affrontare almeno tre temi, che possono così essere sintetizzati: A) Quali sono i compiti dell'ADS? B) Tali compiti possono essere vincolati da direttive eventualmente lasciate da parte del beneficiario? C) Quale sarebbe il valore di tali direttive?

1. Partiamo con l'evidenziare la finalità fondamentale della Legge n. 6 del 9 gennaio 2004, che all'art. 1 recita: “La presente legge ha la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente”. E negli articoli del Codice civile modificati dalla legge troviamo espressioni interessanti per comprendere la novità di questa figura posta a protezione della persona incapace, si veda per esempio l'art. 407, **comma 2 cc, sul Procedimento: “2° Il giudice tutelare deve sentire personalmente la persona cui il procedimento si riferisce recandosi, ove occorra, nel luogo in cui questa si trova e deve tener conto, compatibilmente con gli interessi e le esigenze di protezione della persona, dei bisogni e delle richieste di questa”**; l'art. 408 **cc, comma 1-3 Scelta dell'amministratore di sostegno: “1°** La scelta dell'amministratore di

sostegno avviene con esclusivo riguardo **alla cura ed agli interessi** della persona del beneficiario -3° in mancanza, ovvero in presenza di gravi motivi, il giudice tutelare può designare con decreto motivato un amministratore di sostegno diverso”; l'art. 410 **cc, Doveri dell'amministratore di sostegno: “1°** Nello svolgimento dei suoi compiti l'amministratore di sostegno deve tener conto **dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario”**.

2. Per quanto concerne quanto di nostro interesse in questa sede, sarebbe implausibile pensare che dall'ambito di questo “aver cura” della persona, dei suoi bisogni quotidiani e delle sue aspirazioni, restasse escluso un aspetto così importante della nostra vita quale quello della salute e della malattia. Si profila quindi una estensione dei **compiti dell'ADS anche** alle situazioni sanitarie e quindi anche al compito di **manifestare il consenso ai trattamenti sanitari nell'interesse del beneficiario**. E' vero che ci sono state alcune opinioni di senso contrario, ma sembra ormai prevalere, nella dottrina e nella giurisprudenza, la soluzione positiva. **L'amministrazione di sostegno abbraccia ogni attività nella quale si esplichino i bisogni e le aspirazioni dell'individuo, ben al di là della tutela della sfera economico patrimoniale del disabile, verso la tutela del rispetto dei diritti fondamentali e della dignità dell'individuo.**

3. Nella direzione di una estensione dei compiti dell'amministratore anche alla manifestazione del consenso/dissenso ai trattamenti sanitari si nuove anche il legislatore: nella proposta di legge approvata dal Senato il 26 marzo 2009, all'art. 2, comma 6, si affer-

ma: “Qualora sia stato nominato un amministratore di sostegno e il decreto di nomina preveda l'assistenza o la rappresentanza in ordine alle situazioni di carattere sanitario, il consenso informato è prestato **anche** dall'amministratore di sostegno ovvero **solo** dall'amministratore di sostegno”. I termini anche e solo mostrano che esiste un'esigenza di coordinare questa nuova figura con quelle del tutore o del fiduciario, ma la cosa importante è il principio qui affermato: **tra i compiti dell'amministratore di sostegno c'è anche quello di prestare il consenso informato quando il beneficiario non sia più in grado di farlo.**

4. Ma torniamo all'ADS, per ricordare un punto importante: l'iter di nomina di questa figura può partire anche dalla persona interessata, come recita l'**Art. 408 cc, 2°**: “L'amministratore di sostegno può essere designato dallo stesso interessato, **in previsione della propria eventuale futura incapacità**, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata”. Il giudice potrà poi disattendere tale designazione, ma ovviamente solo in presenza di gravi motivi: non si vede, infatti, per quale ragione dovrebbe nominare un amministratore diverso da quello designato dalla persona interessata quando è ancora perfettamente capace di intendere e di volere e ha evidentemente stabilito col designato un rapporto di fiducia. La designazione può essere accompagnata da direttive volte a orientare l'ADS nello svolgimento dei suoi compiti, il cui valore è ovviamente subordinato al loro accoglimento nel decreto di nomina da parte del giudice tutelare (cfr. soprattutto la sentenza di Modena, maggio 2008 e la recente sentenza di Cagliari, 22 ottobre 2009).



5. Quale valore avrebbero queste direttive? Intanto c'è da dire che le direttive anticipate, in quanto recepite nel decreto di nomina, vincolano sicuramente l'amministratore al compito di rendere noti tali intendimenti al personale medico e non possono essere disattese: l'ADS deve rispettare le aspirazioni e gli interessi, anche morali, del disabile e deve poi rendere conto al giudice di quanto ha fatto. Ma sono vincolanti anche per il personale sanitario? Il consenso prestato dall'ADS in base alle direttive anticipate diventa nei suoi effetti **equiestensionale** al consenso direttamente prestato dal paziente e dunque deve avere per il personale sanitario lo stesso valore dell'altro. Se vogliamo, è una questione puramente logica: qualunque limitazione si volesse porre alla volontà anticipata espressa tramite l'ADS dovrebbe trovare riscontro in una limitazione della volontà attuale e viceversa. Una volta che si ammette - in accordo con l'unanime giurisprudenza e con la quasi totalità della dottrina - che la l. n. 6/2004 consenta all'amministratore di prestare il consenso al trattamento sanitario nell'interesse dell'incapace, non si vede come le volontà precedentemente espresse da quest'ultimo, una volta accertatane la corrispondenza con la situazione in cui attualmente versa il paziente, potrebbero essere disattese.

6. Se ora passiamo brevemente a esaminare il modo in cui il **ddl Calabrò** presenta la figura del fiduciario (art.6), non sarà difficile scorgere somiglianze e differenze. Non risulta difficile evidenziare come la figura dell'ADS appaia meglio delineata rispetto a quella del fiduciario, anche in relazione ai compiti: mentre i **compiti dell'ADS** sono analiticamente descritti dal

giudice tutelare che, in base alle indicazioni della legge, deve, per così dire, ritagliarli sui bisogni e le aspirazioni di quella specifica persona (la legge prevede che il giudice, se possibile, faccia visita alla persona), i **compiti del fiduciario** sono piuttosto vaghi, generici. Vediamone allora i principali nel disegno di legge.

7. C'è in primo luogo da osservare che il **ddl presenta il fiduciario come "unico soggetto autorizzato a interagire col medico**, secondo le intenzioni esplicitate dal soggetto nella dichiarazione anticipata". Questo sembrerebbe escludere l'ADS, creando così, di fatto, una duplicità di figure e di percorsi attraverso i quali le persone possono autotutelarsi in anticipo. E' anche importante sottolineare che mentre l'amministratore di sostegno può occuparsi di tutti gli stati di incapacità parziali e totali, la figura del fiduciario entra in gioco solo ed esclusivamente nell'unico caso in cui le dichiarazioni anticipate assumono rilievo e cioè, come recita l'art. 3 comma 6, nel caso di quella esigua percentuale dei casi di incapacità rappresentata dallo stato vegetativo: "La dichiarazione anticipata di trattamento **assume rilievo** nel momento in cui è accertato che il paziente in stato vegetativo non è più in grado di comprendere le informazioni..." A parte l'ambiguità del testo (sembra che per il nostro legislatore il paziente in stato vegetativo potrebbe ancora essere capace di intendere e volere), questa limitazione è una scelta incomprensibile, se vogliamo per una questione di costi/benefici: in teoria, il futuro registro nazionale delle dichiarazioni anticipate potrebbe contenere milioni di dichiarazioni (tante quanto sono i cittadini italiani maggiore-

ni), ma di queste assumeranno rilievo solo poche migliaia, quelle appunto redatte da cittadini ai quali malauguratamente capiterà di versare in stato vegetativo. E' anche difficile dire a cosa poi serviranno tali dichiarazioni, dato che l'ambito di ciò su cui il cittadino potrà esprimere il suo orientamento è estremamente limitato: e non solo per l'esplicita esclusione dell'idratazione e alimentazione artificiali (comma 5), ma anche e soprattutto per il vincolo (comma 3) del carattere sproporzionato o sperimentale dei trattamenti cui si potrebbe rinunciare. Un solo esempio: quale medico direbbe che per un paziente in stato vegetativo una trasfusione di sangue in caso di emorragia o la dialisi in caso di insufficienza renale siano trattamenti sproporzionati o tecnicamente non adeguati? Ma andiamo avanti.

8. Tra i **compiti del fiduciario viene annoverato quello di vigilare** affinché il proprio assistito riceva adeguate cure palliative e non si determinino a suo carico situazioni di accanimento terapeutico o di abbandono terapeutico. E' evidente che il legislatore ripone una grande fiducia in questa figura, che evidentemente sarà persona la quale sa cosa sia accanimento terapeutico, mentre la stessa fiducia non sembra essere riposta nel medico e nel personale sanitario, la cui immagine emerge da questa legge come di persone sistematicamente dedite a violare i diritti del paziente, ad accanirsi su di lui o ad abbandonarlo. Comunque, poiché il tema del rifiuto dell'accanimento al centro di quasi tutte le proposte di legge e alcune di esse contengono articoli che esplicitamente lo vietano (qualcuna, anzi, ne fa addirittura una fattispecie di rilievo penale),



vorrei esprimere una considerazione generale in proposito.

9. Excursus.

Credo sia noto che, da più parti e da tempo, sono emersi forti dubbi sul significato stesso della nozione, peraltro ignota al linguaggio bioetico internazionale, se si escludono l'Italia e la Francia, e soprattutto sulla sua reale efficacia nell'orientare il comportamento del medico, che ha già nel suo Codice deontologico un chiaro obbligo di evitare l'accanimento diagnostico- terapeutico. E' vero che l'obbligo deontologico non ha valore di legge e in effetti i manuali di deontologia medica consigliano ai medici la massima prudenza (camminano sul filo del rasoio, si afferma) nel valutare questo loro obbligo, anche perché nulla assicura al medico che la sua interpretazione nel caso specifico coinciderà con quella del giudice, dati gli ampi margini di oscillazione che tutti abbiamo ben presenti, anche in vicende recenti (vedi oltre). Se però il legislatore vuole intervenire in materia per cercare di ridurre i margini di oscillazione, non può limitarsi a tradurre in articoli di legge tutto quel che già sappiamo sul tema, dopo almeno quaranta anni di dibattito, con formulazioni altrettanto polisemiche quanto quelle contenute in una letteratura ormai sterminata. I margini di oscillazione non si riducono per niente parlando, ad esempio, di "prolungamento della vita non rispettoso della dignità del paziente" (art. 2, comma 2 della 1764 bis), oppure ricorrendo a tutta quella serie di aggettivi presenti in molti dei disegni di legge: sproporzionati, straordinari, non efficaci, non tecnicamente adeguati, inutilmente invasivi, futili e così via. Sono aggettivi già abbondantemente esplorati nel loro significato da

una letteratura sterminata, ma non certo univoca nell'identificare poi i criteri applicativi, che non possono mai essere dati in astratto per una ragione fondamentale già da qualche anno messa in evidenza da una sentenza della Corte costituzionale (n. 282 del 26 giugno 2002): "Salvo che entrino in gioco altri diritti o doveri costituzionali, non è di norma il legislatore a poter stabilire direttamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni. Poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dall'autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione." Mi sembra quindi che in una legge, che dovrebbe dare certezze agli operatori, riprendere un tema di così incerta interpretazione senza aggiungere nulla a quel che è già assodato, è cosa pressoché inutile. E invece è proprio quel che si propongono di fare alcuni dei disegni di legge, costruendo una categoria dei trattamenti non assimilabili ad accanimento terapeutico che contiene solo ed esclusivamente l'idratazione e alimentazione artificiali, senza che ci sia una ragione plausibile del perché solo questi trattamenti e non altri. Qualcuno potrebbe però obiettare: può darsi che non sia possibile stabilire in astratto se questo o quel trattamento, anche di sostegno vitale, possa dar luogo o meno ad accanimento terapeutico nei casi specifici; possiamo però stabilirlo – ed è questo che la legge vuole fare – per l'alimentazione e idratazione artificiali, perché sono procedure finalizzate ad

alleviare la sofferenza e alleviare la sofferenza non può essere mai accanimento, qualunque sia l'interpretazione che si voglia dare di questa espressione. Voglio richiamare, a tal proposito, il comunicato stampa della Società italiana cure palliative, dal quale si evince che certo nessuno può accusare di essere favorevole all'eutanasia. Questo comunicato ha attirato l'attenzione del legislatore proprio su questa circostanza: la decisione di imporre indiscriminatamente l'idratazione e l'alimentazione artificiale per tutti i pazienti, quale che sia la loro condizione, "potrebbe avere delle ricadute concrete e dolorose sulla fine, naturale e faticosa, di tante persone." Come ben si vede, questa preoccupazione è esattamente il contrario del modo in cui l'idratazione e l'alimentazione artificiali sono presentate nell'art. 3 comma 5 della proposta di legge approvata dal Senato, laddove si afferma che si tratta di "forme di sostegno vitale e fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze fino alla fine della vita." Altro che alleviamento della sofferenza: l'imposizione di questo trattamento a tutti può produrre ulteriore sofferenza e dolore! E' evidente che la disposizione circa la irrinunciabilità all'idratazione e alimentazione artificiali è dipesa da una errata associazione tra il trattamento e una delle condizioni in cui trova applicazione, e cioè lo stato vegetativo, dove peraltro è assai difficile dire in che misura assolve alla funzione di alleviare la sofferenza. Tuttavia non si può ignorare che quei trattamenti trovano applicazione in molti altri casi e condizioni cliniche ed escludere tassativamente questi trattamenti dal novero delle dichiarazioni anticipate avrebbe conseguenze pesanti in termini di coartazione non solo della volontà attuale del paziente che decide di



redigere una dichiarazione anticipata, ma anche dell'autonomia professionale e deontologica del medico, il quale verrebbe privato della possibilità di effettuare una valutazione dell'appropriatezza del trattamento nel caso specifico: si pensi, ad esempio, alla fase avanzata di certi tipi di tumore, in cui tale intervento può, a un certo punto, diventare persino clinicamente controindicato.

10. Tornando al ddl Calabrò, possiamo osservare come dove i compiti del fiduciario diventano incomprensibili sia nel comma in cui si affida a questa figura il compito di vigilare affinché non si determini a carico del suo assistito fattispecie che integrino gli articoli 575 (omicidio), 579 (omicidio del consenziente) e 580 (istigazione ed aiuto al suicidio) del codice penale.

Appare difficile immaginare cosa avrà avuto in mente il legislatore richiamando questi articoli come potrebbe un medico chiedere al paziente in stato vegetativo il consenso alla sua uccisione o potrebbe istigarlo o aiutarlo a commettere suicidio? A meno che, come appunto potrebbe dedursi dal già citato art.3 comma 6 del ddl Calabrò, per il nostro legislatore il paziente in stato vegetativo può ancora essere in grado di intendere e di volere. Ma qui siamo oltre la ragionevolezza.

CONCLUSIONE

Si può dunque concludere rispondendo positivamente alla domanda che fa da titolo a questa relazione? La legge sulle dichiarazioni anticipate di trattamento è inutile? Di certo non lo è, appare forse alquanto generico il ddl Calabrò, ma non certo una legge ben fatta che affronti il tema dei margini di incertezza e di oscillazione circa

il valore della volontà del paziente "competente" in ordine alle situazioni sanitarie, tante volte denunciati, ad esempio dal CNB già in un documento del 1995 ("Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana"), dove si notava lo stato "deludente" e "insidiosamente lacunoso" del nostro ordinamento in relazione ai "principi di autonomia della persona nell'esercizio del diritto alla salute". Siccome professioni delicatissime come quelle del medico e del personale sanitario non possono essere esercitate sotto la costante minaccia delle oscillazioni e dei margini di incertezza, si può affermare che una legge che riduca quanto più possibile questi margini e queste oscillazioni in tema di valore della volontà del paziente appare necessaria, creando così un quadro di garanzie che consenta ai medici, ai molti medici che già lo fanno e a quelli che saranno incoraggiati a farlo, di poter prendere in tutta serenità e tranquillità la decisione di onorare i desideri del paziente qualora ne riconoscano l'attualità.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cfr. il recente documento del CNB su "Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico", approvato, con alcune postille, il 24 ottobre 2008, § 1.2. Cfr. inoltre D. SULMASY, *Dichiarazioni anticipate: si amplia la tradizione del rifiuto delle misure terapeutiche straordinarie*, in *Le dichiarazioni anticipate di volontà sui trattamenti sanitari*, Atti del Convegno organizzato dalla 12a Commissione permanente del Senato, Roma, 29 e 30 marzo, 2007 (Senato della Repubblica, *Convegni e seminari*, n. 8, 2007).
- 2) U. Veronesi e M. De Tilla, *Nessuno deve scegliere per noi*, a cura di Lucio Militeri, Sperling & Kupper Editori Milano.
- 3) C. Casini - M. Casini - M. L. Di Pietro, *Testamento biologico. Quale autodeterminazione?*, Società editrice Fiorentina, Firenze, 2007.

4) C. Casini, *Eluana e tutti noi: perché una legge e perché no al testamento biologico*, Società editrice fiorentina, Firenze, 2008.

5) E. de Septis, *Eutanasia. Tra bioetica e diritto*, Edizioni Messaggero, Padova, 2007.

6) A. Pertosa, *Scelgo di morire? Eutanasia, accanimento terapeutico, eubiosia*, Esd, Bologna, 2006.

7) C. Bellini - M. Maltoni, *La morte dell'eutanasia. I medici difendono la vita*, Società editrice fiorentina, Firenze, 2006.

8) M. Aramini, *Testamento biologico: spunti per un dibattito*, Ancora, Milano, 2007.

9) Prof. Filippo Bergonzoni - Docente di Filosofia e Storia presso il Liceo "Visitandine - Malpighi" di Castel S. Pietro (BO). Collaboratore del Centro di Iniziativa Culturale di Bologna e del Portale di bioetica (www.portaledibioetica.it)

10) Demetrio Neri Ordinario di Bioetica Università di Messina, convegno in Cremona "Le cure di Fine Vita" - novembre 2009.

11) Decreto 13 maggio 2008 e 5 novembre 2008 Giudice Tutelare di Modena

12) Cassaz. Civ. 16 ottobre 2007, n. 21748, sul caso Englaro

13) Cass. Civ. III Sez., Sent. 15-09-2008, n. 23676

14) Corte Cost. sentenze n. 258 del 1994 e n. 118 del 1996

15) Legge 09.01.2004, n.6 Art. 2-13-32 Cost. Art. 407 - 408 - 410 C.c.

IMPEGNO E PASSIONE

PER UN MONDO FATTO DI PERSONE



Clean



Food



Facility



Senior



Markas Service s.r.l.

Via Macello 73 | - 39100 Bolzano - [T] +39.0471.307611 [F] +39.0471.307699

www.markas.it - info@markas.it

La qualità dell'acqua in ospedale: un approccio moderno per la sorveglianza ed il controllo

Riassunto

Gli autori dimostrano attraverso questa relazione come l'utilizzo integrato di sistemi di filtrazione possa garantire la qualità delle acque di rete, risolvendo i ripetuti fenomeni di contaminazione microbiologica e chimica all'interno di un blocco operatorio.

R. Belgiovine, P. Cugini

Settore Igiene Ospedaliera – Area di Igiene, Prevenzione e Protezione, Coordinamento Servizi Ospedalieri di Supporto Direzione Medica Ospedaliera Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico Sant'Orsola - Malpighi.

INTRODUZIONE

La qualità delle acque di rete dipende dalle caratteristiche fisiche, chimiche, biologiche e organolettiche che essa presenta. La sicurezza nel suo impiego in ambito sanitario ed ospedaliero dipende pertanto dalla sua purezza. In ambiente nosocomiale la sorveglianza ed il controllo delle acque di rete sono da considerare di fondamentale importanza; gli ospedali sono infatti ambienti particolarmente a

rischio per la trasmissione di infezioni, sia per la diversa tipologia di pazienti ricoverati che di ambienti presenti. Ogni anno le infezioni ospedaliere colpiscono in Italia una percentuale compresa tra circa il 5 e il 17% dei pazienti ricoverati, con una mortalità del 3%. Su 4.000 di queste infezioni, più della metà (2.365) sono causate solamente da 3 specie batteriche: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* ed *Escherichia coli* (I.S.S. 2004). Alla luce di questi dati è

facilmente intuibile come sia indispensabile conoscere dettagliatamente la propria struttura e le caratteristiche dell'acqua che entra e viene distribuita nella struttura stessa. Queste conoscenze sono state sviluppate grazie anche alla collaborazione e alla condivisione delle competenze, sin dalle fasi di progettazione e/o ristrutturazione, tra le diverse figure, sanitarie e tecniche. Lo scopo di questa relazione è dimostrare come l'utilizzo integrato di sistemi di filtrazione possa garantire la qualità delle acque di rete, eliminando i fenomeni di contaminazione microbiologica e chimica.

MATERIALI E METODI

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico Sant'Orsola-Malpighi ha implementato e sviluppato, partendo dall'anno 2000 circa ed in collaborazione con l'Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente di Bologna, un sistema di sorve-

PARAMETRI	RISULTATI ANALITICI	Requisiti di Qualità	
		CONCENTRAZIONE MASSIMA AMMISSIBILE	VALORI CONSIGLIATI PER I CONTROLLI AMBIENTALI
Escherichia Coli		Assenti UFC/100 ml.	Assenti UFC/100 ml.
Streptococchi fecali		Assenti UFC/100 ml.	Assenti UFC/100 ml.
Stafilococchi patogeni		Assenti UFC/100 ml.	Assenti UFC/100 ml.
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>		Assenti UFC/100 ml.	Assenti UFC/100 ml.
Carica batterica a 36°		Senza variazioni anomale	100
Carica batterica a 22°		Senza variazioni anomale	100

Tabella 1: parametri microbiologici ricercati nei controlli delle acque di rete, in base al citato D.Lgs. 31/2001 ed in accordo con l'Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente di Bologna.

**PAROLE CHIAVE:**

Acqua, igiene, sicurezza, controllo delle infezioni, monitoraggio ambientale, prevenzione del rischio

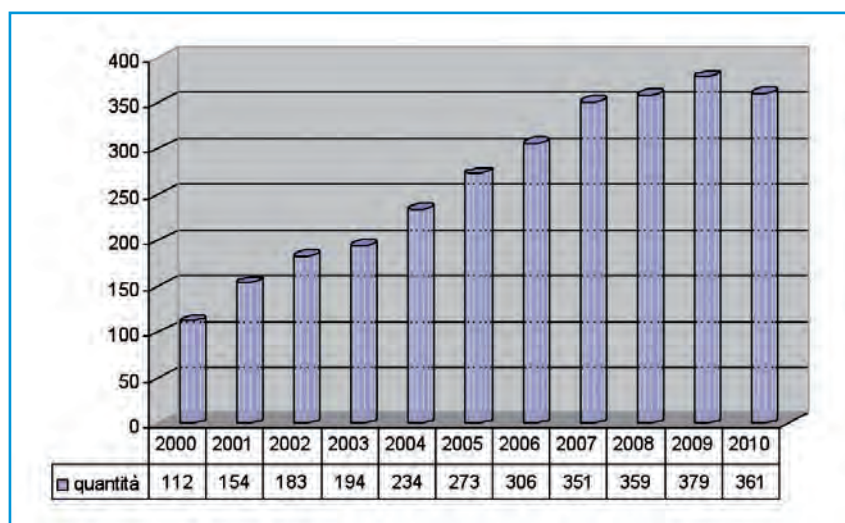


Grafico 1: n° punti rete idrica soggetti a monitoraggio microbiologico, decennio 2000 – 2010.

gianza e controllo microbiologico a carico di punti di rete idrica ritenuti critici rispetto ai parametri dettati dal D. Lgs. 31/2001 "Attuazione della Direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano" e successive modifiche ed integrazioni, conformemente all'analisi del rischio di esposizione da agenti biologici, come descritto nel D. Lgs. 81/2008 e successive modifiche ed integrazioni.

Il sistema di sorveglianza ha tenuto conto inoltre di quanto previsto dalle Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi (G.U. n. 103 del 05/05/2000) e successivamente delle Linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi (Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna - N. 147 del 22-8-2008).

Preliminarmente, in considerazione delle caratteristiche strutturali

ed impiantistiche dell'ospedale Policlinico Sant'Orsola -Malpighi (250.000 mq. di superficie, 31 padiglioni alcuni dei quali risalenti a svariate decine di anni addietro), è stata condotta un'indagine microbiologica e chimica delle acque di rete, partendo dai punti più prossimi al distacco dell'acqua di rete pubblica verso la struttura sanitaria, procedendo con quelli distali, con particolare attenzione ai punti di utenza terminali.

Le analisi microbiologiche hanno fornito risultati conformi a quanto previsto da sopraccitato D. Lgs. 31/2001 inerente le acque potabili, mentre dalle analisi chimiche eseguite è emersa una particolare "durezza" dell'acqua, cioè un elevato contenuto di sali, in particolare di Calcio e Magnesio (43°F rispetto ai 15>50°F previsti dal medesimo Decreto). Ricordiamo che si parla di acque molli o dolci o leggere

quando è presente una durezza totale inferiore ai 14 °F, di acque medio-dure in caso di durezza tra i 14° F. ed i 28° F e di acque dure oltre i 28° F. In quest'ultimo caso le conseguenze potranno consistere nella formazione di calcare ed incrostazioni su tubature, rubinetti, impianti e macchinari con formazione di biofilm e colonizzazione batterica.

La metodologia di controllo/monitoraggio applicata nel corso degli anni ha previsto una frequenza di uno/due campionamenti/anno con modalità di prelievo variabili a seconda delle ricerche eseguite e delle caratteristiche del punto rete. In caso di risultati superiori ai valori previsti, il protocollo prevede l'interdizione del rubinetto, la bonifica del sifone del lavandino con soluzione a base di cloro e la ripetizione del prelievo. Contestualmente viene eseguito un ulteriore prelievo di acqua dopo aver smontato il frangigetto e disinfettato la parte terminale del rubinetto mediante nebulizzazione con ipoclorito di sodio al 5%, con lo scopo di ottenere la negatività rispetto alla contaminazione presente. Questa metodica permette quindi di attribuire la contaminazione a fattori ambientali (contaminazione della parte terminale del rubinetto), escludendo così l'ipotesi di un inquinamento dell'intera rete. Il protocollo viene ripetuto sino alla risoluzione della contaminazione.

RISULTATI

I campionamenti eseguiti con frequenza semestrale a carico dei rubinetti per il lavaggio chirurgico delle mani collocati all'interno dei blocchi operatori (10 blocchi/24 sale operatorie), in ambienti pertanto a contaminazione controllata, sono stati estesi nel corso degli anni alla totalità dei lavandini esistenti.

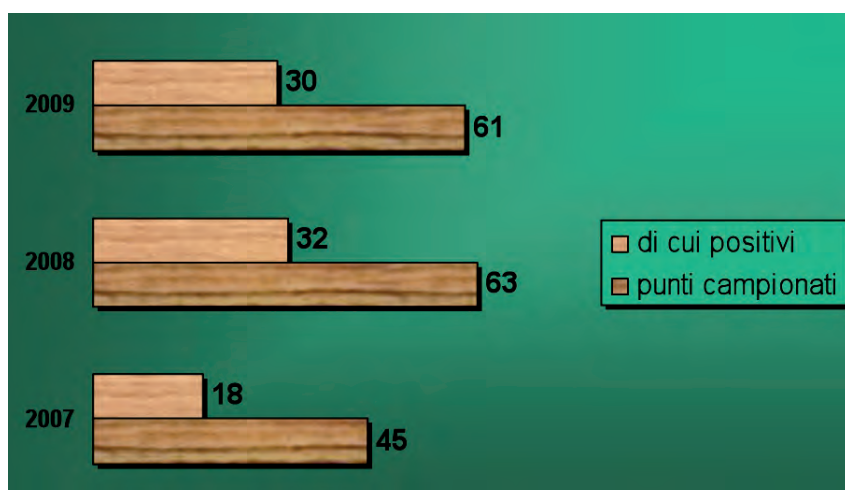


Grafico 2: punti rete idrica blocchi operatori risultati positivi al campionamento microbiologico, triennio 2007 – 2009.

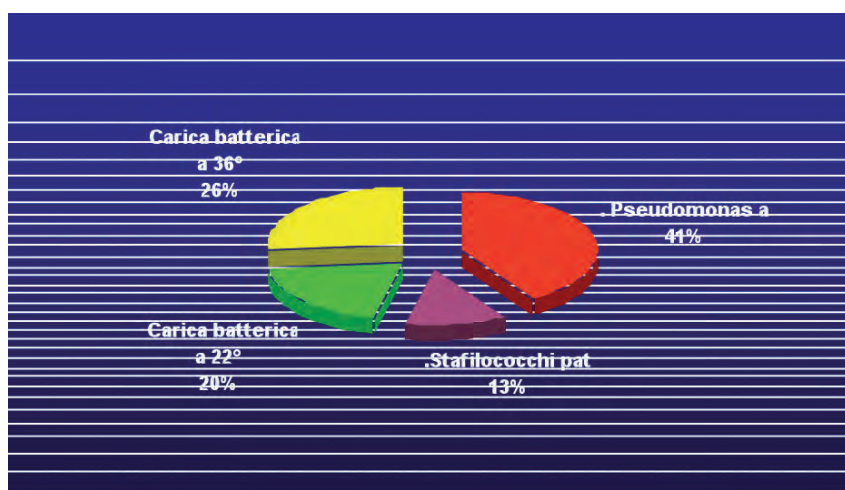


Grafico 3: distribuzione media microrganismi contaminanti, blocchi operatori triennio 2007 – 2009.

Negli ultimi tre anni presi in esame, essi hanno presentato ripetute e persistenti contaminazioni causate da *Pseudomonas aeruginosa*, *Stafilococchi patogeni* e *Carica batterica*, con percentuali variabili dal 20% al 25% del totale campionato. Questi eventi hanno determinato, oltre che un aumento del rischio di infezioni, notevoli ritardi e disagi a carico dell'attività chirurgica svolta all'interno delle sale operatorie. Nel 72,5% dei casi le positività sono state risolte mediante l'applica-

zione del protocollo sopradescritto, mentre nei restanti casi la risoluzione si è ottenuta solamente dopo una seconda ripetizione del campionamento. In un blocco operatorio di nuova costruzione invece, le positività sono risultate persistenti nonostante gli interventi ambientali più volte applicati. Ritenendo inutile procedere alla sostituzione della rubinetteria in quanto appena installata, si è deciso, anche in considerazione dei contenuti delle recenti "Linee guida sugli standard

di sicurezza e di igiene del lavoro nel reparto operatorio" I.S.P.E.S.L dicembre 2009, di applicare nei tre rubinetti deputati al lavaggio chirurgico delle mani, dei filtri terminali antibatterici a doppia membrana da 0,2 μm . e membrana di pre-filtrazione da 0,1 μm . certificati secondo il D.Lgs. n°46 del 24 febbraio 1997 "Attuazione della Direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici," validati per una durata pari a 14 giorni.

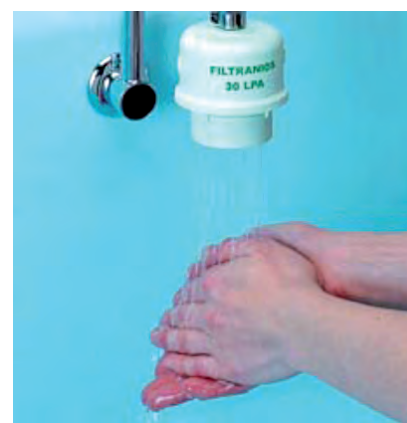


Immagine 1: filtro antibatterico terminale.

Nelle prime settimane di utilizzo la durata effettiva del filtro è risultata essere sensibilmente inferiore al periodo di validazione, scendendo in alcuni casi sino a 4/7 giorni. Le cause che hanno determinato la precoce occlusione della membrana dei filtri sono state individuate nella presenza, evidenziata dalle analisi chimiche delle acque condotta in collaborazione con l'Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente di Bologna, di un elevato contenuto di sali, in particolare di Calcio e Magnesio, che hanno reso il valore della durezza dell'acqua tendente al limite massimo consigliato (43°F rispetto ai 15>50°F – D.Lgs. 31/2001). Ulteriori indagini svolte nel padiglione che ospita il blocco operatorio, hanno permesso di appurare la presenza di particolato sospeso,

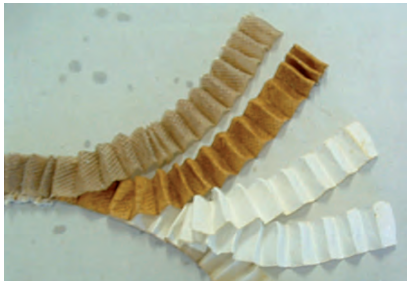


Immagine 2: sezione del filtro antibatterico terminale, membrana dopo 4/7 giorni di utilizzo.



Immagine 3: cartuccia sistema filtrante, dopo un mese di utilizzo.

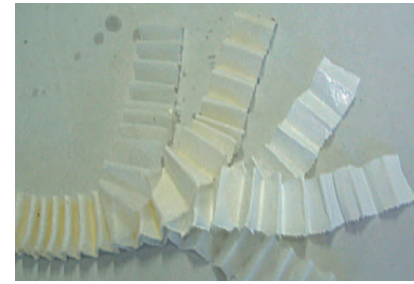


Immagine 4: sezione del filtro antibatterico terminale, membrana dopo 14 giorni di utilizzo con sistema filtrante su circuiti acqua calda e fredda.

nello specifico colloidali e materiale siliceo con dimensioni in agglomerati tra i 2 μm e i 20 μm . e ferro in sospensione. Questo quadro di occlusione dei filtri risultava inoltre aggravarsi in rapporto al massiccio utilizzo di acqua dai rubinetti. Per garantire una corretta ed idonea portata all'uscita dei filtri terminali è stato quindi necessario posizionare a monte dei rubinetti un sistema di pre-filtrazione con membrana in grado di rimuovere sino al 99% delle particelle di solidi sospesi superiori a 0.5 μm . Inizialmente il sistema filtrante è stato installato solamente sul circuito dell'acqua calda per tre motivazioni:

è risultata essere quella con un maggior grado di contaminazione;

è in percentuale, nell'economia di utilizzo, quella maggiormente utilizzata (70% circa);

scarsa disponibilità di spazi sotto il lavello per contenere la cartuccia ed il filtro (mm 440/688 x 147).

L'installazione del sistema filtrante sul solo circuito dell'acqua calda non ha tuttavia permesso di arrivare ai 14 giorni di validazione previsti per i filtri terminali posti sui rubinetti.

Si è resa pertanto necessaria l'applicazione del medesimo sistema di filtrazione sul circuito dell'acqua fredda.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'impiego dell'acqua in ambito sanitario esige un elevato livello di attenzione, in particolare nelle aree a contaminazione controllata. È opportuno individuare azioni valide da intraprendere anche in base alla propria realtà strutturale ed impiantistica. La scelta adottata nel caso sopradescritto ha permesso di risolvere definitivamente il persistere della contaminazione ed il successivo mantenimento della qualità chimica e microbiologica dell'acqua erogata all'interno dei blocchi operatori, diminuendo rischi e disagi a carico dell'attività chirurgica svolta. In considerazione dei risultati ottenuti e delle caratteristiche dell'impianto idrico, l'applicazione di filtri antibatterici terminali è stata adottata anche nella prevenzione delle infezioni da *Legionella Pneumophila* con l'applicazione di quest'ultimi all'interno delle Unità Operative e Servizi dove sono presenti pazienti a rischio molto elevato/aumentato.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Linee Guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi – gazzetta Ufficiale - Numero 103 del 5 maggio 2000 – Italia;*
- 2) *Linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi*

(Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna - N. 147 del 22-8-2008);

3) *D. Lgs. n° 31 del 2 febbraio 2001 "Attuazione della Direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano";*

4) *D. Lgs. n° 27 del 2 febbraio 2002 "Modifiche al Decreto Legislativo Numero 31 del 2 febbraio 2001 "Attuazione della Direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano".*

5) *D.Lgs. n°46 del 24 febbraio 1997 "Attuazione della Direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici";*

6) *D. Lgs. N° 81 del 9 aprile 2008, "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";*

7) *Linee guida sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro nel reparto operatorio" I.S.P.E.S.L dicembre 2009.*

Pubblico e privato accreditato in ambito ospedaliero

Riassunto

Il lavoro, dopo aver esplicitato il significato attribuito in Sanità ai termini Pubblico e Privato, esamina alcuni aspetti del contesto italiano ed internazionale; riporta la normativa che regola il rapporto Pubblico Privato e sintetizza la valutazione di alcuni autori che ne hanno esaminato l'applicazione. Descrive poi le criticità emerse a riguardo della contrattualistica individuata dalla normativa come elemento regolatore della suddivisione di competenze/ambiti di attività tra Pubblico e Privato. Infine illustra i dati principali di una esperienza di accordo Pubblico-Privato in ambito ospedaliero, soffermandosi sul valore aggiunto che un corretto rapporto Pubblico-Privato può generare.

A.M. Rosito*, **S.Mazzuccato****, **A. Degaetano*****

*Consulente Direzione Casa di Cura "Madonna della Salute" Porto Viro (RO)

**Amministratore Delegato Casa di Cura "Madonna della Salute" Porto Viro (RO)

***Direttore Sanitario Casa di Cura "Madonna della Salute" Porto Viro (RO)

SIGNIFICATO DI PUBBLICO E PRIVATO IN AMBITO SANITARIO

Anche in materia sanitaria sono trasferibili i concetti generali di pubblico e privato per cui, con il primo aggettivo ci si riferisce ad un assetto organizzativo che vede nello Stato la titolarità della proprietà, del finanziamento, della gestione, della produzione e della regolamentazione dei servizi in termini di diritto e modalità di accesso. Per contro, il termine «privato» qualifica una situazione in cui «il libero imprenditore» detiene la titolarità della proprietà, del finanziamento, della gestione e della produzione dei servizi; la regolamentazione dell'accesso è demandata, in quest'ultimo caso, alle leggi del mercato inteso come regolatore imparziale tra acquirente ed erogatore. Nella realtà delle cose tali due modelli teorici

non si verificano mai compiutamente. In concreto la realtà si manifesta con elementi costitutivi che di volta in volta possono essere pubblici o privati.

Per affrontare l'argomento in modo completo è necessario chiarire quale significato si attribuisce in ambito sanitario ai termini che si utilizzano ed analizzare il contesto in cui si inserisce il rapporto Pubblico-Privato accreditato in ambito Ospedaliero.

Una prima distinzione tra Pubblico e Privato è riferita al soggetto che finanzia l'erogazione di Prestazioni Sanitarie; ad esempio in Italia è prevalentemente Pubblico: 77,20% e la parte residuale è coperta da pagamento diretto per il 20,20% e per il 2,60% da assicurazioni o fondi privati come risulta dalla tabella seguente (1), a cura di G. Munaro e V. Rebba, che illustra le caratteristiche finanziarie dei Sistemi Sanitari dei Paesi dell'OCSE nel 2006.

Per quanto riguarda il soggetto erogatore di prestazioni, nel SSN italiano può essere Pubblico o Privato e, in alcune particolari situazioni, l'erogatore può essere misto Pubblico-Privato.

Infine, per quanto riguarda il carico economico delle prestazioni di cui il cittadino usufruisce, possiamo distinguere tralasciando la fattispecie particolare di Pubblico-Privato in:

- 1) Prestazioni erogate da soggetti pubblici a carico economico del finanziamento pubblico;
- 2) Prestazioni erogate da soggetti pubblici a carico economico di finanziamento privato (out of pocket o tramite assicurazioni o fondi privati);
- 3) Prestazioni erogate da soggetti privati a carico economico del finanziamento pubblico;
- 4) Prestazioni erogate da soggetti privati a carico economico del finanziamento privato (out of pocket o tramite assicurazioni o fondi privati).

In genere viene definito Rapporto Pubblico – Privato quello che intercorre tra la Regione e/o le Aziende Sanitarie e le Strutture gestite da Privati che erogano prestazioni a carico del finanziamento pubblico.

Le considerazioni che seguono sono prevalentemente riferite alla tipologia C, cioè al rapporto Pubblico-Privato che si instaura tra l'erogatore Privato ed il finanziatore pubblico.

Uno schema riportato nell'articolo di Artoni, Borgonovi, Galmori e Pedone in Mecosan 56 (2005) riferito a dati OCSE indica che in Italia la nota copertura del 100% della popolazione per le prestazioni/attività garantite dal Pubblico è integrata per il 15% della popolazione da prestazioni garantite da assicurazioni private per una spe-

1 Politiche Sanitarie Vol. 9 n. 3 anno 2008 pag. 121-131 – G. Muraro, V. Rebba

**PAROLE CHIAVE:**

Sistema pubblico Universalistico, erogatore di prestazioni, accordi contrattuali

sa molto limitata (0,9% delle spese totali) Tale situazione è molto diversa da quella di altre nazioni come Francia, Germania e Olanda che superano ampiamente il 10% e fanno comprendere le notevoli possibilità di sviluppo in Italia per i fondi integrativi previsti dalla normativa (Decreto Legislativo 502, DM 31 Marzo 2008 e DM 27 Ottobre 2009) ma non ancora attuati. La spesa molto limitata per assicurazioni e fondi integrativi che si rileva attualmente in Italia, rispetto alla percentuale di popolazione coperta, è motivata dalla tipologia marginale delle prestazioni oggi coperte a livello assicurativo.

Carradori ed altri (Mecosan n. 4 sez. 1, 1992) già nel 1992, quando l'aziendalizzazione prevista dalla 502 era imminente, descrivono, partendo dalla situazione giuridica della 833, la criticità del Sistema nel rapporto Pubblico-Privato, specificando che il pubblico non ha svolto l'azione regolatrice come doveva:

- 1) Non ha sviluppato funzioni periferiche di gestione e valutazione limitandosi a verificare la conformità secondo criteri di legittimità burocratica
- 2) Ha consentito la duplicazione di servizi non giustificata da reali esigenze di produzione
- 3) Non ha indirizzato la produzione (privata) verso interventi tali da far coincidere la pubblica utilità con il profitto di impresa
- 4) Si è orientato verso un "elefantismo tecnologico" non governato che ha sottratto risorse per il soddisfacimento di prestazioni essenziali.

Bonanno (Aiop) nel 1995 pubblica un articolo (Mecosan n. 13, sez 5, anno 1995) in cui afferma che la legge 833 di fatto ha voluto privilegiare il monopolio

pubblico, relegando il privato solo ad un ruolo residuale (si ricorda la legge dei "quattro giorni" per accedere alle prestazioni ambulatoriali erogate dal Privato: il Privato era relegato ad intervenire non in modo programmato ma solo se il pubblico non dava risposte sufficienti in situazioni contingenti).

L'art. 44 della L. 833 dava alle Regioni la discrezionalità di stabilire nei PSR la necessità di convenzionare le Strutture di ricovero (in base a schemi tipo usciti nel 1983) e quelle ambulatoriali (in base a schemi tipo usciti nel 1988).

Negli anni 90, con la legge 421, è stato introdotto il concetto di pluralità di soggetti operativi superando l'approccio monopolistico della 833; i decreti legislativi applicativi 502/517 (l'articolo di Bonanno è del 1995 quindi prima della 229) hanno dato sostanza alla indicazione della 421 definendo l'accREDITAMENTO come standard qualitativo che consentiva di immettere nel mercato dell'offerta Strutture pubbliche e private tra cui il cittadino poteva scegliere liberamente. I nodi critici riguardavano la negoziazione delle tariffe, la capacità del pubblico di essere competitivo rispetto al Privato e di tagliare i rami secchi quando le evidenze (scelte dei cittadini) li giudicavano tali.

I manager, previsti dalla riforma per dirigere le Aziende Sanitarie, probabilmente non erano necessari se non si garantiva al cittadino la libera scelta e quindi la competizione tra Pubblico e Privato. Avendo scritto l'articolo nel 1995 il valore aggiunto, indicato dall'autore, del Privato per il SSN era la spinta verso la competizione nell'offerta anche nel Pubblico (per conquistare la scelta del cittadino) in modo che il cittadino fosse realmente posto al centro

delle decisioni e non marginale, come è nella realtà delle Organizzazioni Pubbliche che spesso hanno se stesse e i propri dipendenti come riferimento principale.

I concetti esposti nell'articolo citato non tengono in considerazione le possibili conseguenze delle regole introdotte in una situazione in cui i molti rami secchi della pubblica amministrazione non potevano essere "tagliati" tempestivamente per la rigidità della normativa sul pubblico impiego e la scarsa cultura manageriale della dirigenza pubblica. L'impossibilità di "tagliare" il pubblico nella stessa tempistica in cui il privato accreditato, senza vincoli e con offerta di qualità, diventa riferimento per una ampia fascia di popolazione avrebbe generato un "disastro economico" in cui i costi incompressibili del pubblico si sarebbero sommati ai costi crescenti per le prestazioni erogate dal privato accreditato. In tale contesto sono maturati i vincoli introdotti successivamente dalla 229 che attraverso il "contratto" necessario, (oltre all'accREDITAMENTO), per accedere al pagamento con fondi pubblici delle prestazioni erogate, blocca di fatto la libera scelta e la competizione tra erogatori pubblici e privati.

E' necessario però riflettere su questi effetti; se libera scelta è certamente un valore che la pluralità Pubblico-Privato garantisce e la sua limitazione pone dei problemi rispetto ai fondamentali diritti del cittadino, bisogna chiedersi se la competizione Pubblico-Privato è un valore vero oppure se la competizione in ambito sanitario (in cui la variabilità di pratica medica, collegata in parte alla mancanza di certezze scientifiche in molti settori ed in parte ai desideri dei pazienti, la cui influenzabilità da parte

di interessi economici e/o professionali dei medici è nota e per alcuni aspetti pericolosa) non possa essere superata a favore della collaborazione tra Pubblico e Privato nel senso di suddivisione di competenze e complementarità. Tale modalità può produrre “valore ag-

giunto” potendo consentire l'utilizzo più razionale delle risorse, dimensionando le strutture di erogazione in base al fabbisogno nei vari ambiti ed eliminando eccedenze nella rete dell'offerta sia pubblica che privata. Questo richiede però la partecipazione leale e paritaria

dei due soggetti nelle decisioni di programmazione oltre che di erogazione. Partecipazione nelle decisioni significa anche partecipazione nella responsabilità di risposta adeguata e apprezzata da parte dei cittadini negli ambiti di cui ognuno si deve prendere carico.

Paese	Sistema di finanziamento	% popolazione coperta da assicurazione pubblica/privata obbligatoria	% popolazione coperta da assicurazione privata volontaria				Composizione % della spesa per fonte di finanziamento			
			% totale con Apv (a + b)	(a) Apv principale (1)	(b) Apv integrativa (2)	Tipo di Apv Integrativa (2)	Spesa pubblica % Sst	Oop % Sst	Assicurazione Privata % Sst	Altri fondi privati % Sst (3)
Australia	Ssn	100,0 ¹	43,0	0,0	43,0	D,S	67,0 ^{1d}	18,2 ^{1d}	74 ^{1d}	73 ^{1d}
Austria	Sas	99,0	31,9*	0,1*	31,8*	C,S*	76,2	16,5	4,7	2,6
Belgio	Sas	99,0	46,7	7,1§	39,6e	C,S*	73,1e	20,7	4,9	13d
Canada	Ssn	100,0	67,0	0,0	67,0	S	70,4	14,5	12,6	2,5
Corea Sud	Ssm	100,0	-	0,0	-	S*	55,1	36,9	3,3	4,7
Danimarca	Ssn	100,0	28,0*	0,0	28,0*	C,S	84,0e	14,4d	1,5d	0,1d
Finlandia	Ssn	100,0	10,0*	0,0	10,0*	D,C,S	76,0	18,7	2,2	3,1
Francia	Sas	99,9	92,0(4)	0,0	92,0(4)	C, S*	79,7	6,7	12,8	0,8
Germania	Sas	89,5	26,1	10,3	15,8e	C,S	76,9	13,2	9,2	0,8
Giappone	Sas	100,0 ¹	-	0,0	-	C,S	82,7 ¹	14,3 ¹	2,5 ¹	0,6 ¹
Grecia	Ssm	100,0	15,6 ⁴	0,0	15,6 ⁴	D, S*	61,6	24,0 ^e	-	-
Irlanda	Ssn	100,0 ¹	50,9	0,0	50,9	D	78,3	12,4	8,4	0,9e
Islanda	Ssn	99,8	0,2	0,2	0,0	S	82,0	18,0	0,0	0,0
Italia	Ssn	100,0	9,6-10,5+	0,0	9,6-10,5+	D,C,S+	77,2	20,2	0,9	1,7
Lussemburgo	Sas	99,7 ²	2,4*	0,0	2,4*	C,S*	90,9e	6,5e	1,7e	1,0e
Messico	Spm	50,4 ¹	4,8*	0,0	4,8*	D,S*	44,2	52,4	3,4	0,04
Norvegia	Ssn	100,0	0,0	0,0	0,0		83,6	15,6	0,0	0,8
N. Zelanda	Ssn	100,0	32,7	0,0	32,7	D	77,8	16,5e	4,7e	0,9e
Olanda	Sas	71,2§(6)	92,8 ¹	35,8 ¹	57,1 ¹	S	64,8 ^{1e}	7,7 ^{1e}	19,4 ^{1e}	8,1 ^{1e}
	(Sao) (5)	(98,7)	(91,0e)	(0,0)(6)	(91,0e)					
Polonia	Sas	99,3	0,03**	0,0	0,03**	S	69,9	25,6	0,6	3,9
Portogallo	Ssn	100,0 ¹	17,4 ¹	0,0	17,4 ¹	D,C,S*	70,6	22,8	4,1	2,6
Regno Unito	Ssn	100,0	11,1	0,0	11,1	D	87,3d	11,7 ^e	-	-
Repubblica Ceca	Ssm	100,0	0,1**	0,0	0,1**	S	87,9	11,6	0,2	0,3
Slovacchia	Ssm	96,3	-	0,0	-	S*	74,4 ¹	22,6 ¹	0,0 ¹	3,0 ¹
Spagna	Ssn	98,3	14,4	2,5 ^e	11,9 ^e	D,S*	71,2	22,0	6,0	0,7
Stati Uniti	Sav	27,4	65,2	57,5	7,7	C,S*	45,8	12,8	36,0	5,5
Svezia	Ssn	100,0	1-1,5*	0,0	1-1,5*	C, S*	81,7	16,2 ^e		
Svizzera	Sao	100,0	32,5 ⁴	0,0	32,5 ⁴	S	60,3e	30,3e	8,5e	0,9e
Turchia	Ssm	67,2 ³	1,8	0,0	1,8	C,S	71,4 ¹	19,9 ¹	-	8,7 ¹
Ungheria	Sas	100,0	-	0,0	-	S*	70,9	22,6	1,1 ¹	5,3

Tabella 1 Caratteristiche finanziarie dei sistemi sanitari dei paesi OCSE, 2006

N.B. Per l'interpretazione della tabella vengono riportate in allegato (prima della bibliografia) le specificazioni contenute nell'articolo di g. Muraro e v. Rebba da cui è stata tratta la tabella ed una parte dell'articolo esplicativa dei sistemi di finanziamento.

CONTESTO

Il Sistema Sanitario Italiano è un sistema Pubblico universalistico finanziato attraverso la fiscalità; il Privato si inserisce sia come erogatore di prestazioni con costi a carico del cittadino (pagati direttamente o attraverso un terzo pagante: assicurazioni, mutue integrative ecc.) sia come Proprietario e gestore di Strutture che erogano prestazioni/attività pagate con "soldi" pubblici, regolamentate da accreditamento e contratti di fornitura (rif. art. 8 bis, ter, quater, quinquies del Decreto Legislativo 502 e successive modificazioni).

In alcune Regioni, tra cui anche il Veneto nel cui ambito gli autori lavorano, l'accreditamento è ancora in corso e si opera in regime di pre-accreditamento che ha sostituito il convenzionamento precedentemente previsto dalla Legge 833.

Per quanto riguarda i contratti di fornitura, sempre con riferimento alla Regione Veneto si tratta in concreto di forme molto semplificate che indicano tetti di spesa e volumi complessivi di attività stabiliti con qualche elemento di contrattazione tra Parte Pubblica Regionale e rappresentanti della gestione delle Strutture Private che erogano prestazioni nella Regione; pur essendo prevista, la contrattazione a livello di ULSS di fatto è quasi assente.

Il contratto è lo strumento che può rappresentare il concreto meccanismo di integrazione tra strutture diverse in grado però di orientarsi verso obiettivi comuni. Il contratto a livello di singola Azienda Sanitaria dovrebbe rappresentare un utile strumento di governo che rispetta regole generali ma è personalizzato a livello locale, non attraverso atti amministrativi unilaterali, ma con un processo di corresponsabilizzazione anche dall'erogatore privato (?). La contrattazione richiede chiarezza dei ruoli, disponibilità delle informazioni, specializzazione da parte dell'Azienda Pubblica nel processo di acquisto di prestazioni sanitarie orientato al go-



verno della domanda fondata sull'appropriatezza.

E' opportuno sottolineare ulteriormente che quando fu varato il Decreto Legislativo 502 la logica che sottendeva la riforma era la separazione tra detentori della quota capitaria (ULSS) ed erogatori di servizi (Ospedali ed altri erogatori Pubblici e Privati) a cui il cittadino poteva rivolgersi con il solo vincolo dell'accreditamento per le Strutture erogatrici che volevano accedere al pagamento con risorse finanziarie pubbliche; tale impostazione fu successivamente modificata per salvaguardare la compatibilità economica di un Sistema in cui, per la rigidità delle Strutture di erogazione Pubbliche, non si era in grado di dare concreta applicazione senza esplosione di costi.

Chiarito il significato dei termini e il contesto si vuole ora esaminare il "valore aggiunto" ottenibile nel rapporto Pubblico-Privato non prima però di aver evidenziato le criticità che possono emergere, e che in alcune realtà (in particolare in alcune Regioni) sono emerse, con tale gravità da mettere in discussione la compatibilità economica complessiva del Sistema Sanitario Italiano.

Vorremmo in estrema sintesi richiamare quello che il Prof. Borgonovi ha evidenziato nella relazione che ha tenuto in occasione della ricorrenza dei 30 anni del CERGAS (Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) a riguardo del rapporto Pubblico-Privato.

Lo schema sopra riassume la "Partita" cioè il problema che per molti anni ci hanno fatto credere fosse una delle principali criticità del SSN.

In sintesi si voleva far credere che il "problema" del SSN fosse l'erogatore Privato accreditato considerando a parte gli erogatori non profit.

Mentre a giudizio del Prof. Borgonovi, che non condivide tale assunto, la situazione reale è descritta nella sintesi seguente che evidenzia in modo chiaro quanto si è verificato in molte realtà portando come conseguenza la maggior parte delle criticità di oggi. Per superarle è necessario il cambiamento delle relazioni tra Pubblico e Privato accreditato e la ridefinizione delle caratteristiche che ognuno deve garantire.

Quindi, a giudizio del Prof. Borgonovi, il problema non è la contrapposizione tra Pubblico e Privato ma le distorsioni che si sono perpetuate sia nel Pubblico



sia nel Privato.

Questa situazione ha portato a considerare il Privato che gestisce strutture sanitarie un "fardello" da tollerare, limitandolo il più possibile, e non una parte utile del Sistema di Erogazione.

Ad esempio, la programmazione Regionale in molte realtà non ha tenuto conto delle due componenti ma ha definito l'offerta di servizi pubblici e individuato in modo parallelo, ma non integrato, quanto il privato era autorizzato ad offrire. Questa situazione quando l'erogatore privato è marginale, nella quantità di prestazioni / attività che offre, non incide sostanzialmente nei costi ma dove la percentuale di offerta del Privato è alta si creano squilibri economici forti oggi evidenti in alcune realtà Regionali, ma anche in alcune

Aziende di Regioni in sostanziale equilibrio di bilancio come il Veneto.

Per concludere l'analisi di contesto si riporta in sintesi il contenuto dell'articolo di Visconti Bollero (Organizzazione Sanitaria vol 1 2006 pag 3-9), in cui viene analizzata l'evoluzione del sistema dell'offerta dal 1985 quando (legge 595/85) la dotazione dei p.l. era di 6,5 per mille abitanti (di cui 1‰ per riabilitazione e lungodegenza) al 2006 quando (a seguito dell'intesa della Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005) i p.l. si sono ridotti a 4,5‰, compresa riabilitazione e lungodegenza.

L'autore evidenzia che le Strutture di ricovero sono sia pubbliche che private ma la tendenza di queste ultime è di intensificare la loro presenza nel settore della riabilitazione e lungodegenza. Per

quanto riguarda il settore extraospedaliero la percentuale di strutture private (con alta variabilità regionale e prevalenza nelle Regioni del Sud) in ambito di ambulatori e laboratori è molto elevata mentre in altri tipi di servizi territoriali prevale la gestione diretta delle ASL. Nell'articolo si sottolinea la vetustà (media di oltre 70 anni) della maggior parte delle Strutture ospedaliere e la necessità di ammodernamento non finanziabile con fondi pubblici (dopo l'art. 20 della finanziaria 1988 non sono più stati resi disponibili fondi a livello nazionale) con conseguente ricorso obbligato a finanziamenti privati a cui si fa riferimento iniziando dall'art. 4 della legge 30 dicembre 1991 n. 412 e nei successivi decreti legislativi 502/92 e 229/99 all'art. 9 bis. Tali disposizioni privilegiavano la partecipazione del no-profit; successivamente con la legge 405 del 16 novembre 2001 (modifica art. 9 della legge 229/99) è stata ampliata l'autonomia decisionale delle Regioni e riconosciuta l'utilità di introdurre i principi gestionali - organizzativi tipici del mondo imprenditoriale. L'analisi prosegue esaminando alcuni esempi di partecipazione pubblico-privato distinguendole in forme di privatizzazione definitiva e forme di privatizzazione temporanea e/o parziale di cui fa parte il project financing. Per quanto riguarda il settore extraospedaliero dedicato agli anziani non autosufficienti viene indicato il dato di 2,5% degli anziani assistiti presso le Strutture residenziali a fronte di circa 5% a livello internazionale. Su questa base viene fatta una previsione di fabbisogno proiettato al 2010 di almeno 300.000 p.l. residenziali in Italia. Il fabbisogno di capitale per Strutture Sanitarie e Strutture Socio Assistenziali è molto elevato ed è certo che il finanziamento Pubblico non sarà in grado di far fronte, per cui si prospetta una sempre più ampia partecipazione del Privato. La maggior parte delle Regioni con più alta percentuale di Privato accreditato sono quelle che hanno i maggiori

Tav. 3

**INCIDENZA DEI POSTI LETTO DELLE STRUTTURE PRIVATE
SUL TOTALE DEI POSTI LETTO**
(solo degenza ordinaria)

ITALIA	24%
VENETO	16%
ULSS 19	39%

disavanzi per cui alcuni ipotizzano di collegare i due fattori e di considerare la presenza ampia del Privato come causa principale degli squilibri di bilancio e quindi una criticità e non certo un valore aggiunto; anche nella realtà della U.L.S.S. 19 del Veneto, riportata nell'esperienza esposta successivamente, vi era la tendenza a condividere tale interpretazione; una analisi più accurata potrebbe forse evidenziare, nelle Regioni in disavanzo e nella ULSS Veneta citata, che un alto tasso di ospedalizzazione potrebbe essere collegato più che all'esistenza di un'offerta privata consistente alla responsabilità del Pubblico che non definisce, insieme al partner Privato, l'attività che ciascuno deve svolgere; spesso viene tollerata l'attività privata come duplicazione di offerta rispetto al pubblico, rinunciando a considerare il Privato come complementare rispetto alle capacità produttive del Pubblico. L'analisi della variabilità del tasso di ospedalizzazione introduce riflessioni interessanti a riguardo della evidenza di elementi con importanti riflessi economici che collegano sostanzialmente alla variabilità di pratica clinica e diversità di offerta di attività ospedaliera le maggiori criticità. L'articolo di Faronato (Mecosan 63 2007 pag 127-160), che esamina i rapporti tra offerta e utilizzo dei servizi, presenta dati che dimostrano che dove i tassi di ospedalizzazione sono più elevati i ricoveri inappropriati sono in percentuale maggiore quindi bisogna agire sull'offerta dei livelli che maggiormente producono inappropriatazza, riducendoli e chiedendone la riconversione in tipologie di assistenza carenti e/o di maggior qualificazione. Quello che manca secondo gli autori è l'attenta analisi di quello che può essere richiesto alle Strutture gestite da Privati che erogano prestazioni / attività pagate con fondi pubblici al fine di programmare un'offerta complessiva non eccedente rispetto ai bisogni di popolazione.

Tabella 4

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE NON PONDERATI ANNO 2004

(sono state considerate solo le specialità presenti nel territorio dell'ULSS)

AREA FUNZIONALE OMOGENEA	Tassi residenti Uilss 19					Totale	Tassi residenti Veneto	Differenza Uilss 19 - Regione
	Ospedale di Adria	Casa di Cura di Porto Viro	ULSS 19 di Adria	Altre ULSS Veneto	Altre Regioni			
MEDICA (Cardiologia, Geriatria, Medicina)	22,23	24,18	46,41	7,70	1,05	55,16	37,63	17,53
CHIRURGICA (Chirurgia, Ortopedia)	19,27	32,82	52,09	9,97	2,91	64,97	46,97	18,00
RIABILITATIVA (Riabilitazione, Lungodegenza)	2,91	2,17	5,08	2,21	1,07	8,37	8,09	0,28
TERAPIE INTENSIVE (Rianimaz. e Int. Card., Subintensive)	2,16	0,49	2,66	0,84	0,08	3,58	2,16	1,42
TOTALE IN COMUNE	46,57	59,67	106,24	20,72	5,11	132,07	94,85	37,22
ALTRE NON INSERITE	45,23	0,00	45,23	14,29	2,58	62,10	57,02	5,08
TOTALE	91,80	59,67	151,47	35,01	7,69	194,17	151,87	42,30

Fonte per le dimissioni Regione Veneto
Popolazione al 01/01/2004

Sono esclusi i nati sani

Dati forniti dalla ULSS 19 Veneto

ANALISI DI UNA ESPERIENZA IN AMBITO OSPEDALIERO

Se si esamina la programmazione Ospedaliera del Veneto; in particolare le schede allegate alle DGR 3223/2002 si coglie che il settore Pubblico e quello Privato sono delineati in modo parallelo e mai integrato tanto che se andiamo a valutare la proporzione di p.l. rispetto alla popolazione si evidenzia che prendendo in considerazione solo l'offerta pubblica vi è un sostanziale equilibrio tra tutte le realtà; se esaminiamo invece l'offerta pubblica sommata a quella privata insieme emergono differenze non giustificabili dall'epidemiologia: si rende evidente l'impostazione parallela e non integrata. Nella realtà della ULSS 19 del Veneto, insiste una Casa di Cura Privata dichiarata, per la propria potenzialità operativa ed in relazione al bacino territoriale di afferenza, Presidio Ospedaliero dell'Unità Locale Socio Sanitaria con provvedimento della Giunta Regionale del Veneto n. 860 del 26 febbraio 1987. Nel territorio di sua competenza la Casa di Cura è l'Ospedale di riferimento dotato di tutti i servizi previsti per un Ospedale per acuti che deve rispondere ai bisogni assistenziali di base.

La percentuale di offerta di p.l. privati rispetto al totale dei p.l. complessivamente attivi nella ULSS 19 risulta notevolmente più alta della media della Regione Veneto (vedi tabella 3) ma anche il tasso di ospedalizzazione rilevato nel 2004 (confermato in anni successivi) evidenziava livelli molto più alti della media (vedi tabella 4). Nell'anno 2006 la Regione Veneto, con l'obiettivo di migliorare la compatibilità economica del Sistema Sanitario Regionale, aveva definito un programma di graduale adeguamento dei LEA ospedalieri, espressi in tassi di ospedalizzazione, al dato standard nazionale di 160 per mille abitanti definendo Piani di Rientro per le Aziende ULSS, l'Aziende Ospedaliere e l'Ospedalità Privata riguardanti la graduale diminuzione dei ricoveri. In ambito Regionale dal 2002, con la DGR 3223, era stato previsto uno standard di offerta di p.l. per acuti di 4‰ e 1‰ per riabilitazione e lungodegenza e era stato indicato in 160 ricoveri per mille residenti lo standard da raggiungere. Nonostante tali indicazioni nel territorio dove è collocata la Casa di Cura nell'anno 2004 il tasso di ospedalizzazione complessivo, riferito a tutte le discipline (i dati della tabella

4 riguardano solo specialità presenti nella U.L.S.S. 19), era di quasi 220 per mille.

La Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria si rese conto che la criticità esistente poteva essere superata solo con un accordo con l'erogatore Privato che si rese disponibile per definire un programma comune.

La programmazione Regionale, al momento dell'accordo, prevedeva per la ULSS 19, che ha una popolazione di circa 75.000 abitanti, due Ospedali: uno Pubblico ad Adria ed uno Privato a Porto Viro con una dotazione totale di 360 Posti letto di cui 303 per acuti e 57 per post-acuzie.

I posti letto per acuti previsti negli Ospedali della ULSS 19 erano solo quelli destinati alle specialità di base in quanto il Sistema Ospedaliero Veneto prevede il concentramento in Sedi Ospedaliere Provinciali delle specialità non definibili di base e nelle due Aziende Ospedaliere Universitarie delle altissime specializzazioni, pertanto nel calcolo del fabbisogno di p.l. il 4 per mille indicato come standard di riferimento per acuti è comprensivo dei due livelli non previsti negli Ospedali di Adria e Porto Viro.

In base a questi dati i 303 p.l. per acuti, previsti dalla Programmazione Regionale, erano certamente in esubero mentre i 57 per post-acuzie sottodimensionati.

Dalla lettura della tavola 4 si evidenzia che, in una situazione complessiva di eccesso di tasso di ospedalizzazione, in ambito di Riabilitazione e lungodegenza vi è una sostanziale coincidenza con la media regionale; in tale ambito di fatto senza specifica contrattazione si era realizzata una suddivisione di competenze tra Pubblico e Privato. La Riabilitazione in regime di ricovero veniva effettuata solo nel Privato e la lungodegenza nel Pubblico.

Nei settori dove non vi era suddivisione di competenze si concentravano invece le eccedenze di tassi di ospedalizzazione.

Partendo dal presupposto condiviso che la riduzione dell'offerta ospedaliera doveva avvenire senza creare criticità per la popolazione, e quindi doveva essere rivolta ai ricoveri inappropriati, la Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria ed i rappresentanti della Proprietà della Casa di Cura hanno analizzato congiuntamente la situazione ed evidenziato le criticità che potevano essere causa dello scostamento del tasso di ospedalizzazione sia dallo standard (160) sia dal dato medio Regionale con una differenza di oltre 40 per mille (vedi tabella 4). per le discipline previste nella ULSS 19.

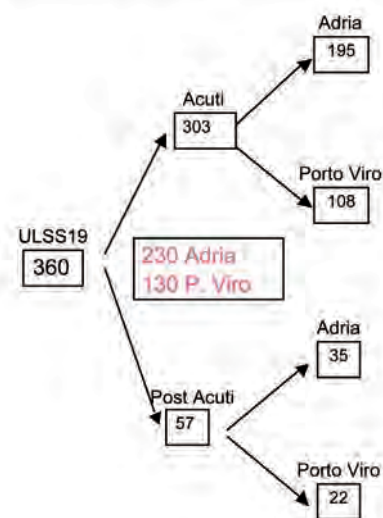
In estrema sintesi, l'analisi effettuata sull'offerta di posti letto per acuti, pubblici e privati insieme, aveva evidenziato un eccesso di offerta sia nella programmazione Regionale sia nella effettiva dotazione delle Unità Operative funzionanti, mentre per i posti letto dedicati alle post-acuzie (riabilitazione e lungodegenza) era evidente la carenza.

Con un accordo, recepito con Delibera della Giunta Regionale come sperimentazione, veniva ridefinita l'offerta di posti letto ospedalieri nel territorio di riferimento. Di fatto la modifica concordata nella prima fase della sperimentazione prevedeva la trasformazione, solo nell'Ospedale Privato, di 20 posti letto per acuti in posti letto per post-acuzie. Il privato ha accettato un parziale cambiamento del proprio ruolo riconoscendo che veniva richiesto di aumentare la risposta a bisogni reali della popolazione, elemento importante anche nei riguardi della stabilità dell'impresa.

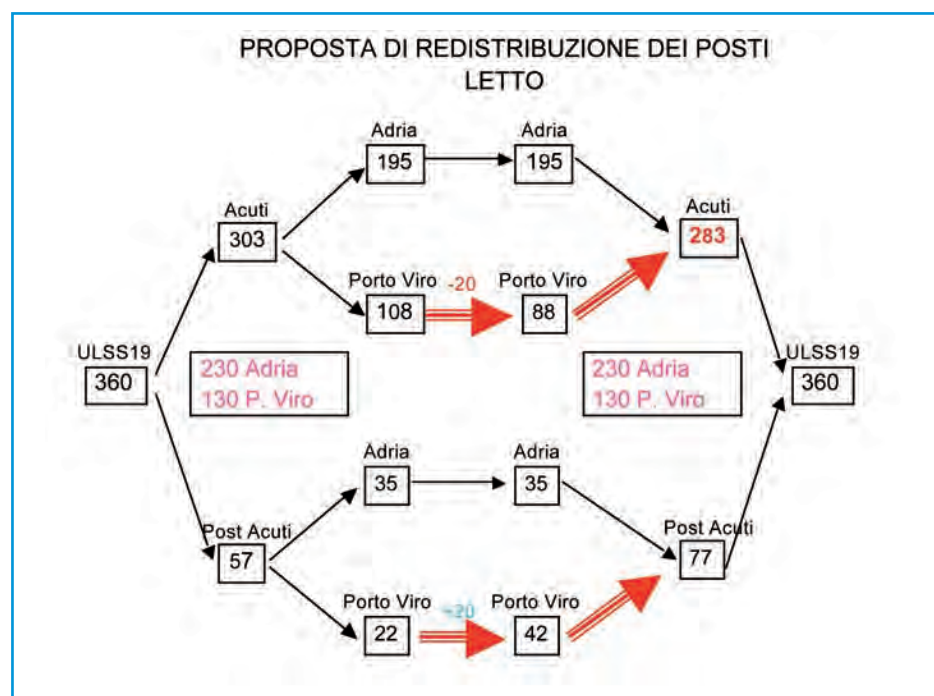
La modifica di offerta concordata è riportata nello schema seguente:

Oggi dopo quasi quattro anni dall'avvio del processo di integrazione, che avrebbe potuto essere più rapido e più ampio se vi fosse stata maggiore fiducia in particolare da parte Pubblica nelle possibili ricadute positive sia sul versante della qualità dell'assistenza sia su quello economico, si può affermare

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO PRIMA DELL'ACCORDO



che l'obiettivo di riduzione del tasso di ospedalizzazione è stato raggiunto in quanto da un valore di 220,04 si è arrivati nel 2008 a 164,4 contestualmente l'aumento di offerta in ambito riabilitativo ha consentito, senza aggravio di costi per la comunità, la presa in carico di pazienti neurologici e cardiologici (pazienti trattati per neuro riabilitazione e dopo dimissione precoce dalle cardiocirurgie) a cui in precedenza non veniva data risposta nelle strutture della ULSS 19 con disagio per i pazienti e le loro famiglie che dovevano rivolgersi a Strutture fuori U.L.S.S.. Certamente i fattori che hanno consentito la riduzione del tasso di ospedalizzazione non sono riconducibili solo all'accordo tra Azienda U.L.S.S. e Casa di Cura Privata ma sono derivati anche ad altre azioni messe in campo a livello regionale (vedi specifiche delibere Giunta Regionale). L'accordo a livello di U.L.S.S. ha consentito di dare un contributo per raggiungere i risultati nel rispetto dei bisogni assistenziali della popolazione. Dal punto di vista dei costi l'aumento dei 20 posti letto di riabilitazione e lungodegenza ha portato ad un aumento di fatturato in tale ambito con contestuale diminuzione in



ambito di ricoveri per acuti. Il budget complessivo della Casa di Cura è rimasto uguale ma la diminuzione dei ricoveri in strutture fuori ULSS, in particolare per l'ambito della riabilitazione post- cardiocirurgia, ha ridotto i costi a carico della Azienda ULSS collegati alla mobilità passiva; inoltre l'attività riabilitativa in ambito post-cardiocirurgico e l'incremento di quella nel settore neurologico hanno consentito di dare risposta anche a pazienti provenienti da altre ULSS limitrofe; nel 2009 la riduzione di spesa ospedaliera sostenuta dalla U.L.S.S. 19 per i residenti è stata di oltre 800000,00 euro rispetto all'anno precedente.

In sintesi il valore aggiunto espresso è stato nella capacità di modificare l'offerta da parte del fornitore privato, che in tempi brevi è stato in grado di ridurre l'offerta eccedente per patologie acute ed ampliare e riqualificare l'offerta carente per patologia in fase di post-acuzie senza aggravio di costi per l'Azienda Sanitaria; quest'ultima ha anche potuto beneficiare di una riduzione dei costi collegati ai ricoveri che non vengono più effettuati in Ospedali di ULSS di Province o Regioni diverse dal suo territorio.

Possiamo dire che in questa esperienza si è realizzato un valore aggiunto nato dall'influenza della cultura imprenditoriale sulle organizzazioni pubbliche, che consiste nel porre realmente al centro di ogni programma i bisogni che l'utente/cliente esprime poiché se l'imprenditore vuole che la sua impresa sia di successo deve orientarla alla domanda ed ai suoi cambiamenti.

CONCLUSIONI

Le Aziende Sanitarie detentrici della quota capitaria dei cittadini di cui sono responsabili della Tutela della Salute avrebbero come prima "missione" la committenza di prestazioni/servizi calibrati in base ai bisogni di popolazione. Tale committenza dovrebbe articolarsi tenendo conto sia della potenzialità erogativa delle Strutture che erogano prestazioni nel Territorio di competenza (calcolata congiuntamente tra Pubblico e Privato) sia dei bisogni della popolazione di riferimento. La committenza può utilizzare a pieno uno dei valori aggiunti del Privato: la flessibilità della Struttura di erogazione collegata in parte alla tipologia di contratti di lavoro ma anche ad una

diversa cultura organizzativa. Si può chiedere al Privato di orientare la propria offerta per rispondere ai bisogni di popolazione in tempi abbastanza brevi purché l'orizzonte temporale del cambiamento garantisca stabilità e certezze.

Presupposto per utilizzare tale valore aggiunto è la trasparenza e correttezza di rapporti; se si evidenzia eccesso di offerta (di solito collegata a duplicazioni) si deve tener conto sia della rigidità del Sistema Pubblico sia della esigenza di compatibilità economica del Privato; gli oneri connessi alla riconversione di alcuni settori, per eliminare le duplicazioni e fornire alla popolazione servizi in precedenza carenti, vanno sostenuti da entrambe le parti senza gelosie e decisioni in controtendenza.

Se è vero che le esigenze del cittadino devono essere al centro del Sistema si deve ricordare che all'utente non interessa se il soggetto gestore delle Strutture che erogano prestazioni pagate con soldi pubblici sia Pubblico o Privato, ma interessa che le prestazioni siano di buona qualità, tempestive e, se possibile, non troppo lontane dal luogo di residenza. Il soggetto Pubblico, titolare della funzione di controllo della Qualità dei Servizi Erogati, dovrebbe impegnare molte delle proprie risorse nel definire meglio quello che serve e nel valutare se quanto erogato sia dal Pubblico che dal Privato è appropriato e di livello qualitativo adeguato piuttosto che impegnarle quasi totalmente nella erogazione diretta dei servizi.

Il Pubblico privilegiando il ruolo di committenza (stabilire volume e tipologia di pazienti da assistere nel rispetto dei Lea) e di controllo della qualità del servizio erogato, rispetto a quello della produzione diretta dei servizi, potrà dedicarsi maggiormente a perfezionare le metodologie di analisi e controllo senza disperdere energie e capacità professionali nella gestione delle Strutture per erogare servizi am-

bito in cui l'imprenditoria ha maturato esperienza e dispone di un know-how molto maggiore.

Per riportare gli Ospedali a svolgere il ruolo di competenza oggi si parla molto di obiettivi di governo della domanda e di appropriatezza delle prestazioni sia a riguardo del livello di erogazione sia per gli aspetti clinici; nella realtà la variabilità della pratica clinica, che è collegata a molteplici fattori, non consente di raggiungere tali obiettivi in mancanza di un contestuale e coerente governo dell'offerta.

Accordi contrattuali e committenza partecipata a livello Aziendale tra Pubblico e Privato accreditato possono dare contenuti al governo della offerta realizzando una contestuale facilitazione nel governo della domanda.

ALLEGATO 1

Specificazioni Tabella 1 () Politiche Sanitarie Vol. 9 n. 3 anno 2008 pag. 121-131 – G. Muraro, V. Rebba

Fonti: Oecd health data, June 2008; Oecd (2004b); Nomisma-Criep (2003); Who (2005); Mossialos e Thomson (2004); Who statistical information system 2008; nostra elaborazione.

*: Oecd (2004b); **: Who-Health care systems in transition: Czech Republic, Poland, 2005; §: Mossialos e Thomson (2004); +: Nomisma-Criep (2003); Who Statistical information system 2008.

^{1, 2, 3, 4}: dato relativo a 1, 2, 3, 4 anni precedenti; ^d: diversa metodologia; ^e: stima; - dato non disponibile.

Sistemi di finanziamento

Ssn: Servizio sanitario nazionale; Sas: Sistema di assicurazione sociale; Sao: Sistema con assicurazione privata obbligatoria; Ssm: Sistema sociale misto; Sav: Sistema di assicurazione volontaria; Spm: Sistema privato misto.

Fonti di finanziamento

Apv: Assicurazione privata volontaria; Oop: *Out of pocket* (spesa privata diretta non rimborsata); Sst: Spesa sanitaria totale.

⁽¹⁾Secondo la classificazione utilizzata dall'Ocse, l'assicurazione privata volontaria principale rappresenta la sola copertura sanitaria: i) in mancanza di una copertura pubblica o quando particolari categorie non abbiano diritto alla copertura pubblica ('assicurazione privata principale'); ii) quando il cittadino abbia diritto alla copertura pubblica, ma abbia scelto di uscire dallo schema pubblico (assicurazione privata alternativa, definita 'substitutive' dall'Ocse).

⁽²⁾Tipo di Apv integrativa: D = duplicativa; C = complementare; S = supplementare. In base alla tassonomia dell'Ocse: i) la Apv duplicativa (D) offre copertura per i beni e servizi sanitari già garantiti dall'assicurazione sanitaria pubblica, consentendo però l'accesso a diversi erogatori (per esempio, ospedali privati) o a diversi livelli di servizio (per esempio, accesso più rapido alle cure). Essa non esenta gli assicurati dal contribuire agli schemi di copertura pubblica; ii) la Apv complementare (C) integra la copertura pubblica, finanziando in tutto o in parte i costi che rimangono a carico dei pazienti e che non sarebbero altrimenti rimborsati (per esempio, ticket sanitari e franchigie); iii) la Apv supplementare (S) offre copertura per beni e servizi sanitari che non rientrano all'interno dei livelli di assistenza garantiti dallo schema di copertura pubblica.

⁽³⁾La percentuale si ottiene dalla somma di: i) spese sostenute da società e imprese private per servizi sanitari e altri benefici erogati ai propri dipendenti; ii) spese sostenute da enti e istituzioni nonprofit (escludendo le assicurazioni sociali), come la Croce Rossa, istituzioni filantropiche e caritative, ordini religiosi, organizzazioni di volontariato; iii) spese sanitarie sostenute dal resto del mondo (cooperazione internazionale, premi assicurativi per turisti, etc.).

⁽⁴⁾Con riferimento alla Francia, la percentuale di popolazione coperta da Apv include un programma all'interno della CMU (*Couverture Maladie Universelle*), che

garantisce l'assicurazione sanitaria complementare a gruppi di soggetti aventi diritto con livello di reddito al di sotto di una soglia minima; la quota di popolazione con Apv integrativa non garantita dalla CMU sarebbe pari all'88,4%.

⁽⁵⁾Il sistema sanitario olandese è entrato a far parte dei sistemi Sao, in base alla legge di riforma (*Zorgverzekeringswet*), a partire dal 2006. In tabella si riportano le percentuali di copertura registrate nel 2005, quando il sistema olandese era ancora di tipo Sas e, tra parentesi, le percentuali di copertura registrate nel 2006 dopo che il sistema olandese è diventato di tipo Sao.

⁽⁶⁾La copertura del 71,2% si riferisce all'assetto del sistema sanitario olandese prima della riforma del 2006, il quale prevedeva le seguenti coperture: i) Zfw (schema obbligatorio *Ziekenfondswet* offerto dai fondi malattia che copre i lavoratori dipendenti e i lavoratori autonomi al di sotto di un prefissato livello di reddito: il 62,1% della popolazione); ii) Kpz (assicurazione obbligatoria per i dipendenti pubblici degli enti territoriali decentrati e della polizia: 4,9% della popolazione); iii) Wtz (polizza assicurativa standard che copre circa il 4,2% della popolazione e precisamente:

gli studenti i cui genitori rientrano nello schema Zfw, le persone con più di 65 anni e i lavoratori autonomi che hanno difficoltà ad acquistare una Apv sostitutiva a causa di condizioni sanitarie preesistenti). Inoltre, va ricordato che la totalità della popolazione olandese è coperta dallo schema obbligatorio universale Awbz, che eroga prestazioni gratuite a tutti i residenti per le cosiddette spese sanitarie catastrofiche (trattamenti costosi e prestazioni non assicurabili) e per l'assistenza *long-term care*. A partire dal 2006, tutti i residenti nel territorio olandese sono obbligati a sottoscrivere un'assicurazione sanitaria per cui la copertura obbligatoria dovrebbe comprendere la totalità della popolazione come nel caso della Svizzera. Il valore di



98,7% (riportato tra parentesi in tabella) si riferisce alla copertura dell'assicurazione obbligatoria registrata nel 2006 in base ai dati Ocse del 2008.

1. I sistemi di finanziamento estratto da () Politiche Sanitarie Vol. 9 n. 3 anno 2008 pag. 121-131 – G. Muraro, V. Rebba

Esistono diverse classificazioni dei sistemi sanitari (per esempio, Lee et al., 2008; Oecd, 1994 e 2004a). Esse considerano generalmente sia il finanziamento sia la fornitura dei servizi, dato che il metodo di finanziamento non necessariamente implica un particolare metodo di erogazione, anche se il secondo appare talora condizionato dal primo. La classificazione tradizionale contempla, come ben noto, i seguenti tre tipi: servizio sanitario nazionale, assicurazione sociale, assicurazione privata. Poiché questa nota si concentra sul finanziamento, appare più appropriata una diversa classificazione, che divida i paesi dell'Ocse in sei gruppi in funzione del prevalente metodo di finanziamento della tutela sanitaria della popolazione (tabella 1):

1. Servizi sanitari nazionali finanziati prevalentemente da imposte (Ssn), o sistemi alla 'Beveridge', sostenuti dal gettito di imposte generali o di imposte di scopo¹: Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Islanda, Irlanda, Italia, Nuova Zelanda, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito;

2. Sistemi di assicurazione sociale (Sas), o sistemi alla 'Bismarck', che sono prevalentemente finanziati attraverso contributi obbligatori versati a fondi e assicurazioni di malattia da parte di lavoratori dipendenti, datori di lavoro e lavoratori autonomi²: Austria, Belgio, Francia, Germania, Ungheria, Giappone, Lussemburgo, Olanda³, Polonia;

3. sistemi basati sull'Assicurazione privata obbligatoria (Sao), in cui la fonte principale di finanziamento è costituita da premi assicurativi basati sul rischio medio (*community rating*) versati obbligatoriamente dai cittadini, con un

parziale sussidio pubblico nonché con finanziamento pubblico alle compagnie di assicurazione come compensazione perequativa dei rischi assunti. Fino al 2005 solo la Svizzera rientrava in questa categoria in cui si trova ora, dopo la riforma del 2006, anche l'Olanda;

4. Sistemi sociali misti (Ssm), che combinano in vario modo i primi tre sistemi; si finanziano pertanto attraverso un mix di imposte, contributi sociali e premi assicurativi, senza che vi sia una fonte di finanziamento prevalente: Corea del Sud, Grecia, Turchia, Slovacchia e Repubblica Ceca;

5. Sistemi di assicurazione volontaria (Sav), in cui la fonte principale di finanziamento è data da premi assicurativi basati sul rischio individuale o di gruppo versati volontariamente ad assicurazioni private: solo gli Stati Uniti rientrano in questa categoria;

6. Sistemi privati misti (Spm), finanziati principalmente attraverso pagamenti diretti dei pazienti: solo il Messico rientra attualmente in tale tipologia, configurandosi come un *outlier* rispetto a tutti gli altri sistemi sanitari dei paesi dell'Ocse⁴. Chiaramente, i tipi fondamentali di finanziamento possono essere collegati a differenti sistemi di valore o, se si preferisce, a differenti ideologie. I primi quattro tipi di sistema di finanziamento hanno in comune la tutela sanitaria di tutta o quasi tutta la popolazione attraverso coperture pubbliche o private obbligatorie.

Tra di essi, il Ssn, che assicura le prestazioni a tutti i cittadini, è chiaramente basato su una concezione universalistica, mentre gli altri tre (Sas, Sao e Ssm), che offrono tutela sanitaria agli assicurati e ai loro familiari a carico, sono radicati totalmente o parzialmente nei valori della mutualità. Il quinto tipo (Sav) è chiaramente figlio dell'individualismo e della responsabile autonomia di fronte al rischio, limitando la tutela sanitaria pubblica ai cittadini più vulnerabili ossia anziani, disabili e poveri (Lee et al., 2008). Infine, il sistema Spm attualmente caratterizza, come detto, solo il Messico dove, benché una quota della popolazione superiore al 50% risulti coperta in via obbligatoria, molti cittadini di fatto sono lasciati senza tutela; tale sistema può essere considerato come un sistema in transizione che probabilmente si muove verso uno dei primi quattro sistemi.

Tornando agli aspetti finanziari, si sottolinea ancora che l'anzidetta classificazione di paesi è basata sul metodo di finanziamento prevalente. Tuttavia, nessun paese confida soltanto su un metodo. Per esempio, i sistemi Sas, Sao e Ssm sono normalmente integrati da fondi derivanti dal sistema tributario generale, sia per limitare l'incidenza dei contributi sociali o dei premi assicurativi, sia per fornire tutela agli assicurati con salari bassi e ai disoccupati. Simmetricamente, la categoria Ssn viene finanziata anche da contributi sociali,

¹Nei sistemi con Ssn, il finanziamento e l'erogazione sono verticalmente integrati, vale a dire che gli enti finanziatori e i fornitori appartengono in tutto o in parte alla medesima organizzazione, come nel caso del Nhs britannico e delle contee dei paesi nordici.

²Mentre l'assicurazione privata tende a commisurare il premio al rischio dell'individuo assicurato, eventualmente considerandolo come lavoratore in una determinata impresa, l'assicurazione sociale è fondata sull'aggregazione dei rischi degli assicurati all'interno di un grande gruppo. Nei paesi Sas i fondi e le assicurazioni sociali sono tipicamente separati dai fornitori di servizi.

³Nella tabella 1, il sistema olandese viene classificato tra i Sas, dal momento che i dati ivi riportati si riferiscono in buona

parte al 2005, cioè prima dell'entrata in vigore della legge di riforma (*Zorgverzekeringswet*), che nel 2006 ha introdotto il

nuovo sistema basato sull'Assicurazione sanitaria privata obbligatoria (Sao). Sull'argomento si veda Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006).

⁴In passato, almeno fino alla metà degli anni '90, anche Corea del Sud e Grecia, con una quota di spesa sanitaria *out of pocket* superiore al 50%, potevano essere fatte rientrare tra i paesi Ssm.



ossia da imposte di scopo gravanti sui salari, come per esempio in Gran Bretagna e in Italia.

Un'avvertenza anche per quanto riguarda la tutela obbligatoria della popolazione. I paesi con Ssn tutelano per definizione l'intera popolazione, sia pure per le sole le prestazioni essenziali. Di fatto, però, quasi tutti i paesi dell'Ocse prevedono una copertura estesa all'intera popolazione o a una percentuale vicina al 100%. Le eccezioni sono rappresentate da: Stati Uniti (copertura obbligatoria pari al 27,4% della popolazione totale, ossia quella che ricade sotto i programmi pubblici Medicare e Medicaid), Messico (50,4%), Turchia (67,2%), Olanda (71,2% nel 2005, ma 98,7% dal 2006) e Germania (89,5%). Concentrandoci sui due paesi appartenenti all'Unione Europea, va chiarito che in Olanda, nel 2005, circa il 28% della popolazione, appartenente alle fasce di reddito più elevate, era escluso dalla copertura pubblica e poteva tutelarsi in via principale solo con un'assicurazione privata volontaria; dopo la riforma del 2006, che prevede che tutti i residenti sottoscrivano obbligatoriamente un'assicurazione privata, la quota della popolazione olandese coperta dallo schema assicurativo statutario è aumentata, secondo i dati Ocse 2008, a circa il 98,7%, per cui l'assicurazione privata volontaria viene ora ad assumere un ruolo esclusivamente integrativo. Nel 2006, in Germania, oltre il 10% della popolazione trovava copertura di base attraverso un'assicurazione privata. Si tratta di: lavoratori autonomi, che sono esclusi dal sistema di sicurezza sociale; di lavoratori dipendenti al di sopra di una definita soglia di reddito, che sono autorizzati a uscire dallo schema pubblico (*opting out*) in favore di un'assicurazione privata; e dipendenti pubblici per la parte di spese sanitarie non direttamente rimborsate dal governo. L'Assicurazione privata volontaria in campo sanitario (Apv) presenta diversa diffusione e diverse motivazioni nei vari paesi. In alcuni, come si è visto, rappre-

senta la base fondamentale di tutela sanitaria per almeno una parte della popolazione. Negli altri paesi è invece integrativa ('addizionale' nella terminologia Ocse) della copertura di base obbligatoria, di cui può rappresentare un complemento (C), un supplemento (S) o un duplicato (D) (Oecd, 2004b).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Artoni R., Borgonovi E., Galmozzi G., Pedone A. *Collaborazione pubblico-privato un futuro di sistemi misti nella "Sanità"*. Saggi Mecosan 2005; 56:11-48.
- 2) Bonanno F. *Rapporto Pubblico-Privato in Sanità: dal Convenzionamento all'Accreditamento*. Mecosan 1995; 13 sez. 5°.
- 3) Borgonovi E. *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende è il mezzo* 1° ed. Milano: Egea, 2008.
- 4) Cappellaro G., Marsilio M. *Le collaborazioni pubblico-privato per la gestione dei Servizi Sanitari: riflessioni alla luce della ricognizione delle esperienze internazionali e nazionali*. Saggi Mecosan 2007; 63:9-36.
- 5) Carradori T., Di Ruscio E., Oneto A. *Pubblico e Privato in Sanità*. Saggi e Ricerche Mecosan 1992; 4 sez. 1°.
- 6) Contini V., Pirola F. *I Contratti interaziendali in Sanità: interazione Pubblico - Privato accreditato nella esperienza della USL 2 Lucca. Esperienze innovative* Mecosan 2001; 37 sez.3°.
- 7) Cuccurullo C. *Meccanismi di governance nelle collaborazioni formali tra pubblico e privato in Sanità*. Saggi Mecosan 2005; 54:11-28.
- 8) Mezzomo N., Cassol C., Nascimben A., Niero F., Sala F., Faronato P.P. *La variabilità del tasso di ospedalizzazione nella Regione Veneto. Materiali per la Ricerca e l'Approfondimento* Mecosan 2007; 63:127-160.
- 9) Muraro G., Rebba V. *Il finanziamento della sanità nei paesi dell'OCSE: struttura e dinamica*. Politiche Sanitarie Il Pensiero Scientifico Editore 2008; 3:121-131.
- 10) Pollock A. *La privatizzazione del Servizio sanitario nazionale nel Regno Unito. Politiche Sanitarie Il Pensiero Scientifico Editore 2008; 4:183-191.*
- 11) Virgilio G. *Ricerca e innovazione tecnologica in Sanità. La collaborazione tra pubblico e privato in regione Emilia Romagna*. Politiche Sanitarie Il Pensiero Scientifico Editore 2009; 2 Vol. 10,
- 12) Visconti G., Bollero E. *L'offerta delle Strutture Assistenziali: il ruolo dell'integrazione Pubblico-Privato*. Organizzazione Sanitaria 2006; 3-9.
- 13) Visconti G., Bollero E. *L'offerta delle Strutture Assistenziali: il ruolo dell'integrazione pubblico-privato*. Organizzazione Sanitaria 2006; 3-9.
- 14) Zangrandi A. *I Sistemi di Contratti in Sanità per la regolazione della produzione: quali reali aspettative?* Saggi e Ricerche Mecosan 1999; 26 sez. 1°.
- 15) Ministero della Salute Direzione generale della programmazione sanitaria Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421" 2002
- 16) Vagnoni E., Bracci E., Quadretti V. *La public-private partnership in ambito sanitario. Tesi di Laurea, Università degli Studi di Ferrara, Facoltà di Economia, 2006.*

TASKI[®]

New Trolley System

Creato da esperti, ideato da voi

La rivoluzione nella pulizia professionale



Modulare e Versatile



**Sostenibile, Sicuro ed
Ergonomico**



Robusto e Maneggevole

**La prima postazione di lavoro per l'impresa
che può essere configurata secondo l'area di utilizzo e che può
ospitare tutti i metodi di pulizia, anche contemporaneamente.**

**Visita il nostro sito dedicato www.taskitrolley.com
e prova a costruire il carrello che più soddisfa le tue esigenze.**

Diversey S.p.A.
Via Milano 150 - 20093 Cologno Monzese (MI)
Tel: 00 39 02 25801 - Fax: 00 39 02 2566960
www.diversey.com

Diversey
for a cleaner, healthier future™

Governo dei servizi esternalizzati

Riassunto

L'out sourcing è un processo ormai consolidato nelle Aziende Sanitarie che affidano all'esterno i servizi non core. Per governare tale processo sempre più in espansione è necessario conoscere, avere competenza e controllare le varie fasi.

I medici di Direzione Sanitaria sono gli Operatori deputati al governo dei servizi esternalizzati e pertanto devono avere competenza e professionalità tali da garantire il controllo.

A. Benvenuto*, **M.A. Vantaggiato***, **M. Loizzo***, **O. Perfetti***,
S. De Paola**, **A. De Marco*****

* Direzione Sanitaria di Presidio Unico

** Direzione Sanitaria

*** Servizi Tecnici Integrati

Azienda Ospedaliera di Cosenza

L'esternalizzazione rappresenta da alcuni decenni uno degli strumenti gestionali maggiormente diffusi ed in fase di continua espansione nel contesto non solo europeo ma anche internazionale. Pur in presenza di questa situazione, l'outsourcing manifesta forti elementi di criticità, legata non solo ai costi ma anche agli obiettivi raggiunti.

Dagli anni '90 si è aperto in Italia un grande dibattito sulla necessità e/o opportunità di esternalizzare alcuni servizi. Tale dibattito seguiva ad esperienze già avviate negli USA ed in Inghilterra, nelle Aziende sanitarie italiane il tema dell'outsourcing è divenuto di grande attualità, e si è assistito sempre più ad un notevole incremento dei servizi affidati all'esterno. Tale processo è stato giustificato dal fatto che la mission istituzionale delle Aziende Sanitarie è quella di prestare assistenza ai cittadini

e il recupero di risorse impiegate in compiti diversi determinava una maggiore concentrazione su compiti strettamente sanitari.

Le motivazioni che hanno spinto nel tempo a fare scelte di questo tipo sono state:

- Ottenere un servizio qualitativamente elevato che con il personale interno non si era più in grado di garantire per carenze numeriche o di professionalità specifiche. Cercare di fare meglio a costi più bassi.
- Contenere i costi di gestione
- Evitare l'interruzione di servizio che si poteva verificare in situazioni di scioperi, assenze per malattie, guasti, manutenzione.
- Svincolarsi dai vincoli burocratici e utilizzare la maggior flessibilità contrattuale consentita al privato. A questo si aggiungeva che spesso, per alcuni servizi in particolare, quale quello di ristorazione, lavanderia o pulizie, si

presentavano evoluzioni normative, organizzative e tecnologiche tali da non poter, anche per motivi di carenza di spazi, più essere garantiti all'interno.

L'esternalizzazione, nata all'inizio per quei contenuti gestionali riconducibili alle attività aziendali non core: ristorazione, lavanolo, pulizia, quindi prevalentemente di tipo alberghiero, si è man mano allargata a servizi più prettamente sanitari quali la sterilizzazione o a servizi amministrativi come la contabilità e i bilanci o tecnici quali manutenzione, gestione del calore ecc.

Il fenomeno nel tempo ha raggiunto un'estensione notevole e le problematiche via via evidenziate hanno spinto alla riflessione se l'affidamento a ditte esterne abbia realmente sortito gli effetti positivi preventivati e se al punto in cui si è arrivati è possibile invertire la rotta.

Questa problematica porta i Direttori Sanitari ad interrogarsi se quella dell'esternalizzazione sia stata una scelta giusta da mantenere o se è possibile pensare ad una internalizzazione dei servizi esperimento avviato dall'ASL di Lecce che in una recente contrattazione con le sigle sindacali ha avviato un progetto di re-internalizzazione attraverso la costituzione di agenzie "in house".

La vastità dei servizi esternalizzati e la continua evidenziazione di non conformità, incongruenze e mancato rispetto dei vari adempimenti impongono un'azione di

**PAROLE CHIAVE:**

Esternalizzazione, linee guida, controllo

governo dei sistemi che vede nella Direzione Sanitaria il punto di riferimento per le Direzioni Strategiche. I processi di outsourcing sono più efficaci e validi laddove i professionisti interni sanno, con capacità, passione e competenza, guidare fortemente le varie fasi. Per governare un sistema è indispensabile:

- Conoscere cosa bisogna governare e attualizzarlo: **Avere CONOSCENZA**
- Avere la competenza e la formazione necessaria per monitorare le varie fasi del processo intesa come competenza tecnica, gestionale, e qualitativa: **Avere COMPETENZA**
- Valutare gli esiti in riferimento sia agli indicatori di qualità che ai costi di gestione: **Avere CONTROLLO**.

CONOSCENZA

Tutti i servizi esternalizzati, impongono uno scrupoloso rispetto di una serie di adempimenti:

- il bando di gara
- i requisiti normativi
- le certificazioni di qualità a seconda dei servizi garantiti
- il rispetto della sicurezza con l'adesione al DUVRI.

Prerequisito del processo è la conoscenza della situazione esistente e della sua strutturazione storica. Prima della gara bisognerà:

- conoscere la situazione da cui si parte
- conoscere i meccanismi di gara e le principali esperienze attua-

te in altre realtà più evolute in una politica di benchmarking

- elaborare capitolati di gara che garantiscono il meglio per le amministrazioni e non occasioni perse di miglioramento.

Il capitolato deve essere particolarmente dettagliato non solo nella parte generale:

- presentazione offerta
- documentazione
- possibilità di subappalto
- revisione prezzi

ma soprattutto nel Capitolato Speciale in cui deve essere predisposta una puntuale richiesta, quanto più possibile fotografica, di quello che si vuole ottenere in particolare individuando parametri e standard di risultato oggettivi e misurabili. Oltre al prezzo, per avere un risultato appropriato, dovrà essere prevista una adeguata quota di punteggio per la qualità del servizio offerto. Utile anche, per garantire la qualità, inserire in gara solo ditte che abbiano già espletato tali tipologie di servizio con lo scopo di eliminare tutte quelle ditte che ricorrono ad improvvisazione e pertanto non garantiscono potenzialmente un servizio qualitativamente appropriato. La Ditta esterna deve possedere solidità finanziaria, competenza nel settore specifico, conoscenza dell'organizzazione in cui deve operare, strutture organizzative in grado di soddisfare le richieste, disponibilità ad assumere impegni precisi in termini di processo e di risultato.

Una riflessione d'obbligo è quella legata alla possibilità che le

Stazioni Uniche Appaltanti predispongono capitolati di servizi standard che possono non essere conformi alle variegate richieste delle Aziende condizionate dalle diverse situazioni locali (es. capitolato di pulizie di strutture datate richiedono interventi più frequenti e diversificati rispetto ad una struttura edificata di recente ecc.).

Nel capitolato invece è necessario indicare le modalità di esecuzione dell'appalto, definire le fasi, richiedere una descrizione delle caratteristiche del servizio e delle attrezzature, numero e professionalità degli addetti e prevedere, l'integrazione con il personale dipendente.

In conclusione un appalto di servizi non dovrà essere guidato solo da indicatori di carattere economico finanziario, ma dovrà considerare aspetti come la qualità dei prodotti e dei servizi, la soddisfazione dei clienti, la flessibilità, il livello di formazione del personale utilizzato. Il principio del prezzo più basso nell'acquisizione dei servizi non può essere applicato perché si tratta di progetti legati spesso ad un elevato contenuto tecnologico, di progettualità e di personalizzazione. Un utile strumento per la predisposizione dei capitolati sono le **Linee Guida** che sono concepite nell'ottica di un contratto di risultato fra Committente e Assuntore del servizio.

Lo scopo delle **Linee Guida** è definire un protocollo di gestione dei servizi, comprese le procedure di erogazione e controllo.

Di conseguenza, sulla base delle **Linee Guida**, è possibile sviluppare un capitolato che agevoli le relazioni contrattuali nell'ambito del processo di esternalizzazione dei servizi. Le **Linee Guida** hanno una struttura semplice e stan-

dard, tale da fornire un modello di riferimento per chi le implementa per la prima volta ed un elemento di comparazione (*benchmark*) per chi vuole migliorare le proprie performance.

COMPETENZA

La crescente dipendenza dall'esterno e la conseguente scomparsa di dipendenti competenti all'interno porta ad una diminuzione della capacità di governare il sistema e conseguentemente ad un aumento dei costi.

Il punto dirimente appare infatti la capacità di condurre e controllare i processi di outsourcing. I rischi di fallimento (sia economico che qualitativo) aumentano infatti esponenzialmente se le Aziende sanitarie perdono nel tempo la capacità di conoscere le problematiche, condurre le attività e controllare le prestazioni.

E' necessario dunque, un mantenimento delle competenze per attuare un circolo virtuoso che prevede:

- affidamento all'esterno solo dopo avere una piena conoscenza della situazione e con piena competenza di quello che si esternalizza
- attuazione di un "project control" in un'ottica di "partnership"
- interscambio di esperienze e conoscenze
- attivazione di percorsi migliorativi
- razionalizzazione dei costi
- miglioramento della qualità percepita
- cambiamento ed evoluzione continua in un percorso di MCQ.

Non è infatti vero che esternalizzando si delegano le responsabilità poiché il Direttore Sanitario in caso di interruzione dell'appalto, risponde sempre di interruzione di pubblico servizio mentre le ditte

appaltate rispondono solo di inadempienza contrattuale.

Per ovviare alla perdita delle competenze e nell'ottica di una formazione continua, AMNDO ha predisposto documenti attinenti i servizi esternalizzati e corsi di formazione che mirano a mantenere alto il livello di conoscenza dei medici di Direzione Sanitaria di Presidio che sono deputati a governare i sistemi.

Va tenuto presente che i rischi di un servizio non ben governato sono tanti:

- contenzioso elevato quando si instaura un rapporto difficile tra stazione Appaltante e assunto-re, sia per scarsa chiarezza del capitolato che per incompletezza dello stesso;
- che il canone venga erogato anche se i risultati non sono totalmente positivi per cui è indispensabile un sistema di controlli forti e oggettivi, che preveda l'attuazione di penalità;
- perdita del Know-how (letteralmente "sapere come") che identifica le conoscenze e le abilità operative necessarie per svolgere una determinata attività.... Se il servizio si inserisce su un sistema ben strutturato esiste il rischio per le Aziende di perdere le informazioni necessarie a gestirlo;
- alti costi in cambio di un servizio non qualitativamente adeguato.
- perdita delle competenze e conseguentemente delle funzioni. In conseguenza di ciò in alcune realtà si sta sperimentando l'affidamento dei servizi esternalizzati a professionalità diverse da quelle igienistiche: direttore di albergo, economi ecc.

CONTROLLO

La valutazione del servizio deve essere anche basata sulla necessità di creare un ambito di misura-

zione certa, obiettiva, condivisa. Sarebbe utile creare dei sistemi di benchmarking tra le Aziende capaci di rendere le varie esperienze confrontabili attivando dei meccanismi di "best practices" per tendere al miglioramento continuo. Il sistema dei controlli deve essere ben esplicitato e chiaro, prevedere una frequenza di controlli sufficiente a dare validità ai risultati, utilizzare criteri e misurazioni facili e riproducibili, dare la possibilità di aggregare i risultati in forma di indicatori per l'analisi degli scostamenti rispetto agli standard, tradurre le criticità in proposte concrete ed in azioni di miglioramento.

Le Aziende hanno il compito di controllare il regolare svolgimento del servizio e anche la qualità; i controlli devono essere eseguiti in contraddittorio con l'obiettivo di recuperare le non conformità, in maniera strutturale, basandosi su elementi di giudizio evidenti che non lasciano dubbi.

E' importante che vi sia una condivisione delle metodologie di esecuzione del Controllo tra Committente e Assuntore. Per quanto attiene la frequenza dei controlli questa è legata a vari fattori: tipologia di servizi, grandezza della struttura e risorse da dedicare al controllo. Utile nel controllo dei servizi oltre alle check list dei controlli periodici e occasionali, ai criteri qualitativi di valutazione, i questionari anonimi di gradimento degli utenti per valutare anche la qualità percepita.

Non è importante valutare solo il risultato ma anche gli indicatori di processo per cui è indispensabile affidarsi a fornitori accreditati ecco perché ANMDO ha predisposto le linee guida per l'accredimento dei fornitori di servizi.

Oltre alla valutazione qualitativa fondamentale il monitoraggio co-



stante dei costi di gestione del servizio che può essere attuato solo con una puntuale informatizzazione che permette di supportare l'aspetto economico con interscambio continuo di dati tra assuntore e stazione appaltante per evidenziare punti critici e non superare i costi previsti.

Ciò è realizzabile tenendo conto che dalle imprese oltre al servizio in quanto tale (prestazioni materiali) si acquista anche l'organizzazione del servizio (intelligence) e con esso il sistema informativo necessario alla gestione della commessa e indispensabile per il controllo finanziario poiché garantisce la visione diretta dei report relativi al servizio stesso. In tale modo, con il monitoraggio sistematico della spesa si possono evitare sprechi di risorse nell'ottica di un governo economico oltre che qualitativo.

Per una più efficace valutazione dei servizi, rispondente ad una logica di esito favorevole del risultato, le Pubbliche Amministrazioni devono adottare e introdurre sistemi di controllo innovativi ed efficaci calibrati rispetto ad ogni servizio appalto. A tal riguardo potrebbe essere previsto un sistema generale di verifica impostato su tre livelli:

- Un primo livello di monitoraggio affidato a professionalità interne che svolga un controllo macro sulla corrispondenza del servizio rispetto a quanto previsto dal capitolato.
- Un secondo livello finalizzato al rilevamento periodico del grado di soddisfazione dei servizi erogati da parte degli utenti (attraverso interviste ad un campione o mediante utilizzo di strumenti di gradimento in uso nelle UU.OO.).
- Un terzo livello attraverso metodi di campionamento e atti-

vazione di apposite commissioni in cui siano presenti chi si occupa di qualità, di rischio clinico, di infezioni ospedaliere ed altro a seconda del servizio da valutare con lo scopo di esaminare gli aspetti qualitativi e di performance.

Ai fini di un efficace controllo è di sostanziale importanza una stretta collaborazione a vari livelli tra loro variamente articolati tra gli uffici e servizi interni aziendali, come: i servizi di attività tecniche, i servizi economici, il provveditorato, il servizio di medicina del lavoro, le diverse unità operative, ecc.

CONCLUSIONE

In conclusione bisogna rinsaldare i rapporti con il mondo delle imprese che devono modificare i rapporti con le aziende riscoprendo l'etica del lavoro e delle responsabilità, investendo in formazione con nuove e più adeguate professionalità e dotandosi di un management che non miri particolarmente al risparmio ma anche alla qualità del servizio. Occorre auspicare un'azione realmente sinergica tra Aziende ed imprese affinché si possa effettivamente e diffusamente pervenire all'implementazione di modelli che possano al contempo rispondere alle esigenze delle Amministrazioni ed esaltare il ruolo e le capacità professionali delle stesse imprese. Ciò perché l'esternalizzazione continui ad essere vista come una opportunità che l'Ospedale può e deve utilizzare per attuare quel processo di semplificazione della sua organizzazione, in modo da consentirgli di meglio concentrare le risorse interne per attuare quel miglioramento della qualità assistenziale che rischia di divenire altrimenti sempre più difficile da ottenere.

BIBLIOGRAFIA

- 1) W. Longanella, M. Corvino, L. Mavilla, F. Longanella. *I servizi in outsourcing in ambito ospedaliero.* - *GeF Gestione e Formazione* N°2 - 2006
- 2) G. Finzi, C. Lazzari. *I criteri di accreditamento dei servizi di pulizia e sanificazione ambientale.* - *L'Ospedale* N° 3 -2008
- 3) G. Paladino. *La sterilizzazione- Modelli di servizio a confronto: l'outsourcing.* - *L'Ospedale* N° 2 -2006
- 4) L. Fiorentino, C. Lacava. *Esternalizzazioni & Global Service: un'indagine nazionale nelle P.A. - Facility Management Italia* N°1-2008
- 5) G. Finzi. *L'appalto dei servizi: Le linee guida.* - *GeF Gestione e Formazione* N°2 - 2004.



Sanità Eco Sostenibile: prime esperienze dell'Asl 1 Imperiese

Riassunto

Gli autori descrivono brevemente le numerose correlazioni tra le grandi tematiche dello Sviluppo Sostenibile e le Aziende che erogano servizi sanitari ed espongono le prime esperienze pratiche di formazione e sensibilizzazione organizzate a livello dall'ASL1 Imperiese.

Viene illustrato un progetto di politica sostenibile avviato dalla Direzione Aziendale, progetto che si basa non solo sulla scelta a livello centrale di azioni orientate allo Sviluppo Sostenibile, ma anche sulla formazione e la sensibilizzazione del personale dipendente per iniziare a modificare quelle attività che quotidianamente vengono espletate e che possono essere svolte in maniera solidale e sostenibile.

Gian Paolo Pagliari*, **Antonio Rossi****, **Michele Orlando****, **Claudio Balbi****

*Direzione Area Presidio Ospedaliero ASL 1 Imperiese

**Direzione Generale ASL 1 Imperiese

INTRODUZIONE

L'azienda ASL 1 Imperiese opera su un territorio di 1155 Km² e copre l'intera provincia di Imperia.

Ha un bacino d'utenza di circa 217.000 persone.

Sul territorio sono presenti tre presidi ospedalieri, nelle città di Bordighera, Sanremo ed Imperia con circa 715 posti letto e tre distretti socio sanitari altamente integrati.

L'idea di ragionare in termini di Sanità Eco Sostenibile nasce dall'urgenza di affrontare tematiche ambientali legate al settore della Salute, tenendo conto che purtroppo spesso gli ospedali stessi sono una vera e propria "industria inquinante" e che dovranno sempre più contribuire alla politica ambientale nazionale ed internazionale.

In particolare si può affermare che i nostri tre ospedali e le strutture territoriali residenziali (RSA, RP)

sono nel loro insieme un'azienda altamente inquinante, a grande impatto ambientale, in una zona che dovrebbe fare dell'ambiente e della sua preservazione una priorità assoluta. La Direzione del Presidio Ospedaliero da circa un anno sta lavorando ad un innovativo progetto per una nuova **Sanità Eco Sostenibile**. Il desiderio e l'obiettivo comune sono quelli di mettere in moto una dinamica positiva *salute-ambiente* orientata ai settori produttivi ospedalieri per creare un approccio sostenibile e solidale alle attività assistenziali.

MATERIALI E METODI

In generale numerosi sono i campi dove possono essere sviluppate azioni virtuose per l'ambiente.

Ecocostruzioni far progredire le costruzioni ecologiche nel settore sanitario e convincere i differenti

attori circa l'impatto positivo di tali immobili sull'ambiente (consumi-emissioni), sull'economia (costo globale costruzione, manutenzione, riconversione) e sull'uomo (paziente, personale ed abitante).

Gas con effetto serra ridurre le emissioni di CO₂ degli stabilimenti ospedalieri.

Rifiuti ridurre l'impatto rifiuti di un presidio sanitario sull'ambiente (sia come quantità che qualità), sull'uomo (paziente, personale, abitante) e sull'economia (costo ed efficienza globale del presidio).

Acquisti responsabili portare uno sguardo critico sui prodotti da acquistare esigendo prodotti dove l'impatto ambientale economico ed umano sia il meno negativo possibile.

Energia – Acqua razionalizzarne l'uso all'interno degli stabilimenti sanitari.

Formazione sviluppare i contenuti sia della formazione che dell'aggiornamento affinché vengano prese in considerazione anche le tematiche dello sviluppo sostenibile.

Educazione e promozione della salute portare i professionisti della sanità, i pazienti ed i poteri pubblici a pensare la sanità in maniera più preventiva che curativa.

Lotta alle infezioni correlate alle pratiche assistenziali utilizzazione appropriata.

■ *dell'acqua*: ripensare per esempio la classificazione degli ambienti da pulire ed il recupero delle acque reflue delle autoclavi;

■ *dei disinfettanti*: utilizzare ad esempio meno molecole chimiche e più sostanze vegetali e va-

**PAROLE CHIAVE:**

Sanità, sviluppo sostenibile, progetto, rete, formazione

**Provincia di Imperia**

pore acque;

- *del monouso*: verificare ad esempio, su base scientifica, la possibilità di risterilizzare materiale che ad oggi viene classificato dalle case produttrici come “monouso non risterilizzabile”;
- *delle confezioni sterilizzate*: valutare ad esempio che tali confezioni possano essere preparate in maniera differente anche in considerazione della loro data di scadenza;
- *dell'utilizzo degli antibiotici*: affrontare per esempio una politica attenta sull'utilizzo appropriato degli antibiotici per evitare un sempre più elevato inquinamento ambientale.

Management sostenibile sensibilizzare i Direttori di ogni livello a gestire la loro struttura con una politica orientata allo sviluppo sostenibile.

In particolare presso la nostra Asl

da circa tre anni si sta discutendo sulla necessità di costruire un nuovo ospedale unico che possa raggruppare le attività sino ad oggi svolte in tre distinti presidi ospedalieri che sono allocati a 10 e 20 chilometri di distanza l'uno dall'altro.

Se quanto dalla maggior parte dei tecnici del settore auspicato dovesse essere realizzato, si verrebbe a creare la grande occasione da non perdere di costruire un nuovo ospedale ecosostenibile.

Anche per questa ragione è indispensabile far crescere in tutti coloro che lavorano presso le nostre strutture sanitarie una sensibilità all'ambiente che può essere tradotta in piccoli gesti quotidiani in associazione ad una politica sostenibile della Direzione Aziendale.

La politica sostenibile della Direzione Aziendale si basa pertanto anche sulla formazione di “operatori sanitari” che con il loro en-

tusiasmo e con le loro conoscenze possano iniziare a modificare le azioni pratiche in maniera sostenibile nelle proprie strutture di appartenenza.

Gli stessi operatori, crescendo nel numero, dovrebbero così sempre più orientare virtuosamente l'attività di ogni struttura.

Gli operatori inoltre dovrebbero essere di stimolo alla Direzione Aziendale proponendo nuove azioni ed indirizzi in considerazione della propria esperienza sul campo.

RISULTATI

Nel corso degli ultimi anni sono state sviluppate presso l'Asl 1 Imperiese alcune azioni, brevemente sottodescritte, già orientate verso lo sviluppo sostenibile che sono nate ed attuate senza una vera e propria regia aziendale, ma e soprattutto per la volontà e l'intraprendenza di pochi.

Rifiuti

A fronte di normative che sono state aggiornate frequentemente è stata attuata una capillare opera di sensibilizzazione presso tutte le strutture aziendali concernente una corretta separazione tra rifiuti pericolosi e rifiuti assimilabili agli urbani. Tale azione ha prodotto una riduzione del 12% di rifiuti pericolosi da inviare alla termodistruzione (470.000 Kg – 414.000 Kg).

Oltre al recupero vetro da tempo attuato in tutta l'Azienda, dal 2007 è stata attivata la separazione plastica-carta-imballaggi solamente presso l'Ospedale di Imperia.

Nel 2009 sono state espletate le procedure di gara per l'allontanamento e lo smaltimento dei rifiuti pericolosi. Il servizio è stato affidato ad una ditta che, tra l'altro, prevede l'impiego di contenitori riutilizzabili per rifiuti pericolosi con intuitiva riduzione della massa rifiuti da avviare alla termodistruzione.



Poster ANMDO Torino 2009



Poster HPH Reggio Emilia 2009

Acquisti Responsabili

Nel 2008 sono state espletate le procedure per l'affidamento del Servizio Ristorazione. La società che si è aggiudicata la gara ha presentato un progetto qualità molto articolato ed orientato anche allo sviluppo sostenibile. Infatti la ditta si è impegnata ad acquistare prodotti locali e di stagione. L'Azienda ha attivato una commissione interna di qualità per la verifica dell'applicazione del capitolato ed anche di quanto sopra dichiarato.

Nel 2009 sono state espletate le procedure di affidamento di materiale per il lavaggio delle mani (distributori automatici di carta e di sapone). La ditta che si è aggiudicata la gara ha presentato un progetto che prevede anche il posizionamento su ciascun distributore di un piccolo adesivo che consiglia l'uso degli stessi in maniera ecosostenibile.

Energia ed Acqua

Sono state eliminate alcune procedure per la lotta alla legionellosi

in ospedale come lo shock termico che, nonostante venga previsto nelle linee guida nazionali, non produce effetti positivi desiderati ed anzi provoca un grande ed inutile consumo di acqua e calore.

Negli ultimi due anni i lavori di ristrutturazione parziale degli immobili sia ospedalieri che territoriali sono eseguiti anche in maniera ecosostenibile, ovvero ad esempio vengono posizionati infissi e materiale isolante, viene installata illuminazione a basso consumo energetico e vengono sostituite caldaie con altre a risparmio energetico.

È da sottolineare che tutte le azioni sopra descritte hanno avuto anche un positivo impatto economico, in alcuni casi però difficilmente quantificabile.

Come precedentemente affermato è però solo dal 2009 che un vero e proprio progetto aziendale è iniziato

Sono stati elaborati, con lo scopo di pubblicizzare il nuovo cammino

intrapreso, due poster/comunicazioni presentati al 35° congresso nazionale dell'ANMDO, Torino 27-30.5.2009, ed alla 13° conferenza nazionale HPH, Reggio Emilia 24-26.9.2009; tali poster proponevano di creare una vera e propria rete di aziende che avessero voluto sviluppare azioni virtuose orientate all'ecosostenibilità in sanità.

I poster sopra hanno ricevuto una buona accoglienza e sono stati premiati per il loro contenuto innovativo.

Il progetto che si basa su azioni sia a livello centrale che periferico ha avuto anche come esempio da seguire esperienze ed azioni compiute nella vicina Francia.

L'Asl 1 Imperiese grazie alla sua posizione geografica è naturalmente orientata a sviluppare progetti sanitari europei con le vicine strutture ospedaliere francesi.

Sino ad oggi sono stati attuati otto progetti italo-francesi su tematiche sanitarie per migliorare i servizi e

rafforzare l'identità di Comunità Transfrontaliera. E' da notare come nella costruzione di una qualsiasi scheda di presentazione di un progetto transfrontaliero deve essere dettagliato se lo stesso abbia o non abbia impatto ambientale.

La scheda deve essere completa in tutte le sue sezioni per poter essere accettata, esaminata ed approvata, al fine di una sua eleggibilità a livello di finanziamento europeo.

Nella ormai decennale esperienza transfrontaliera, oltre ai veri e propri progetti di cooperazione attuati e finanziati dalla Comunità Europea, numerosi sono i contatti e gli scambi di informazioni e di esperienze italo-francesi.

Ed è proprio grazie alla partecipazione al 3eme Agorà du Développement Durable, Parigi 20 marzo 2009 che si è venuta a conoscere una associazione francese chiamata C2DS (Comité pour le Développement Durable en Santé) che è nata nel 2006 sotto il patrocinio di due Ministeri Francesi, ovvero quello della Salute e quello dello Sviluppo Sostenibile.

Il C2DS è una comunità di idee e di lavoro che raggruppa in un primo gruppo più di 200 professionisti della Sanità Francese ed in un secondo gruppo l'insieme delle istituzioni del mondo ospedaliero.

Insieme cercano di sviluppare una dinamica Sanità-Ambiente audace ed inventiva diretta verso i settori pubblici e privati per creare un nuovo approccio sostenibile e solidale delle cure .

Le 4 missioni del C2DS sono:

- "Lobbing" politico
- animare reti di aderenti
- sensibilizzare, formare ed aggiornare il personale sanitario
- lanciare degli avvisi di allerta su problematiche emergenti.

Nell'ambito delle sue attività la C2DS organizza anche corsi di formazione

Manuale C2DS



sul tema dello Sviluppo Sostenibile in Sanità. Vista l'esperienza acquisita da tale associazione, in accordo con la Direzione Aziendale, si è quindi deciso di formare un gruppo di persone motivate.

Nel novembre 2009 è stata formalizzata una convenzione con l'Associazione C2DS (Comité pour le Développement Durable en Santé) che come sopraddetto si occupa anche di corsi di formazione sul tema dello sviluppo sostenibile in sanità. E' stato successivamente pubblicato un avviso interno a tutto il personale infermieristico ed agli operatori socio sanitari interessati a partecipare ad una prima giornata formativa, con il necessario vincolo dell'ottima conoscenza della lingua francese. A tale incontro, dal titolo "Comprendere lo Sviluppo Sostenibile in Sanità per agire al quotidiano", tenutosi il 18.12.2009, e condotto da Philippe Perin, primo ecoinfermiere francese, hanno partecipato 19 operatori, provenienti sia dagli ospedali sia dal territorio dell'ASL. Gli argomenti trattati concernevano lo stato di avanzamento dei progetti di Sviluppo Sostenibile in Sanità a livello europeo, è stato proiettato un video prodotto dalla C2DS ed è stato distribuito un manuale dal titolo "Guide des pratiques vertueuses" sempre prodotto dalla C2DS.

L'Asl 1 Imperiese ha aderito venerdì 12 febbraio 2010 alla sesta edizione della giornata per il risparmio energetico "M'illumino di meno", organizzata dalla popolare trasmissione radiofonica "Caterpillar" di RAI Radio 2. Per l'occasione il gruppo ha elaborato, così come già fatto in altre aziende ospedaliere italiane, un decalogo di azioni virtuose.

Per l'occasione è stato inaugurato sul sito intranet aziendale uno spazio dedicato alla "Sanità Eco-sostenibile" che è diventato un canale di informazione e soprattutto di ascolto in quanto la casella di posta elettronica ecoidee@asl1.liguria.it è utilizzata assai frequentemente per far pervenire idee, proposte, suggerimenti e/o per entrare a far parte del gruppo di lavoro.

Ad oggi, 30 Marzo 2010, lo spazio è stato visto 532 volte e sono pervenute numerose proposte; alcuni dipendenti hanno chiesto di entrare nel gruppo di lavoro che si è allargato a 23 persone.

Il gruppo formato principalmente da infermieri ed operatori sanitari si sta riunendo a cadenza mensile presso la sede amministrativa dell'Asl e sta elaborando gli obiettivi e le priorità su cui lavorare per l'anno 2010, in considerazione delle attività già avviate e delle proposte che stanno giungendo attraverso la casella di



Eco Decalogo Aziendale

posta elettronica.

Il 1° marzo 2010 è stata attivata una commissione aziendale per stimolare il massimo utilizzo possibile dei supporti informatici presenti già in tutte le strutture aziendali. Quanto sopra anche per ridurre al massimo l'utilizzo improprio di carta.

La Direzione dell'Area Ospedaliera già da qualche mese comunica quasi esclusivamente con posta elettronica.

Si stanno delineando le seguenti azioni per il 2010:

EDUCAZIONE, PROMOZIONE ALLA SALUTE; FORMAZIONE

Azioni concrete di sensibilizzazione all'interno delle strutture ospedaliere e territoriali ed incontri per ambito. Creazione di competizioni tra le varie strutture per stimolare la riduzione dell'uso di materiale come per esempio la creazione di un "Gran Premio della Carta" con premi simbolici ma stimolanti una competizione. E' prevista inoltre la partecipazione, con la presentazione di una comunicazione – poster sulle nostre esperienze circa lo sviluppo sostenibile, alla 18° Conferenza internazionale HPH, Manchester

14-16 aprile 2010.

RIFIUTI

Ampliare la separazione carta – plastica – imballaggi a tutti gli ospedali.

ACQUISTI RESPONSABILI (GREEN PUBLIC PROCUREMENT – ACQUISTI VERDI)

Applicazione della normativa nazionale, che dovrebbe essere recepita a livello regionale entro breve, che prevede che le Amministrazioni pubbliche debbano riservare almeno il 30% dei propri approvvigionamenti a prodotti e servizi ecocompatibili. I bandi ed i capitolati di gara dovranno prevedere criteri ambientali che permettano di scegliere quelle forniture più rispettose dell'ambiente.

ECOCOSTRUZIONI

Lo studio di fattibilità del nuovo ospedale del quale abbiamo parlato precedentemente è già orientato verso i concetti di ecosostenibilità, soprattutto per quanto riguarda la necessità di condizionamento e climatizzazione.

Costruire un nuovo Ospedale Eco-sostenibile significa che l'Ospedale deve essere in armonia con l'ambiente circostante, che debbano essere scelti prodotti, sistemi e

procedure di costruzione sostenibili associati ad uno studio di impatto ambientale dei prodotti utilizzati, che debbano essere previsti cantieri a basso impatto ambientale.

Gestire un nuovo ospedale Ecosostenibile vuol dire che deve essere prevista una Ecogestione dell'energia, dell'acqua, dei rifiuti e delle manutenzioni.

Devono essere tenuti sempre in considerazione il comfort igrotermico, acustico e visuale oltre che gli obiettivi generali di qualità sanitaria degli ambienti, dell'aria e dell'acqua.

CONCLUSIONI

Un percorso è stato tracciato seguendo un'idea che sicuramente unisce tutti, ma che ha molte difficoltà per essere trasformata in azioni pratiche.

Tutti siamo d'accordo che qualcosa deve essere fatto per l'ambiente, ma troppo spesso aspettiamo che qualcosa ci venga proposto e/o imposto per agire nelle nostre realtà.

Agiamo subito a livello locale, creiamo una rete di operatori della sanità, teniamoci in contatto e scambiamoci delle esperienze pratiche per poterle applicare a livello locale. La nostra piccola e giovane esperienza dimostra come basti la volontà di pochi per cominciare un cammino che si presenta certamente difficile ma che deve essere percorso se vogliamo attivamente partecipare alla lotta per la salvaguardia dell'ambiente.

"Ich werde meinen weg fortsetzen"

Io continuerò la mia strada

Kafka

BIBLIOGRAFIA

Guide 2009 des Pratiques Vertueuses C2DS

Soluzioni per la sanità

Sistema IPC Sanivap



Sanivap rivoluziona i protocolli del cleaning e disinfezione mediante dispositivi e sistemi che utilizzano la forza del vapore per igienizzare e disinfettare le diverse aree in sanità. Un sistema che non usa detergenti o disinfettanti chimici già utilizzato in centinaia di ospedali in Europa e validato in strutture di eccellenza in Italia. Studi scientifici ne certificano l'efficacia disinfettante, la maggiore produttività e il rispar-

mio rispetto ai metodi tradizionali. Sanivap è conforme alla direttiva CE-DM93/42 (dispositivi medici), il dispositivo è registrato presso il Ministero della Salute: nr. 304235.

Disponibile documentazione su richiesta.

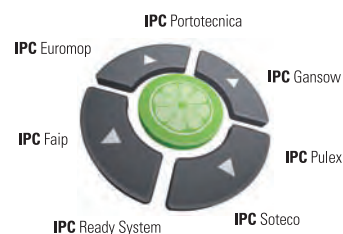
info: 0421.205511

www.ipcleaning.com/ipcsanivap



IPC

Integrated Professional Cleaning



Esperienze di percorsi dell'urgenza

Riassunto

Molti Paesi Occidentali stanno introducendo possibili innovazioni organizzative per affrontare la crescente frequenza di accesso ai Dipartimenti di Emergenza (ED), soprattutto relativa ai codici di minor gravità (le condizioni di reale urgenza vengono infatti sempre gestite tempestivamente). Abbiamo analizzato la letteratura relativa alle criticità dei ED e schematizzato alcune fra le proposte più significative per la gestione organizzativa dei percorsi dell'emergenza-urgenza.

Sebbene siano state formulate svariate strategie nessun ED è stato in grado di realizzarle concretamente riducendo in modo significativo i tempi di attesa. Inoltre nonostante il sovraccollamento dei ED sia un punto di debolezza universalmente distribuito in tutti i Paesi industrializzati, per molte istituzioni e/o dirigenti del settore, non viene ancora considerato una delle priorità sanitarie da affrontare.

A. Appicciafuoco*; **A. Alessandri***; **S. Brugnoli***; **E. Carucci****;
S. Naldini*; **V. Vinante****

* Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio - ASL 10 Firenze

** Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva - Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

INTRODUZIONE

L'Ospedale ed il Pronto Soccorso hanno assunto negli anni una dimensione rassicurante per l'efficacia diagnostica e terapeutica fornita, e la competenza e la complessità di assistenza erogate da queste strutture, sono ormai ritenute necessarie per risolvere qualsiasi bisogno di salute. Secondo la FIMEUC (Federazione Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza e delle Catastrofi) sono circa 30 milioni i soggetti che ogni anno accedono ai Pronto Soccorsi italiani, dei quali il 15-20% critici ed instabili (codici rossi e gialli), il 60-75% con patologia a media-alta complessità di cura (codici verdi) e il 20-25% non urgenti, con patologia minore (codici azzurri e bianchi).⁽¹²⁾

Negli anni '60 le ammissioni nei presidi ospedalieri avvenivano es-

senzialmente per accessi di tipo programmato; l'attività ospedaliera era concentrata dal lunedì al venerdì dalle 9 a.m. alle 17 p.m.

Ma già dalla metà degli anni '80 gli organi scientifici dei vari Paesi cominciarono a porsi il problema del sovraccollamento (overcrowding) dei Pronto Soccorsi. Nel 1987 a New York fu organizzata infatti la prima conferenza sull'overcrowding dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza (ED). L'overcrowding è ormai una realtà stabile ed omogenea in tutto il mondo e costituisce un punto critico nella qualità e nell'outcome delle cure rivolte alla popolazione.

Tutti i Paesi occidentali stanno introducendo possibili innovazioni organizzative per affrontare la crescente frequenza di accesso ai ED, soprattutto relativa ai codici di minor gravità. Le condizioni di reale urgenza

infatti (codici rossi e gialli) ovunque vengono gestite nei tempi adeguati secondo i protocolli internazionali. Il tempo di permanenza nei ED per gli utenti non indirizzati al ricovero, è invece omogeneamente troppo elevato e non rispetta gli standard internazionali previsti (4 ore a decorrere dalla accettazione amministrativa). Il sovraccollamento è un fenomeno universale sebbene caratterizzato da problematiche legate a condizioni locali quali la disponibilità di posti letto per acuti, di risorse umane e tecnologiche e l'organizzazione interna dei processi intra-ospedalieri. Molti sono però i punti di debolezza comuni che lo determinano.

MATERIALI E METODI

Abbiamo analizzato la letteratura relativa alle criticità dei ED. I dati "ufficiali" disponibili circa l'afflusso ai Pronto Soccorsi italiani ed ancor di più a quelli stranieri, sono molto scarsi se non addirittura assenti. Fino ad oggi non esisteva un sistema standardizzato di raccolta e comunicazione dei dati. Gli ultimi dati disponibili provengono dall'Annuario Statistico Nazionale che solo per il 2003, ha rilevato il tasso di ricorso al Pronto Soccorso per tutte le Regioni, con le relative % di ricovero. In quell'anno circa 23 milioni di italiani hanno fatto ricorso ai ED con una % di ricovero del 19.23%.⁽¹⁴⁾

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il 17 dicembre del 2008 ha emanato un decreto per l'istituzione di un sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza

**PAROLE CHIAVE:**

Dipartimenti di Emergenza; percorsi d'urgenza; overcrowding

sanitaria in emergenza-urgenza. Dal 1 gennaio 2012 il conferimento di questi dati è compreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato. ⁽⁵⁾

L'Unione Europea ha lanciato alcuni progetti aventi il comune obiettivo di identificare i dati da includere nei sistemi informativi dell'emergenza allo scopo di renderli comparabili e di effettuare dunque scambi di comunicazioni fra i paesi membri. Nel 2004 ad esempio è stato istituito l'European Emergency Data con lo scopo di identificare alcuni comuni indicatori nell'ambito dei servizi di medicina dell'emergenza. Fra gli indicatori più importanti sono stati considerati il tempo di risposta per i casi di maggior gravità, il tasso di risposta annuo sempre per i casi di maggior gravità, il tasso annuo di interventi di ALS (Advance Life Support) e la disponibilità oraria annua del personale ELS (Emergency Life Support). ⁽⁴⁾

Analizzando i vari lavori presenti in letteratura abbiamo cercato di schematizzare le problematiche presenti omogeneamente in tutti i ED ed abbiamo poi evidenziato le proposte più significative per un miglioramento della gestione organizzativa dei percorsi dell'emergenza-urgenza.

RISULTATI

L'American College of Emergency Physicians (ACEP) ha pubblicato nel 2008 un report sulle problematiche relative all'overcrowding definendo quest'ultimo come quella condizione in cui le cure di emergenza vengono ritardate a causa

di una congestione dei pazienti in attesa. ⁽¹⁾ Vi sono delle scale di valutazione quantitative che danno una misura precisa del grado di sovraffollamento di un ED. ⁽⁸⁾

Tre grossi elementi determinanti gravitano intorno al sovraffollamento nei ED: i fattori di accesso, quelli di processo e quelli di esito. I primi sono legati alle fonti, all'afflusso dei pazienti, i secondi riflettono i "colli di bottiglia" che si verificano all'interno dei ED e gli ultimi invece riguardano le problematiche relative ad altri settori dell'assistenza, che possono provocare delle ricadute sull'efficienza dei ED. ⁽²⁾

Le *criticità in ingresso* sono rappresentate essenzialmente da 3 cause:

- Codici di minor gravità: una metanalisi che prende in esame diversi studi indica comunque che l'afflusso degli utenti con disturbi di minor gravità *non* può essere considerato uno dei motivi sostanziali del sovraffollamento nei ED
- "Frequent visitors": i soggetti che si presentano più di 4 volte all'anno allo stesso ED. Rappresentano il 14% delle visite dei ED
- Picchi di afflusso legati ad eventi particolari (ad es. influenza stagionale)

Le *criticità di processo* sono invece fondamentalmente rappresentate dai seguenti punti:

- Scarsità di risorse umane: è stato stimato che in media un infermiere prende in carico circa 4 pazienti contemporaneamente,

mentre un medico circa 10 (dati relativi ad una metanalisi americana)

- Ritardi nei servizi ausiliari del ED come la diagnostica per immagini, il laboratorio di analisi, le consulenze specialistiche
- Organizzazione interna dei processi del ED (es. triage, see and treat, fast to track.....)

Le *problematiche in uscita* sono collegabili a:

- Scarsità di posti letto. In tutti i Paesi occidentali c'è stata una progressiva riduzione di posti letto per acuti. In Germania siamo a 6.2 pl ogni 1000 abitanti, in Irlanda e in USA 3.1, da noi 4.5 compreso i letti per lungodegenza (che dovrebbero essere circa 1 pl per 1000 abitanti) ⁽³⁾
- Difficoltà nella uscita dei pazienti sia verso il proprio domicilio con trasporto assistito-sociale o sanitario, sia soprattutto, verso il ricovero in area critica o nei reparti di degenza ordinaria. Quando i pazienti non possono essere trasferiti dal ED ai reparti (o al domicilio) essi occupano non solo lo spazio fisico, ma soprattutto assorbono risorse professionali, riducendone la disponibilità agli utenti in attesa.

Fra le varie soluzioni proposte negli articoli esaminati, ve ne sono alcune applicabili anche a livello locale, o almeno idealmente sostenibili.

Si potrebbero suddividere gli interventi possibili in tre categorie, quelli connessi con un'implementazione delle risorse, quelli legati alla fase gestionale ed organizzativa dei ED e quelli invece prettamente strutturali. L'ACEP nel 2007 ha istituito una task force per studiare il fenomeno universale dell'overcrowding dei ED proponendo alcune soluzioni, suddividendole in "soluzioni ad elevato impatto", "soluzioni integrative" e "soluzioni non efficaci." ⁽¹⁾



Tabella 1. Proposte di miglioramento dell'organizzazione interna dei ED ^{(1);(3)}

MIGLIORAMENTO ORGANIZZAZIONE INTERNA ED	
SOLUZIONI AD ELEVATO IMPATTO ACEP 2008	
Descrizione soluzione	Risultato atteso
Ammissione diretta in alcuni reparti	Leggera decongestione dei ED senza aggravare troppo carico di lavoro dei reparti
Dimissioni entro le ore 12.00 a.m. e creazione Discharge Room	Decongestionamento medio-elevato dei ED
Riprogrammazione chirurgia d'elezione	Decongestione dei ED nel lunedì, giorno in cui mediamente si registra un maggior afflusso
REFORMING EMERGENCY CARE NHS 2001	
Descrizione soluzione	Risultato atteso
Modello "See and Treat"	Presa in carico immediata (medica o infermieristica) del paziente con gravità minore con riduzione dei tempi di attesa e miglioramento della qualità percepita dal cittadino

Moltissime sono poi le proposte che provengono dall'Inghilterra dove il NHS ha investito negli ultimi anni ingenti risorse per ridurre il tempo di attesa e migliorare la percezione da parte dei cittadini dei servizi di emergenza.

LE POSSIBILI SOLUZIONI

Il potenziamento delle risorse:

- Un incremento delle risorse potrebbe essere rivolto all'assunzione di nuovo personale sia infermieristico che medico per ridurre il carico di lavoro, diminuire il tempo di attesa degli utenti e migliorare anche la qualità e la sicurezza dell'assistenza erogata
- Appare necessario anche un potenziamento dei posti letto disponibili
- Non meno rilevante risulta essere l'ampliamento dei servizi ausiliari

ai ED come il laboratorio di analisi e la diagnostica per immagini, che ovunque rappresentano una delle cause principali dei ritardi nella dimissione dei pazienti dai ED. Accrescere risorse per migliorare questi servizi potrebbe portare ad una cospicua riduzione dei tempi di attesa.⁽⁷⁾

Il miglioramento dell'organizzazione interna dei ED: ^{(1);(3)}

L'ACEP elenca inoltre una serie di *interventi integrativi* che potrebbero migliorare il flusso all'interno dei ED e che riguardano l'organizzazione interna dei percorsi dell'emergenza-urgenza. Molteplici studi prevedono una revisione del modello del triage che a tutt'oggi è considerato una delle cause di affollamento e ritardo nella presa in cura degli utenti. Per alcuni autori il triage dovrebbe divenire addirittura medico in modo da

trattare immediatamente i pazienti e ridurre il tempo di attesa soprattutto per i codici di minor gravità. Un altro intervento utile potrebbe essere il modello del "fast track" in cui, subito dopo il triage, pazienti selezionati vengono allontanati dal ED ed indirizzati dallo specialista di riferimento per le proprie patologie. Questo modello potrebbe aiutare a decongestionare l'attesa ma potrebbe anche portare ad un aumento degli accessi impropri per cui si consiglia l'applicazione di un ticket come deterrente. L'*Osservazione Breve Intensiva (OBI)* rimane uno dei suggerimenti integrativi per alleggerire l'affollamento nei ED. Essa deve essere costituita da un'area possibilmente adiacente al ED, ove i pazienti possano sostare in attesa di definizione diagnostica e per un'ulteriore osservazione clinica intensiva per non più di 24 ore. Questo model-



lo può divenire funzionale solo nel caso in cui tale area non si trasformi in un settore in cui i pazienti accettati al ED sostino per indisponibilità di posti letto nel resto dell'ospedale. Numerosi autori propongono un modello di "bed management" o "bed czar" per seguire la gestione del turn over dei posti letto ^{(1);(6)}. L'età media della popolazione si è fortemente allungata e molti sono i soggetti che convivono con significative comorbidità e difficili situazioni socio-familiari, per cui anche il processo di dimissioni si è sempre più frequentemente complicato. Per questo vari autori propongono l'istituzione di un team che abbia come scopo quello di assicurare ai ricoveri acuti la risposta assistenziale più appropriata e tempestiva, garantendo anche lo scorrimento dei vari flussi intra-ospedalieri. Idealmente tale team dovrebbe essere una struttura indipendente dalla direzione del presidio ospedaliero stesso. Il sistema di bed management dovrebbe identificare strategie atte a coinvolgere le risorse territoriali e a favorire un precoce rientro in famiglia o in strutture protette dei pazienti ricoverati.

Le soluzioni strutturali:

- Molti ospedali hanno ampliato i loro ED per incrementare la propria capacità ricettiva, ma non hanno comunque risolto il loro problema di sovraffollamento. Questo perché l'aumento dell'offerta, anche in ambito sanitario, implica sistematicamente un corrispondente aumento della domanda. ⁽¹⁾
- Per diversi autori rimane però comunque valida la soluzione di separare strutturalmente i percorsi assistenziali dell'emergenza, creando due linee distinte per la gestione dei casi più gravi e di quelli considerati a minor rischio. Chiaramente queste indicazioni progettuali sono facilmente appli-

cabili solo sui nuovi sistemi ospedalieri concepiti e organizzati senza particolari vincoli edilizi.

Nonostante tutto per molte istituzioni e/o dirigenti del settore sanitario il sovraffollamento dei ED non è considerato una delle priorità da affrontare. Ad esempio la riduzione dei tempi di attesa nei ED non è prevista per il 2008 fra i National Patient Safety Goals della Joint Commission.

Forse principalmente per il fatto che comunque l'assistenza per le patologie a maggior gravità viene sempre fornita tempestivamente e l'attesa risulta essere prolungata solo per i codici di minor gravità. ⁽⁶⁾

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

In tutto il mondo i diversi modelli organizzativi non sono riusciti ad evitare o a contenere l'overcrowding dei pronto soccorso e l'eccessiva lunghezza dei tempi di permanenza, degli utenti non destinati al ricovero, all'interno degli ED.

Soltanto in Inghilterra si sono ottenuti discreti successi a fronte di importanti investimenti sui tempi di permanenza tanto che il 95% dei pazienti viene rinviato al domicilio entro 4 ore. In Italia la % è superiore al 70% e arriva all'83% nel caso di Siena dopo che è stata attivata una discharge room molto impegnativa sul piano economico. In Italia ed in Europa tre quarti dei pazienti vengono licenziati entro le 4 ore. Ciò nonostante si presenta come un problema la permanenza oltre le 4 ore di un quarto dei pazienti. Dobbiamo considerarlo come tale e quindi cercare di risolverlo, oppure è doveroso imporsi una riflessione: è così scandaloso che per dare una risposta ad un codice minore a volte possano essere necessarie anche 5-6 ore (perché raramente si supera questo tempo di permanenza) trascorse le quali il paziente esce con una diagnosi e una

terapia appropriate quasi sempre senza aver pagato alcunché, quando il percorso alternativo per arrivare allo stesso punto sarebbe molto più lungo (giorni e forse settimane) e in taluni casi con significativa contribuzione alla spesa sanitaria. La seconda considerazione da fare è questa: la domanda è appropriata o no? Questo è un falso problema perché il cittadino-paziente ha diritto di recarsi dove meglio crede quando sente di avere un problema di salute. Vogliamo dire che la situazione al momento è questa perché questa è l'organizzazione sanitaria attuale. Non sta al cittadino-paziente organizzare percorsi sanitari; questo è un compito istituzionale dei Ministeri, delle Regioni, dei Comuni, delle Aziende Sanitarie. In alcuni Paesi vi è una organizzazione territoriale forte, in altri no, in tutti vi è un enorme afflusso agli ED. La considerazione logica conseguente è che i servizi territoriali non danno risposte soddisfacenti, cosa della quale non possiamo e non dobbiamo dare la colpa al cittadino-paziente. Possiamo chiederci se è opportuno un re-engineering dei servizi territoriali nel tentativo di invertire la tendenza o piuttosto, preso atto che questo è lo scenario nel quale muoversi, migliorare l'attuale organizzazione senza alterarne i modelli. L'analisi dei diversi servizi sanitari evidenzia che non vi sono sostanziali differenze fra Paesi con organizzazione territoriale potente e Paesi laddove questa è debole o non c'è. Del resto anche in Italia la differenza del numero di accessi agli ED in regioni con diverse organizzazioni territoriali non è significativa. A questa considerazione se ne deve aggiungere una seconda. Quale dovrebbe essere la nuova organizzazione territoriale efficace a risolvere l'overcrowding agli ED? Che costo in termini di risorse economiche e di risorse intellettuali avrebbe tale processo di riordino?



Che tempi sarebbero necessari per arrivare a praticare il nuovo modello organizzativo?

Sono domande difficili alle quali forse è impossibile rispondere.

La nostra opinione è la seguente: nel mondo occidentale vi è una situazione che è realistico accettare per tale, alla quale è necessario dare soluzioni migliorative praticabili in tempi medio-brevi accettato come postulato il fatto che il ricorso all'ospedale è un trend irreversibile perché dà più garanzia di sicurezza e di appropriatezza in tempi alla fine molto brevi al cittadino-paziente.

Gli ED oggi danno un'ottima e immediata risposta ai codici maggiori. Il problema è rappresentato esclusivamente dai codici minori.

Non diciamo più che sono accessi impropri a cui potremmo dare risposta in modo diverso. Dobbiamo pensare ad un modello organizzativo diverso da quello in essere nella maggior parte dei Paesi evoluti, oppure sceglierne uno dei meno critici.

Forse vale la pena di replicare il modello inglese che ha portato a dare una buona risposta entro le 4 ore nel 95% dei casi: attiviamo il "see and treat", il "fast track", l'"OBI", il "bed management" e la "discharge room". Prima ancora attiviamo la separazione dei percorsi fra codici maggiori e codici minori sempre gestiti della stessa struttura (ED).

Rimane da considerare la sostenibilità economica del sistema perché non vi è dubbio che per adeguare il sistema alla domanda si debbano investire risorse che non sono infinite.

Se ci riferiamo al modello italiano, dando per scontata una non significativa variazione del sistema per cui ci sono e ci saranno i medici di medicina generale e i presidi ospedalieri, è necessario prevedere un contenimento della spesa a fronte di un prevedibile aumento della domanda, tanto maggiore quanto più fluido e

migliore sarà il servizio offerto.

Per adeguare i nostri ED al livello minimo di richiesta sono necessari notevoli investimenti per la costruzione di nuovi ED o la ristrutturazione di ED già esistenti e per l'adeguamento tecnologico e l'incremento di risorse umane dedicate, necessarie per adeguare la risposte alle domanda. A nostro parere è *condicio sine qua non* per la sostenibilità del sistema la stesura di protocolli in cui sono precisati in modo puntuale gli interventi diagnostici e terapeutici da offrire, l'esazione di quota di partecipazione alla spesa dovuta per legge, infine una possibile migliore integrazione fra medici dell'ED, ivi compresi i nostri 118isti, e i medici di medicina generale. Può darsi che vi siano anche altre alternative tecniche che ora a noi sfuggono, o che siano praticabili in futuro; alla fine migliorando al massimo possibile il sistema è necessario accettare che la sostenibilità del sistema non può permettere risultati diversi e migliori di questi ottenuti. E' necessario l'intervento coraggioso degli amministratori politici e tecnici che stressino il concetto della bontà del servizio offerto *versus* altre alternative, seppure non si dovesse rispettare il fatidico limite delle 4 ore. Concludiamo con la citazione di una massima che ben esemplifica il concetto: "perdere un treno non è più un problema da quando ho smesso di corrergli dietro".

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1) *America College of Emergency Physicians (ACEP) 2008. Emergency Department Crowding: high-impact solutions.*

2) *Hoot N.R, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. Annals of Emergency Medicine. Vol. 52 n° 2 2008; 126-136*

3) *Jayaprakash N. O' Sullivan R, Bey T, Ahmed S, Lotfipour S. Crowding and*

Delivery of Healthcare in Emergency Departments: the European Perspective. Western Journal of Emergency Medicine. Vol. X n° 4 2009; 233-239

4) *Krafft T, Castrillo L.G, Edwards S et al. European Emergency Data Project (EED Project) EMS data-based Health Surveillance System. European Journal of Public Health Vol. 13 n° 3 2003; 85-90*

5) *Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Decreto 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza"*

6) *Moskop J.C, Sklar D. P, Geiderman J.M, Schears R.M, Bookman K.J. Emergency Department Crowding, Part 2- Barriers to Reform and Strategies to Overcome Them. Annals of Emergency Medicine Vol. 53 n° 5 2009; 612-617*

7) *Royal College of Physicians London. Review date 2008. The Emergency Department: Medicine and Surgery Interface Problems and Solutions. A report of the working party.*

8) *Weiss S.J, Ernst A.A, Nick T.G. Comparison of the National Emergency Department Overcrowding Scale and the Emergency Department Work Index for Quantifying Emergency Department Crowding. Academic Emergency Medicine. Vol. 13 n° 5 2006; 513-518*

9) http://www.eusem.org/Pages/Home/EuSEM_home.html

10) <http://www.ncepod.org.uk/>

11) <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/emergency/>

12) <http://www.fceonline.it/home-mainmenu-1/>

13) http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/MDS_MATTONI_SSN_milestone_1.1_Ricognizione_normativa_v1.0.pdf

14) http://www.istat.it/dati/catalogo/20081112_00/PDF/cap3.pdf



COOPERATIVA
L'OPEROSA

da oltre **50** anni al
servizio della qualità

PRONTI PER UN
CONFRONTO DIRETTO
TRA DOMANDA E
OFFERTA NEL
MERCATO DEL
FACILITY
MANAGEMENT.
ABBIAMO ARRICCHITO
IL NOSTRO KNOW
HOW DI NUOVE
COMPETENZE
SPECIALISTICHE CHE
CI CONSENTONO DI
CANDIDARCI
COME UNICO
INTERLOCUTORE PER
LA GESTIONE DEI
SERVIZI ALL'EDIFICIO E
ALLA PERSONA



**L'alveare
dei
servizi**

Altri principali servizi offerti:

- Servizi di Igiene Ambientale e Sanificazione in ambito Ospedaliero
- Pulizie civili e industriali
- Gestione e Manutenzione Verde
- Gestione Parcheggi e Sosta su strada
- Servizio Ambientali e Trattamento rifiuti

L'Operosa s.c.a.r.l.

Via Don Minzoni 2 - Cadriano di Granarolo dell'Emilia (BO)
Tel. 051/ 60 47 600 - Fax 051/ 60 47 699 - info@operosa.it - www.operosa.it

L'Accreditamento dei Percorsi clinico-organizzativi e gestionali

Riassunto

L'obiettivo del presente lavoro è di illustrare l'esperienza in atto nella Regione Piemonte per quanto riguarda lo sviluppo dell'Accreditamento Istituzionale nelle strutture pubbliche e private. In particolare viene descritta l'evoluzione nelle procedure di verifica delle Aziende Sanitarie, verso la logica dei Processi/Percorsi definiti nei loro contenuti essenziali a livello regionale. Sono anche considerati il coinvolgimento fondamentale dei professionisti delle Aziende Sanitarie, opportunamente formati, nel ruolo di verificatori esterni e la partecipazione da parte degli utenti, con il conseguente impatto positivo sul miglioramento della Qualità nelle organizzazioni di riferimento.

Franco Ripa*, Roberto Vola*, Oscar Bertetto*

* A.Re.S.S. Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari

Introduzione

L'impegno assunto all'inizio del secolo dall'American College of Surgeon per "standardizzare la struttura ed il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la Qualità del loro lavoro. In tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e la gente avrà qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che s'ispirano ai più alti ideali della medicina" (Terzo Congresso dei Chirurghi del Nord America, 1912), ha di fatto costituito l'avvio del sistema di Accreditamento delle strutture sanitarie. Secondo JCAHO (1999), l'Accreditamento è un processo nel quale una organizzazione esterna alle strutture sanitarie, usualmente non governativa, valuta un'organizza-

zione sanitaria per determinare se corrisponda ad un insieme di standards finalizzati a mantenere e migliorare la Qualità dell'assistenza sanitaria.

L'obiettivo del presente lavoro è di illustrare l'esperienza in atto nella Regione Piemonte per quanto riguarda lo sviluppo dell'Accreditamento Istituzionale nelle strutture pubbliche e private. In particolare viene descritta l'evoluzione nelle procedure di verifica delle Aziende Sanitarie, verso la logica dei Processi/Percorsi definiti nei loro contenuti essenziali a livello regionale. Sono anche considerati il coinvolgimento fondamentale dei professionisti delle Aziende Sanitarie, opportunamente formati, nel ruolo di verificatori esterni e la partecipazione da parte degli utenti, con il conseguente impatto positivo sul miglioramento della Qualità nelle organizzazioni di riferimento.

LA LOGICA DELL'ACCREDITAMENTO NEI SERVIZI SANITARI

Negli Stati Uniti nel 1951 nasce la Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH) che nel giro di due anni pubblica i suoi primi "Standards for Hospitals Accreditation", riguardanti requisiti minimi di strutture e competenze degli enti erogatori di servizi sanitari.

Tuttavia bisogna attendere il 1965 quando, attraverso il Medicare Act (e con il successivo programma Medicaid), lo Stato federale riconosce la validità all'Accreditamento rilasciato dalla JCAHO.

E' proprio in conseguenza dell'attivazione dei programmi Medicare e Medicaid (che finanziano a livello federale l'assistenza ospedaliera per anziani ed indigenti) che la politica di Accreditamento si evolve passando dalla logica dei requisiti minimi a quella degli standard mirati a promuovere e mantenere la Qualità delle cure, attraverso l'analisi, il controllo e la valutazione delle pratiche cliniche esistenti.

La concretizzazione di questa politica avviene nel 1970, con la pubblicazione del primo "Accreditation Manual of Hospitals".

In tal senso la logica dell'Accreditamento è oggi diffusa in molti Paesi del mondo (Scrivens, 1997), seppure con accezioni difformi. In Italia l'Accreditamento è stato introdotto con le leggi di riforma sanitaria dei primi anni '90 come sistema di "regolazione" delle strutture pubbliche e private per quanto riguarda l'accesso al mercato delle prestazioni,

**PAROLE CHIAVE:**

Accreditamento, Percorsi, Qualità

ma in parallelo è stato anche interpretato come un sistema di "autoregolazione" professionale; è soprattutto con questa ultima accezione che si inserisce nell'ambito degli strumenti del governo clinico.

In realtà l'Accreditamento è uno dei sistemi di valutazione esterna (Morosini, 2004) e deve essere interpretato in una logica di modelli di riferimento (autorizzazione, Accredimento istituzionale, certificazione, Accredimento professionale, EFQM, ecc.) che possono avere cogenze, ambiti ed obiettivi simili o diversi.

LA EVOLUZIONE DEL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE NELLA REGIONE PIEMONTE

In Regione Piemonte l'Accreditamento istituzionale ha mosso i primi significativi passi nel 2000, quando la D.C.R. 616 ne ha definito i requisiti minimi ed ulteriori e le modalità procedurali.

Il Manuale di Accredimento è stato invece approvato nel Settembre 2001: il Manuale principalmente recepisce i requisiti della D.C.R. e di altre intercorse D.G.R., definiva le modalità di adeguamento ai requisiti e le attività/macroattività accreditabili e quindi oggetto di verifica.

Il Manuale di Accredimento propone una lettura verticale delle strutture sanitarie, riferendosi i requisiti alle singole Unità Operative/macroattività.

Nel Novembre 2001 sono state avviate le prime verifiche, ineren-

ti per tutta una prima fase durata fino al 2004 le sole strutture private: Case di Cura e Poliambulatori. Le verifiche hanno interessato per ogni Struttura tutte le Unità Operative/macroattività per cui il Manuale prevedeva dei requisiti, formulando una valutazione di conformità o non conformità ai singoli requisiti.

Alle Aziende veniva consegnato un rapporto di verifica riportante le Non Conformità, da superare di norma in 30 giorni per consentire il prosieguo della procedura fino all'Accreditamento (concesso alla Struttura con apposita D.G.R.). A tutt'oggi sono state effettuate, nel settore privato, più di 170 verifiche.

L'APPROCCIO PER PROCESSI E PERCORSI

Nella Primavera 2004 l'Assessorato alla Salute ha manifestato l'intenzione di coinvolgere nelle attività di Accredimento anche il settore pubblico. Da subito si è sottolineato come il modello di verifica fino a quel momento adottato era di difficile applicazione per le strutture pubbliche.

La complessità e l'articolazione delle Aziende Sanitarie rendeva difficile la puntuale verifica di tutte le Unità Operative/macroattività.

La lettura "verticale" dell'Azienda non consentiva poi di prendere in considerazione in maniera adeguata come l'Azienda si organizzava per rispondere ai bisogni di salute degli utenti, bisogni macro o per specifica patologia. In tale ambito ricorreva quindi una domanda: perché non prevedere nelle verifiche

per l'Accreditamento l'analisi su come le Aziende Sanitarie rispondono a specifici problemi di salute?

Nel contesto aziendale quello che si concretizza realmente è infatti un insieme di processi di diagnosi, terapia ed assistenza che hanno nel paziente il riferimento costante, secondo la logica del Percorso.

Successivamente l'ipotesi è stata articolata e sostenuta con specifici atti normativi.

Infatti la D.G.R. 33-11943 del 08.03.2004, avente ad oggetto la sperimentazione del processo di Accredimento delle strutture pubbliche, ribadiva al riguardo:

..omissis.. "la finalità dell'Accreditamento non è solo la verifica della rispondenza ai criteri prestabiliti, ma anche la promozione della Qualità, dell'efficienza nonché dell'efficacia, particolarmente attraverso il miglioramento dell'organizzazione"... omissis... ed ancora: ...omissis...

"Le procedure e le modalità di verifica dovranno essere strettamente correlate alla specificità dell'organizzazione delle strutture pubbliche"... omissis...

L'ipotesi operativa di verificare come nelle Aziende Pubbliche erano gestiti alcuni specifici Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, individuati in una prima fase dalle Aziende stesse, sembrava volesse rispondere in modo più compiuto al mandato istituzionale.

Verificare la risposta ai problemi di salute significava, in pratica, accertarsi come venivano nella pratica sviluppati i Percorsi di riferimento e in particolare:

- se gli stessi erano stati definiti da un appropriato gruppo di lavoro (approccio per processi multidisciplinare e multiprofessionale)
- se erano strutturati adeguatamente (criteri di inclusione, snodi decisionali ed episodi assistenziali, ambiti di assistenza e traguardi assistenziali, ecc)

- se facevano riferimento a indicazioni diagnostico-terapeutiche basate sull'evidenza scientifica (quando disponibili)
- se garantivano per alcuni passaggi macro quanto previsto in materia dalla normativa regionale (tempi di attesa, continuità assistenziale, esenzione ticket, ecc)
- se veniva definito ed attuato un sistema di monitoraggio dei Percorsi stessi.

Più in generale la verifica per Percorsi permetteva di focalizzare i processi dell'Azienda, favorendo una lettura "trasversale" della stessa (Casati e Vichi, 2002, A.Re.S.S. Piemonte, 2007). Inoltre, se il Percorso è la risposta che la struttura fornisce ad uno specifico problema di salute dell'utente, si rinforzava l'opportunità di orientare l'attività sulle richieste implicite od esplicite del cliente/paziente come elemento centrale del sistema.

La verifica per Percorsi aveva inoltre il significato di prevedere per le Aziende pubbliche, sperimentalmente, che fossero verificate con i requisiti del Manuale di Accreditemento le sole Strutture/macroattività che intervenivano nel Percorso e non tutte le strutture aziendali, immettendo nell'organizzazione una sorta di filtro ragionato di riferimento.

Con l'introduzione dei Percorsi è stata quindi presa la decisione di non verificare integralmente tutta l'Azienda, ma di selezionare solo parte delle strutture utilizzando come criterio di selezione quelle più direttamente coinvolte nella erogazione del Percorso. E' evidente che verificando nel tempo nella stessa Azienda Sanitaria più Percorsi, si creano i presupposti per analizzare conseguentemente in successione tutte le Strutture Complesse.

In occasione delle prime verifiche di Aziende pubbliche è stato deciso inoltre di revisionare sperimen-

talmente il Manuale, con alcune finalità:

- aggiornamento, per creare maggiore attenzione alle nuove tematiche emergenti (ad es. in materia di formazione)
- semplificazione, per rendere più snelle le verifiche (a cominciare da quei requisiti di normative specifiche già oggetto di vigilanza da parte di altri organi o Enti e quindi non strettamente pertinenti con l'Accreditamento)
- sottolineatura di alcuni requisiti, più relazionati con la Qualità del servizio erogato.

L'operazione è stata quindi globalmente finalizzata a conferire più concretezza alle verifiche ed a focalizzarle maggiormente su significative attività che le Aziende pubbliche avrebbero dovuto garantire.

Inoltre nella prima fase sperimentale della verifica delle Aziende pubbliche si è implementato un sistema di valutazione della gestione dei risultati delle verifiche che tenesse conto della complessità delle Aziende stesse e delle azioni correttive da intraprendere, a volte alquanto articolate.

Al termine della verifica all'Azienda veniva (e viene tuttora) consegnata una specifica relazione contenente non solo la semplice definizione delle non conformità, ma in un Documento più articolato le criticità rilevate: a questa la stessa Azienda risponde con un piano di adeguamento che definisce per ciascuna criticità riscontrata il cosa fare, il come farlo, il quando farlo e le responsabilità della realizzazione.

L'Assessorato formula un giudizio di congruità su tempi e modalità (rispetto al grado di complessità della criticità da superare): in caso di parere favorevole l'Azienda procede alla realizzazione del piano.

Al proposito va osservato che la gestione dei risultati della verifica si è rivelata una delle parti più critiche

del processo, con ritardi e problemi vari: per questa ragione si sono apportate successivamente alcune modifiche su cui si tornerà a breve. Nel maggio 2004 aveva pertanto inizio la verifica sperimentale di alcune Aziende pubbliche, con le modalità e gli strumenti sopra ricordati. La prima fase aveva termine nell'estate 2005. In questo ciclo complessivamente erano verificate 8 Aziende pubbliche, circa 25 Percorsi assistenziali ed un centinaio di Unità Operative. Va osservato che la verifica per Percorsi assistenziali ha sicuramente incontrato da subito maggior interesse ed approvazione da parte dei soggetti verificati; soprattutto è emerso un coinvolgimento più robusto dei professionisti delle Aziende Sanitarie, sia nella verifica sia nelle operazioni aziendali di adeguamento.

IL PERCORSO DI RIFERIMENTO REGIONALE

La modalità di verifica per Percorsi assistenziali, così come progettata in prima battuta, presentava però alcuni limiti. Il fatto che i Percorsi venissero scelti dalle Aziende e da queste definiti favoriva la scelta di quelli maggiormente "collaudati" e la proposta di soluzioni organizzative che partissero da considerazioni più legate alla capacità dell'offerta che alla domanda. A ritrattura nell'estate 2006 l'Assessorato alla Salute prospettava un nuovo sviluppo all'Accreditamento per Percorsi assistenziali. L'ipotesi operativa manteneva la logica della verifica per Percorsi, ma prevedeva che fosse l'Assessorato stesso ad individuare quali Percorsi dovesse essere oggetto di verifica, uguali per tutte le Aziende pubbliche e per tutto l'ambito regionale.

Inoltre veniva deciso che, per i Percorsi prescelti, appositi gruppi di lavoro formati da operatori esperti

sul tema, definissero alcune specifiche minime del processo clinico ed assistenziale.

In pratica, i Percorsi di riferimento regionali consistevano (e consistono) nell'insieme di standard minimi di processo/percorso da garantire sul territorio regionale, nella prospettiva di confronto fra il Percorso di riferimento regionale ed il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) sviluppato dall'Aziende Sanitarie oggetto di verifica.

Metodologicamente, i Percorsi di riferimento venivano rappresentati (e lo sono tuttora) con un diagramma di flusso e con una tabella esplicativa, eventualmente, di snodi ed episodi.

Nella figura 1 si riporta ad esempio il diagramma di flusso del Percorso "Protesi d'anca".

E' evidente che il Percorso di riferimento è molto più semplice del PDTA dell'Azienda Sanitaria, che può essere definito come "la migliore sequenza spazio-temporale delle attività di diagnosi, cura e riabilitazione e i traguardi attesi, al fine di gestire un problema di salute in ambito ospedaliero e territoriale dell'ASL/ASO in base alle conoscenze tecnico scientifiche e delle risorse organizzative professionali e tecnologiche a disposizione".

Gli standard minimi del Percorso di riferimento dovrebbero essere ricompresi nei PDTA delle Aziende Sanitarie pubbliche. Molti degli episodi e snodi decisionali dei PDTA aziendali invece possono non essere ricompresi nel Percorso di riferimento regionale.

Gli standard minimi di Percorso diventavano di fatto requisiti di Accreditazione e come tali devono essere pochi, chiari, oggettivabili. Inoltre i Percorsi di riferimento non contengono le soluzioni per il raggiungimento degli standard: queste sono competenza delle Aziende Sanitarie.

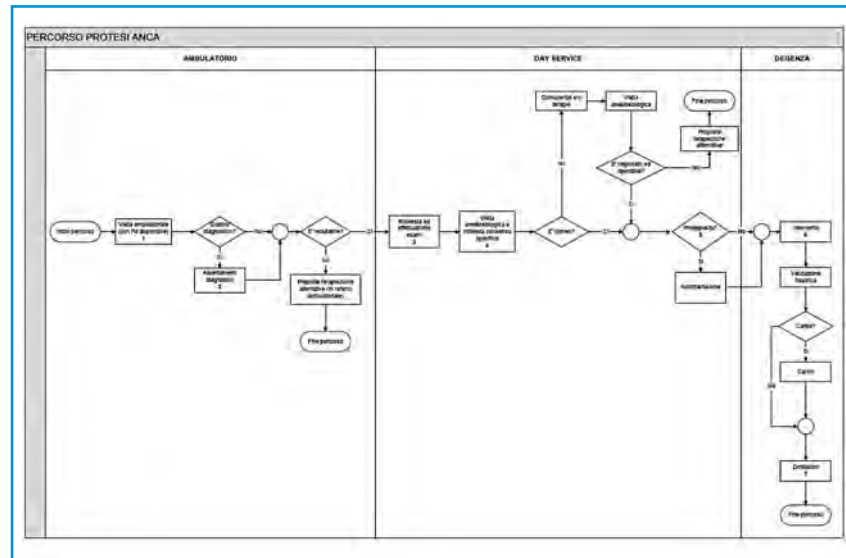


Figura 1. Diagramma di flusso Percorso protesi d'anca

Gestione clinico organizzativa del paziente: accreditamento per PERCORSI



Figura 2. Percorso nel paziente nella Azienda Sanitaria

Nella figura 2 viene presentato il modello organizzativo per la verifica di Accreditazione istituzionale.

L'Assessorato alla Salute decideva di verificare in primis i Percorsi assistenziali "Infarto Miocardico Acuto" e "Protesi d'anca" (previa definizione, come detto sopra, degli standard minimi di questi Percorsi).

I Percorsi di riferimento suggerivano inoltre la formulazione degli indicatori utilizzabili per monitorare l'applicazione (e l'efficacia, anche se con molti limiti) del Percorso. A seguire si riportano ad esempio gli indicatori individuati per l'IMA STEMI:

- tempo alla PTCA (tempo intercorso fra arrivo in P.S. e inizio procedura PTCA)

- tempo alla trombolisi (tempo intercorso fra arrivo in P.S. e inizio procedura trombolisi)

- percentuale pazienti con prescrizione aspirina entro 24 ore dall'ingresso e alla dimissione

- percentuale pazienti con prescrizione b-bloccanti entro 24 ore dall'ingresso e alla dimissione

- mortalità intra-ospedaliera per IMA (esclusi i trasferiti a e da altri ospedali)

- mortalità intra-ospedaliera per PTCA.

Occorre ancora sottolineare che sia il Percorso di riferimento sia il set di indicatori non sono mai stati considerati come indicazioni vincolanti:

costituiscono uno strumento di lettura della gestione dello specifico processo aziendale.

Alle Aziende Pubbliche viene chiesto di gestire il processo/Percorso attraverso una adeguata attività di progettazione delle attività e di gestione coerente del paziente.

Le decisioni che vengono assunte nella definizione del PDTA aziendale possono coincidere con quelle suggerite dal Percorso assistenziale di riferimento, ma possono anche differire: importante è che la decisione in tal senso sia motivata.

Analoga osservazione si può fare per l'utilizzo di indicatori: con le verifiche si chiede che venga tenuta sotto controllo l'applicazione dei Percorsi, con l'utilizzo degli indicatori suggeriti dal Percorso o con altri indicatori purchè adeguati.

Contestualmente all'introduzione della verifica con l'utilizzo di Percorsi di riferimento, veniva deciso di ritardare la struttura delle relazioni di verifica riconfermando ulteriormente il modello che, superando lo schema rigido delle non conformità, permettesse la descrizione più ampia di eventuali problemi o criticità legati alle macroattività e alla gestione del Percorso.

In tale maniera risultava inoltre più semplice valutare il successivo piano di adeguamento aziendale.

L'ESTENSIONE DELLA VERIFICA

Con l'utilizzo dei Percorsi di riferimento l'estensione della verifica doveva essere coerente al processo prescelto: in tal senso nelle Aziende si andavano a verificare le strutture che più direttamente intervenivano nel processo sotteso.

A fine 2006 veniva testato il nuovo sistema in sei Aziende Sanitarie: considerato l'esito positivo delle

verifiche, si decideva di procedere in modo sistematico. Nel 2007 è stato verificato il "Percorso IMA" in tutte le Aziende Sanitarie piemontesi. Questo ha significato che, oltre alla verifica della coerenza fra Percorso di riferimento e PDTA aziendale, sono state verificate in Piemonte, con i requisiti del Manuale di Accredimento e con il modello più tradizionale, tutte le seguenti strutture/macro-attività:

- DEA/pronto soccorso
- cardiologia (ambulatorio e degenza)
- cardiocirurgia (ambulatorio e degenza)
- UTIC
- emodinamica
- blocco operatorio (se presente cardiocirurgia)
- centrale di sterilizzazione (se presente cardiocirurgia)
- riabilitazione cardiologica
- servizio immuno-trasfusionale.

Nel 2008 e 2009 è stato invece verificato il Percorso "Protesi d'anca", con completamento entro l'inizio del 2010. Anche in questo caso, oltre alla verifica della coerenza fra Percorso di riferimento e PDTA aziendale sono state verificate in Piemonte, con i requisiti del Manuale di Accredimento, tutte le strutture/macro-attività coinvolte direttamente nel Percorso e che a seguire si elencano:

- ortopedia (ambulatorio e degenza)
- blocco operatorio
- centrale di sterilizzazione
- attività ambulatoriale di RRF
- RRF di 1° e 2° livello (degenza).

Intanto, appositi gruppi di lavoro hanno predisposto due ulteriori Percorsi di riferimento regionali: il Percorso "Tumori del Colon-Retto" ed il "Percorso Nascita": la verifica per il primo è già stata avviata, mentre per il secondo è previsto l'avvio nella seconda metà del 2010.

L'EVOLUZIONE CON I NUOVI GRUPPI DI VERIFICA

A partire da gennaio 2008, a seguito dell'approvazione della DGR n.17-7387 del 12.11.2007 avente come oggetto "DGR n.1-5496 del 13.03.2007 – Integrazione indicazioni su accreditamento delle strutture sanitarie", tutte le attività inerenti all'accreditamento, già assicurate dall'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale (A.R.P.A.), sono svolte senza soluzione di continuità da parte dell'A.RE.S.S.

Nel corso del 2008 si è proceduto, tra l'altro, ad una ulteriore revisione del Manuale di Accredimento con due finalità principali:

- aggiornamento dei contenuti alla luce delle problematiche emergenti
- integrazione del Manuale prevedendo dei requisiti per alcune strutture ancora non contemplate.

Utilizzando gruppi di lavoro regionali già istituiti o gruppi individuati appositamente dall'Assessorato alla Salute e/o da A.Re.S.S., sono stati così definiti pacchetti di requisiti relativi a:

- rischio clinico
- promozione salute
- prevenzione delle infezioni ospedaliere
- anatomia patologica
- rianimazione e terapia intensiva
- oncologia.

Sono inoltre stati revisionati i requisiti strutturali.

I diversi pacchetti di requisiti sono poi stati presentati a tutti gli operatori interessati, al fine di raccogliere suggerimenti ed integrazioni.

In tale contesto va sottolineato che quando nel 2001 l'Assessorato aveva avviato le attività di Accredimento istituzionale, aveva incaricato l'Agenzia Regionale per la

Protezione Ambientale (A.R.P.A.) delle attività di verifica.

L'incarico si fondava su due considerazioni: la terzietà dell'Agenzia rispetto alle Aziende da verificare, fossero esse pubbliche o private, e la possibilità da parte dell'Agenzia di implementare una struttura che rispondesse a questo mandato. A.R.P.A. prevedeva ed attivava una apposita Unità Operativa: gli operatori di questa hanno effettuato tutte le verifiche per l'Accreditamento fino al maggio 2009.

Da maggio 2009 le verifiche hanno visto il coinvolgimento di operatori delle Aziende Sanitarie pubbliche (per il momento per il solo settore pubblico, le verifiche delle strutture private continuano ad essere effettuate dagli operatori ex-A.R.P.A., nel frattempo comandati in A.RE.S.S. dal Luglio 2007).

Il coinvolgimento degli operatori delle Aziende Sanitarie pubbliche nelle attività di verifica si è fondato su alcune considerazioni, tra cui:

- l'utilizzo di un nucleo centrale consentiva una buona operatività però favoriva un concetto di verifica/ispezione esterna più che di verifica/strumento di miglioramento
- l'impostazione della verifica come momento estemporaneo voluto dall'esterno poteva conseguire in una attività di preparazione finalizzata al "superamento" della verifica, senza presa in carico delle diverse problematiche in modo continuativo
- la partecipazione di operatori ASL/ASO ad attività di verifica poteva permettere un accrescimento professionale dei verificatori mediante il confronto con altre realtà aziendali, trasferibile nel proprio ambito lavorativo
- i verificatori avrebbero potuto svolgere la funzione di facilitatori del processo di Accredita-

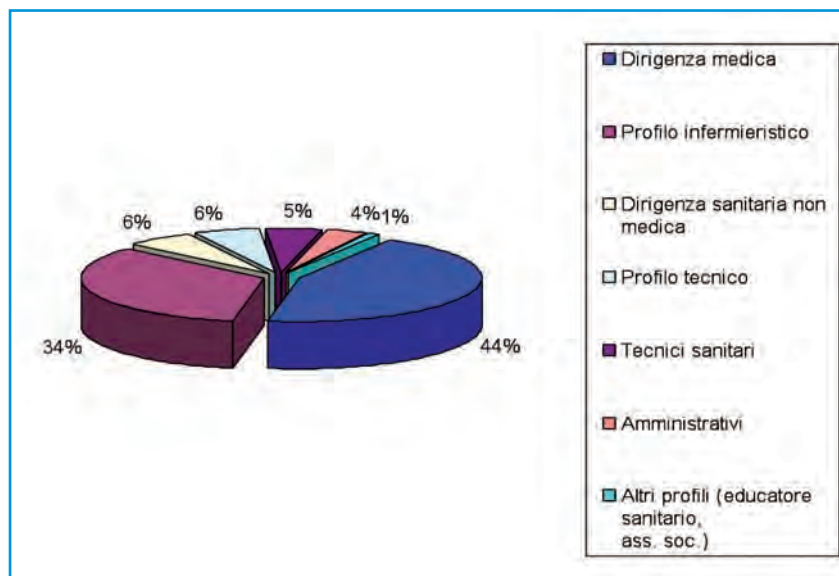


Figura 3. Composizione del nucleo dei facilitatori/verificatori per ruolo

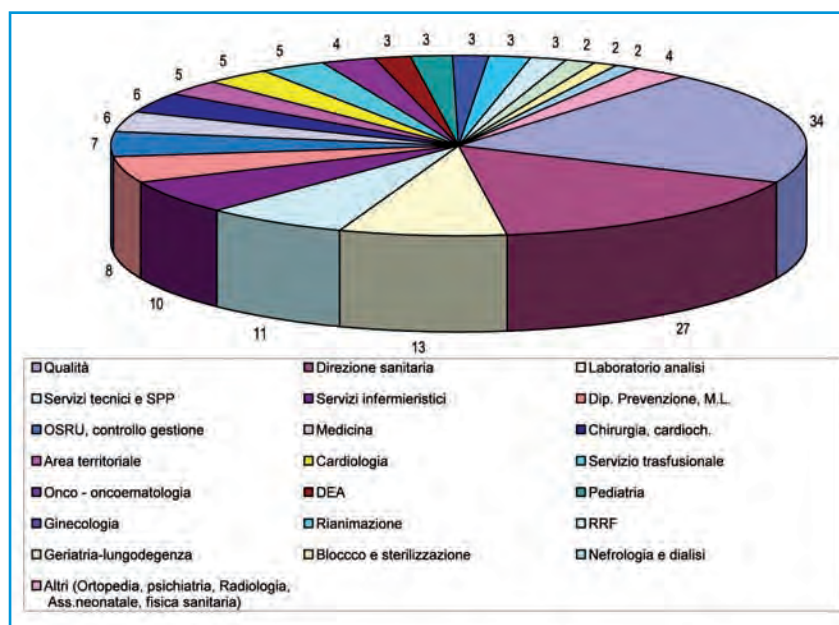


Figura 4. Composizione del nucleo dei facilitatori/verificatori per disciplina

mento nella propria Azienda di appartenenza.

Ad inizio 2008 i Direttori Generali dell'Assessorato alla Salute e di A.Re.S.S. (a cui a fine 2007 la Giunta Regionale aveva attribuito tutte le competenze prima in capo ad A.R.P.A.) richiedevano ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie pubbliche di individuare gli operatori a cui assegnare l'incarico di verificatori esterni/facilitatori.

La risposta delle Aziende è stata superiore a quanto atteso: a fronte dei 120 operatori richiesti ne sono stati indicati circa 170.

I candidati verificatori/facilitatori appartengono a diversi profili; analogamente è variegata la tipologia delle strutture di appartenenza degli operatori: nella figura 3 e nella figura 4 si riportano la loro distribuzione, rispettivamente per ruolo e per disciplina.

In definitiva, il gruppo di candidati

verificatori/facilitatori risponde a quanto ci si attendeva (dalla nota Assessorato alla Salute/A.Re.S.S. sopra citata):

- multidisciplinare e multiprofessionale per rappresentare le diverse responsabilità cliniche, assistenziali ed organizzativo-gestionali presenti nell'organizzazione aziendale e maggiormente coinvolte nelle attività all'interno dei Percorsi assistenziali
- con una significativa presenza di figure mediche e sanitarie non mediche che operano in prima linea nell'organizzazione che garantisce i Percorsi assistenziali.

In tale ambito è stato quindi predisposto un articolato training formativo, focalizzato su tre macrotemi:

- alfabetizzazione e linguaggio di base comune sulla Qualità (Linee Guida, PDTA, appropriatezza diagnostico-terapeutica, indicatori, audit clinico, ecc)
- tecniche di verifica esterna
- gli strumenti dell'Accreditamento istituzionale piemontese (Manuale e Percorsi di riferimento).

Il primo modulo era finalizzato ad acquisire un linguaggio ed un approccio comune a problematiche significative della Qualità che trovano frequenti riscontri nei requisiti di Accreditamento.

Il secondo modulo aveva l'obiettivo di formare i candidati verificatori esterni/facilitatori sul processo di audit (preparazione e conduzione) e sulla pianificazione del miglioramento.

L'ultimo modulo introduceva gli strumenti dell'Accreditamento istituzionale. Per quest'ultimo modulo, si sono utilizzate metodologie didattiche molto operative, ricostruendo l'ambiente di verifica.

Tutte le Aziende piemontesi sono state chiamate a simulare di es-

sere verificate in aula su specifici argomenti (gestione obiettivi, sistemi informativi, monitoraggio soddisfazione utente, Percorsi di riferimento, ecc), essendo i partecipanti al corso gli stessi verificatori.

I docenti sono stati selezionati fra professionisti delle Aziende della Regione Piemonte, con provata e consolidata esperienza nelle materie trattate.

Al termine del Corso formativo, è stata chiesta ai partecipanti la disponibilità a proseguire nel progetto, sia come facilitatori sia come verificatori esterni. Circa 120 operatori (che avevano frequentato con esito positivo il Corso di formazione) si sono resi disponibili come verificatori e come facilitatori, i restanti solamente come facilitatori.

Con apposita Delibera del Direttore Generale A.Re.S.S. sono stati infine formalmente nominati i facilitatori/verificatori.

Nel maggio 2009, come già sottolineato, sono state effettuate le prime verifiche con il coinvolgimento di questi operatori (affiancati dagli operatori ex-A.R.P.A.).

Infine la Determina Dirigenziale n° 186 del 21.04.09 del Direttore Regionale Sanità ha approvato il Manuale revisionato, unitamente al Percorso di riferimento "Tumori del Colon-Retto" ed alle nuove modalità di verifica.

IL RUOLO DEL PAZIENTE NEL PERCORSO DI ACCREDITAMENTO

Le verifiche esterne hanno sempre due grossi limiti: possono avere ad oggetto solo una minima parte della complessa attività delle Aziende e sono relative ad un intervallo di tempo esiguo.

Proprio per affrontare questi limiti si è ipotizzato di coinvolgere i pa-

zienti nella valutazione del trattamento ricevuto. Il coinvolgimento del paziente risponde anche alla convinzione ormai diffusa che gli utenti debbano essere soggetti attivi nell'erogazione dei servizi pubblici.

Come si è visto, il sistema di Accredimento piemontese si è focalizzato sui Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali partendo dal presupposto che il Percorso è il servizio che il paziente riceve e che quindi l'Accreditamento deve tenere conto concretamente della Qualità di questo servizio.

Analogamente, anche il coinvolgimento del paziente nella valutazione del trattamento ricevuto dovrebbe focalizzarsi sul Percorso assistenziale piuttosto che sulle singole prestazioni.

Sulla scorta di queste considerazioni a fine 2008 ha preso avvio in due Presidi ospedalieri piemontesi (a cui se ne è aggiunto un terzo dopo alcuni mesi), una sperimentazione di coinvolgimento del paziente che per certi aspetti si presenta come la stipula di un patto assistenziale fra utente e struttura.

La sperimentazione è in corso e in futuro si potranno trarre alcune conclusioni.

L'IMPATTO DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE A LIVELLO AZIENDALE

Senza dubbio l'Accreditamento per Percorsi e il coinvolgimento dei professionisti nella attività di verifica e di adeguamento ha creato un forte e positivo impatto nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte.

Di seguito viene in sintesi descritta la procedura seguita dall'ASL Torino 4 per lo sviluppo del processo di Accredimento Istituzionale, che è pienamente da ricondurre

all'applicazione del Ciclo Qualità. L'ASL in primo luogo ha predisposto la specifica istanza di Accreditamento nei tempi stabiliti, contenente l'insieme degli adeguamenti ai requisiti a seguito del processo di autovalutazione.

I requisiti si distinguono secondo:

- la tipologia in: organizzativi, strutturali, tecnologici
- il livello organizzativo cui fanno riferimento: generali (riguardano l'intero Presidio), specifici (riguardano la struttura/macroattività).

Rispetto a questa distinzione, i requisiti richiesti sono di quattro tipi: organizzativi generali, organizzativi specifici, strutturali generali, strutturali specifici.

L'evidenza è la "prova" che l'Azienda/Struttura deve fornire per dimostrare l'ottemperanza al requisito richiesto; può essere di tipo:

- documentale: ovvero mediante un documento che permetta di valutare l'ottemperanza al requisito
- strutturale: ovvero mediante la presa visione di un elemento strutturale oggettivo (es. impianto elettrico a norma).

Il tipo di Documento attraverso il quale l'Azienda può esplicitare l'ottemperanza al requisito può essere di diverso genere:

- procedurale: documento che descrive il "modo di procedere", cioè le fasi e le modalità operative utilizzate per l'effettuazione di un'attività
- report: documento in cui sono riportati i valori numerici assunti da indicatori monitorati
- autocertificazione: documento contenente l'esplicitazione degli elementi richiesti nel requisito e la firma del responsabile che autocertifica la rispondenza
- descrittivo: documento quale delibera, piano di riorganizzazione, relazioni, verbali, non

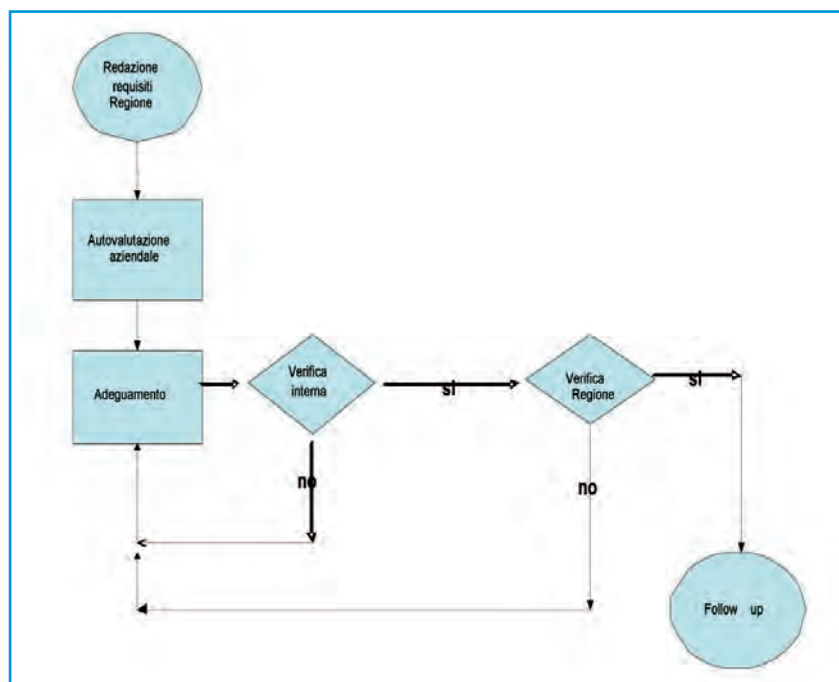


Figura 5. Diagramma di flusso della procedura di Accredimento (ASL TO 4, 2009)

riconducibili ad una delle altre categorie sopra descritte.

L'autovalutazione del grado di adesione ai requisiti viene attuata nelle diverse Strutture Aziendali comunque con cadenza definita, attraverso le check list di riferimento desunte dal Manuale della Regione Piemonte.

A seguito delle criticità riscontrate sono poste in essere le prime azioni di adeguamento ai requisiti, secondo il modello Plan- Do-Check-Act.

Secondo la specifica procedura in atto nell'ASL Torino 4 (figura 5) la risposta ad ogni requisito prevede un frontespizio di riferimento che contiene il logo Aziendale, il codice del requisito, la descrizione, il tipo di documento, la sintesi della risposta, l'elenco degli eventuali allegati, data e firma del Direttore/Responsabile.

Con cadenza definita sono programmate "Verifiche Interne", in cui il coordinatore del processo di Accredimento Istituzionale e/o suo delegato valuta il grado

di adeguamento ai requisiti del Manuale attraverso le specifiche check list di riferimento.

La modalità di verifica interna può essere:

- tecnica: viene valutata l'esistenza di un elemento di tipo strutturale/tecnologico e/o delle relative specifiche tecniche
- tecnica con verifica a campione: viene valutata, l'esistenza di un elemento di tipo strutturale/tecnologico e/o delle relative specifiche tecniche, su di un campione rappresentativo dell'insieme complessivo
- presa visione di documenti: viene valutata l'esistenza e l'adeguatezza del contenuto di un documento
- presa visione di documenti con verifica a campione: viene valutata, l'esistenza e l'adeguatezza del contenuto di un documento, su di un campione rappresentativo dell'insieme complessivo.

A seguito delle criticità riscontrate nelle Verifiche Interne sono poste in essere le ulteriori azioni

di adeguamento ai requisiti di riferimento.

In generale la documentazione necessaria per evidenziare il rispetto dei requisiti viene raccolta ed ordinata con la seguente modalità:

- documentazione inerente i requisiti generali organizzativi e strutturali/tecnologici: presso l'Ufficio Qualità o la Direzione Sanitaria
- documentazione inerente i requisiti specifici organizzativi e strutturali/tecnologici: presso le articolazioni verificate
- documentazione inerente i Percorsi: presso le articolazioni verificate.

La documentazione viene organizzata seguendo l'ordine dei requisiti.

Di norma il Direttore/Responsabile o suo delegato della Struttura oggetto di verifica costituisce l'interfaccia per il verificatore. L'interfaccia per i requisiti tecnologici/strutturali è costituita dal Direttore/Responsabile del Servizio Tecnico o suo delegato.

A seguito del rapporto di verifica da parte dell'A.Re.S.S. viene sviluppato lo specifico piano di adeguamento, trasmesso peraltro all'organo verificatore, contenente azioni, responsabili e tempi di realizzazione.

Nel contesto aziendale è indubbio che l'Accreditamento per Percorsi sia in grado di favorire la rilettura della organizzazione per processi. In particolare l'ASL TO 4 ha formulato un proprio Manuale interno per lo sviluppo dei Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e, su tale base, ha costruito i propri PDTA di riferimento (ASL TO4, 2008).

La implementazione dei PDTA e le attività di audit correlate sono stati inseriti negli ultimi anni negli obiettivi aziendali ai fini della

retribuzione di risultato per tutte le Strutture aziendali e sono oggetto di un corso di formazione annuale.

Ogni Direttore certifica il raggiungimento dell'obiettivo attraverso la scheda di accountability, evidenziando le azioni effettuate ai fini del miglioramento.

In tale ambito è anche stata sviluppata una interessante esperienza di budget per Percorsi (Ripa, 2009), nell'ambito del sistema di programmazione e controllo.

CONCLUSIONE

In sintesi, il contesto che si pone all'attenzione è quello di coniugare nell'Accreditamento la "rigidità" di uno strumento oggettivo posto a tutela dei cittadini con la "flessibilità" degli strumenti volti all'introduzione dei processi di miglioramento continuo e di valorizzazione delle risorse umane.

Con il modello sviluppato nella Regione Piemonte si è conservata inevitabilmente la intelaiatura di base del sistema di Accreditamento Istituzionale, ma si sono introdotti concretamente gli ambiti operativi della Qualità quali l'approccio per processi, la misura/monitoraggio delle attività, l'orientamento al paziente e dunque le logiche del miglioramento continuo.

Appare comunque chiaro nella evoluzione dei sistemi di Accreditamento la Qualità non viene più vista come uno degli elementi oggetto di valutazione, ma rappresenta l'epicentro del sistema stesso.

BIBLIOGRAFIA

- 1) A.Re.S.S. Piemonte (2007). *Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Profili Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione*
- 2) Casati G., Vichi MC. (2002). *Il*

Percorso assistenziale del paziente in ospedale. Mc Graw-Hill

3) ASL Torino 4 (2008). *Corso di formazione-azione: Dalle linee guida allo sviluppo dei Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali. Materiale ad uso didattico*

4) Morosini P. (2000). *Griglie di valutazione per il miglioramento della Qualità, l'efficacia degli interventi e la gestione Aziendale. Centro Scientifico Editore*

5) Regione Piemonte. *Manuale di Accredimento delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private (vari aggiornamenti)*

6) Ripa F. (2009). *Il sistema di programmazione e controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie. dai centri di costo, ai processi ai percorsi diagnostici terapeutici assistenziali. ASL TO4 Regione Piemonte*

7) Scrivens E. (1997). *Accreditamento dei servizi sanitari. Esperienze internazionali a confronto. Centro Scientifico Editore*

8) ASL Torino 4 (2008). *Corso di formazione-azione: L'Accreditamento istituzionale e professionale: adeguamento ai requisiti, autovalutazione e preparazione alla verifica interna ed esterna. Materiale ad uso didattico*

9) ASL Torino 4 (2008). *Manuale metodologico per lo sviluppo dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali. Vari aggiornamenti. Materiale ad uso didattico*

10) www.aress.piemonte.it

11) www.regione.piemonte.it

IN EVIDENZA NELLA SANITÀ



PADANA EVEREST
detergenza tessile

I SERVIZI:

- Noleggio e gestione biancheria.
- Noleggio e gestione abiti sanitari.
- Noleggio e gestione set sterili chirurgici in tessuti tecnici riutilizzabili (T.T.R.).
- Noleggio e ricondizionamento di materassi e guanciali.
- Disinfezione e sanificazione dei dispositivi a noleggio.
- Sterilizzazione dei dispositivi a noleggio.
- Gestione del guardaroba con logistica integrata.
- Gestione di centrali di sterilizzazione per la committenza, anche con progettazione e realizzazione.
- Ricondizionamento e sterilizzazione strumentario chirurgico.

In tutta sicurezza curiamo la qualità e pensiamo all'ambiente:

UNI EN ISO 9001 – UNI EN ISO 13485 / UNI EN ISO 14001 / BS OHSAS 18001 / UNI EN 14065 / Marcatura CE DIR. 93/42 EEC

Servizio clienti: Travagliato (Bs) - tel. 030 6869311 - fax 030 660507 - sanita@padanaeverest.it - www.padanaeverest.it

Medico di riferimento

Riassunto

Il miglioramento della continuità delle cure è affrontato in questo studio, detto del "medico di riferimento" che si pone come momento prioritario nella realizzazione del futuro assetto di una medicina organizzata per aree differenziate d'intensità di cura, in una logica che tende a superare quella frammentarietà culturale e terminologica, che in un passato anche recente ha risentito dell'atteggiamento nichilista nei confronti di quei cambiamenti, che hanno agito negativamente sulle abitudini consolidate dello staff.

Nell'impatto di questo studio, teso a raggiungere la soddisfazione del paziente e la migliore efficacia/efficienza assistenziale, s'inseriscono alcuni elementi rivolti alla valorizzazione della collaborazione interprofessionale, che ha il potenziale di migliorare sia la pratica clinica sia l'esito delle cure prestate.

Bianca Caruso¹, Andrea Neri², Ivonne Zoffoli³, Nazzareno Manoni⁴, Giuseppe Re⁵

1 Direzione Assistenza Ospedaliera, 2 Direzione Sanitaria PO Ravenna, 3 Direzione Sanitaria PO Lugo, 4 Direzione Sanitaria PO Faenza, 5 Medicina interna, Lugo - AUSL Ravenna

INTRODUZIONE

La continuità delle cure, basata sulle necessità dei pazienti, è da decenni al centro di studi di management sanitario, affiancandosi a concetti quali coordinamento delle cure, "disease management" e "case management." Per rendere gli Ospedali sempre più patient-centered, è necessario intervenire sulla logica dei flussi (Villa et al, 2009). Il nostro studio analizza un progetto di disegno innovativo in corso d'implementazione in tre ospedali afferenti all'AUSL di Ravenna. Affidare in modo esplicito il paziente ricoverato alla responsabilità di un medico rappresenta la prima tappa del percorso di miglioramento delle cure erogate in ospedale. Il progetto del "medico di riferimento" è momento prioritario e indispensabile

nella realizzazione del futuro assetto della medicina interna per aree differenziate per intensità di cura, con potenziamento della funzione di stabilizzazione del pronto soccorso e miglioramento di selezione di ricoveri nell'osservazione breve intensiva. La personalizzazione delle cure, e la loro continuità anche dopo la dimissione, sono gli obiettivi principali che questo progetto si prefigge di raggiungere, attraverso un cambiamento culturale, che non può in concreto realizzarsi se non attraverso il pieno convincimento e la dedizione dei professionisti.

APPROCCIO METODOLOGICO

Lo studio prende in considerazione un elemento chiave, che è la selezione di quelle strutture e di quei professionisti, in grado

di affrontare la riorganizzazione in modo costruttivo, per l'aspetto centrale e sicuramente non limitante, che in questi casi ha l'umanizzazione delle cure, con l'obiettivo di stravolgere positivamente una prospettiva di lotta alla malattia, che risulta desueta e artificiale, se privata di un elemento sostanziale, rappresentato dall'attenzione rivolta all'Uomo che soffre. Questo permette, al contempo, l'individuazione e, quindi, l'esclusione dal progetto, di quelle aree caratterizzate da competenze altamente specialistiche, in cui lo standard di riferimento è l'evoluzione tecnologica associata a una serie di competenze, che non possono essere patrimonio di un singolo operatore. Lo studio richiede, inoltre, un elemento speculativo non secondario, per l'assenza di definiti outcomes specifici della continuità delle cure, che può essere misurata solo all'interno di un "vissuto" dei pazienti, che in qualche modo diventano attori di "un cambiamento culturale" che investe tutti gli operatori sanitari. Tre sono le principali direttrici di questo cambiamento culturale: 1. ridisegnare l'organizzazione delle cure ospedaliere in funzione della centralità dei bisogni dei pazienti, 2. investire sulla responsabilità di cura dei professionisti, 3. migliorare la continuità delle cure durante tutto il percorso dell'episodio di ricovero e garantire il raccordo con il medico di medicina generale per la presa in carico dopo la dimissione.

1. ridisegnare l'organizzazione:

**PAROLE CHIAVE:**

Continuità delle cure, autonomia e responsabilità, collaborazione interprofessionale

è diritto del paziente chiedere non solo di essere curato efficacemente, tempestivamente e in sicurezza, ma anche di avere un riferimento certo e un percorso coordinato, con integrazione tra i vari passaggi del percorso e continuità tra le varie fasi delle cure, ricevere informazioni sull'evoluzione del proprio stato di salute, essere ascoltato, rassicurato, confortato, avere garanzia sulla riservatezza e sulla tutela della dignità. Oggi, in particolare nelle aree di degenza, che si fanno carico di pazienti ricoverati in urgenza da Pronto Soccorso, non esistono riferimenti espliciti per il paziente, cui fare riferimento. Il paziente è affidato al reparto e non, appunto, a un medico, che ha la responsabilità di coordinare le cure necessarie. È necessario cambiare il paradigma: da "il Paziente del reparto di..." a "il Paziente del Dottore..."; affidandolo in modo esplicito alle responsabilità di un medico.

2. investire sulla responsabilità: indirizzare la responsabilità dei professionisti in primis su ciò che è loro proprio, la responsabilità di curare, e non su compiti gestionali ed organizzativi che possono essere svolti da altre figure professionali. È questo un elemento di forte legittimazione e motivazione del personale, in particolare di quello medico, che vede riconosciuto nel rapporto di cura con il paziente il proprio compito prioritario.

3. migliorare la continuità delle cure: attualmente si rilevano evidenti spazi di miglioramento nella presa in carico, sia nell'ambito del

percorso intra-ospedaliero sia, soprattutto, nella successiva integrazione con il medico di medicina generale e con i servizi sanitari e sociali territoriali per la fase successiva alla dimissione. La continuità della presa in carico da parte del medico che ha in cura il paziente nel corso del ricovero in fase acuta deve estendersi anche alla successiva fase di degenza nell'Area Post-Acuti. Infine, il miglioramento della relazione con il medico di medicina generale dell'assistito, con impegno del medico di riferimento del paziente all'informazione e comunicazione della dimissione e delle successive necessità di cure al domicilio, sono le risposte alle attuali insufficienze.

L'attribuzione di un più definito ambito di autonomia e responsabilità ai medici impegnati nelle attività di degenza con la responsabilità di medico di riferimento del paziente impone una revisione complessiva dei ruoli e delle responsabilità anche di coloro che svolgono funzioni di coordinamento organizzativo, per assicurare il necessario confronto professionale per la gestione clinica ed organizzativa dei casi complessi.

Per migliorare i processi e l'outcome, è dedicata grande attenzione alla collaborazione interprofessionale (Zwarenstein et al, 2009), definito come il processo in cui differenti professionalità collaborano per ottenere un impatto positivo sul processo di cura. L'analisi di 5 studi (Schmid et al, 1998; Cheater, 2005; Curley et al,

1998; Wild et al, 2004, Wilson et al, 2004) ha suggerito come gli interventi di collaborazione interprofessionale, basati sulla pratica, possano migliorare sia i processi sia l'outcome. In questo progetto, un intervento di collaborazione interprofessionale è dato dall'attivazione del "referente assistenziale," in parallelo al "medico di riferimento." Nel nostro caso, si attiva per ogni paziente un infermiere di riferimento, che ne valuta i bisogni assistenziali e socio-sanitari, verifica e coordina il processo di assistenza al paziente e quando necessario, collabora con gli operatori dei servizi territoriali (infermieri, assistenti sociali, terapisti) per la continuità di presa in carico dopo la dimissione.

MEDICO DI RIFERIMENTO

La responsabilità del medico di riferimento, è quella di coordinare il percorso di cura del paziente, per l'intero episodio di ricovero, e per l'eventuale prosecuzione in settori di controllo evolutivo e stabilizzazione estensiva (post-acuti), assicurando la presa in carico del paziente nel più breve tempo possibile, provvedendo alla stesura del piano di trattamento, e alla pianificazione della dimissione/trasferimento, operando in stretta integrazione con l'infermiere di riferimento e, quando necessario, con l'assistente sociale. Deve garantire inoltre l'informazione costante, al paziente, e alla famiglia, deve essere il primo interlocutore con il medico di medicina, deve interagire con gli specialisti e/o i consulenti, per offrire la migliore risposta terapeutica possibile.

Collaborazione Interprofessionale
L'interazione quotidiana del medico e dell'infermiere di riferimento del paziente può permettere di mi-



giorare, già dalle prime fasi del ricovero, l'attenzione alle problematiche sociali e sanitarie dell'assistito e promuovere il coinvolgimento proattivo delle professionalità, che potranno prendersene cura sul territorio. Questo elemento aggiunge evidenza all'impatto degli interventi di collaborazione interprofessionale, basati sulla pratica.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La domanda è se, e con quali metodi, il SSN, oltre ad essere adeguato ed appropriato, possa, in un processo di modernizzazione, essere sempre più responsivo ai bisogni dei pazienti. Una delle aree di particolare interesse, sia per i Pazienti sia per lo Staff, è la continuità delle cure, che è recepita come tale dai pazienti solo in presenza di operatori attenti e sensibili ai progetti di riorganizzazione e implementazione del SSN. L'analisi del materiale presente in letteratura sulla continuità delle cure e sulla sua misurazione evidenzia spesso frammentarietà culturale e terminologica, in parte correlata agli effetti negativi del processo d'implementazione sui percorsi all'interno del sistema e sulle abitudini consolidate dello staff (Humphrey et al, 2003). Solo la piena accettazione della continuità delle cure, come elemento fondante del miglioramento dell'assistenza fornita al paziente, può consentire l'adeguata attenzione alle strategie in corso di sperimentazione, a supporto della riorganizzazione del sistema, che si articola sullo sforzo coordinato di diversi attori e lo scambio d'informazioni tra paziente, famiglia, e vari professionisti (Cassady et al, 2000; Rudebeck, 2002). Sotto questa ottica, lo studio sul "medi-

co di riferimento" viene proposto e discusso come momento prioritario del coordinamento tra diversi setting assistenziali, attraverso la costruzione di specifici percorsi per pazienti con patologia cronica, individuati possibilmente in fase precoce, venendo a costituire, in tal modo, la base per un potenziale miglioramento della continuità delle cure. Momento indispensabile per la realizzazione di progetti tesi a migliorare l'organizzazione assistenziale attorno alle necessità dei pazienti è la collaborazione interprofessionale, che nel nostro caso, ha un ruolo non secondario nel passaggio attraverso i diversi livelli d'intensità di cura.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friendberg LA. *Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics* 2000;105: 998-1003
- 2) Cheater FM, Hearnshaw H, Baker R, Keane M. *Can a facilitated programme promote effective multidisciplinary audit in secondary care teams? An exploratory trial. International Journal of Nursing Studies* 2005;42:779-91.
- 3) Curley C, McEachern JE, Speroff T. *A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards. Medical Care* 1998;36 (8 Suppl):AS4-AS12.
- 4) Humphrey C, Ehrich K, Kelly B, Sandall J, Redfern S, Morgan M, Guest D. *Human resources policies and continuity of care. J Health Organ Manag* . 2003;17:102-21
- 5) Rudebeck CE. *Imagination and empathy in the consultation. Br J Gen Pract*. 2002;52: 450-3.
- 6) Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Nilsson LG, Svarstad BL. *The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. Journal of the American Geriatrics Society* 1998; 46:77-82.
- 7) Villa S, Barbieri M, Lega F. *Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases. Health Care Manag* 2009; 12: 155-65.

8) Wild D, Nawaz H, Chan W, Katz DL. *Effects of interdisciplinary rounds on length of stay in a telemetry unit. Journal of Public Health Management and Practice* 2004;10:63-9.

9) Wilson SF, Marks R, Collins N, Warner B, Frick L. *Benefits of multidisciplinary case conferencing using audiovisual compared with telephone communication: a randomized controlled trial. Journal of Telemedicine and Telecare* 2004;10:351-4.

10) Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. *Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Review* 2009;3; CD000072



Spesso le cose migliori sono quelle più vicino a noi



La qualità della sterilizzazione italiana nel mondo



www.cisagroup.it

Lo standard ANMDO- CERMET- SIAIS per l'accreditamento volontario dei servizi di sterilizzazione: l'evoluzione

Riassunto

Nella visione globale di cambiamento e rinnovamento e nei principi fondanti dell'ANMDO della SIAIS e del CERMET, nasce la ricerca dell'aggiornamento continuo dei ruoli, dei processi e delle procedure nelle centrali di sterilizzazione.

Lo screening metodologico utilizzato nel progetto di evoluzione rispecchia pienamente la filosofia della ruota di Deming, secondo cui dalla pianificazione si passa all'agire, quindi al controllo e infine all'azione migliorativa. Il ruolo di ciascun ente impegnato nello Standard si giustifica dalla indispensabile multidisciplinarietà necessaria per l'approccio globale al sistema, dal ruolo tecnico e metodologico svolto da esperti SIAIS e CERMET al ruolo organizzativo igienico-sanitario svolto dall'ANMDO.

A partire dallo sviluppo del progetto di base, si illustreranno i vantaggi dell'accreditamento, le novità che si vogliono introdurre nello Standard e le motivazioni che hanno portato a tali azioni di miglioramento.

Stefania Villani

ANMDO

INTRODUZIONE

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria la sterilizzazione rappresenta un processo fondamentale in quanto anello centrale della catena che rappresenta la prevenzione delle infezioni ospedaliere.

La prevenzione in questo ambito implica comportamenti costantemente corretti ed omogenei in un vasto complesso di attività quotidiane che proprio nella loro ripetitività, sono spesso sottovalutate e fonte di comportamenti scorretti. Inoltre è da ricordare che il processo di sterilizzazione è un processo speciale in quanto il risultato del prodotto non può essere verificato a meno di prove distruttive.

La sterilità di un prodotto è data in termini probabilistici (SAL < 10⁻⁶ UNI EN 556-1)

Risulta inoltre un processo complesso sia per l'eterogeneità dei materiali, che per la tipologia delle apparecchiature

impiegate e in quanto include una serie di attività consecutive costituite da un numero più o meno elevato di azioni. Risulta un processo critico dal punto di vista della qualità e sicurezza del paziente. Pertanto le parole chiave sono: efficacia, efficienza, sicurezza ed economicità. Efficacia come garanzia di risultato ossia assoluta garanzia igienica per il paziente.

A tal fine è necessario utilizzare un metodo convalidato e con elevato livello di standardizzazione (e quindi con elevatissima ripetibilità dei risultati), effettuare il controllo sistematico della prestazione e la manutenzione ordinaria della apparecchiatura. Inoltre, poiché è noto a tutti come sia la fase di sterilizzazione vera e propria sia la fase di mantenimento della sterilità siano rispettivamente condizionate in modo critico dalle condizioni di contaminazione iniziale dei presidi e dalle condizioni di stoccaggio, è altrettanto

necessario standardizzare ed ottimizzare le procedure di decontaminazione e stoccaggio.

Efficienza che coincide con il contenimento dei tempi di riutilizzo degli strumenti e, soprattutto nel caso di un utilizzo diffuso dell'apparecchiatura di sterilizzazione in una struttura sanitaria, è anche in correlazione con la facilità d'uso. La breve durata complessiva del processo di sterilizzazione porta infatti ad una maggiore rotazione della strumentazione (o di presidi), consentendo anche la eventuale gestione delle urgenze, e riducendo il numero di strumenti in dotazione e di scorta. In ultima analisi porta alla ottimizzazione delle risorse ed al rapido ammortamento degli investimenti.

Sicurezza intesa come massima sicurezza per gli operatori e per il paziente che significa ridurre il rischio di esposizione a residui di sostanze sterilizzanti che possono risultare dannose.

Economicità intesa come flessibilità d'uso (ad es. possibilità di processazione contemporanea di numero variabile di strumenti), minimo livello di aggressione e danneggiamento dei materiali (con riduzione degli interventi di manutenzione e sostituzione parti di ricambio, aumento della vita media dei dispositivi), compatibilità con il maggior numero di materiali (compatibilità con le nuove tecniche chirurgiche) oltre ad investimenti iniziali e costi di gestione contenuti.

LA NORMATIVA DEL SETTORE

La prevenzione delle infezioni legate all'utilizzo dei dispositivi medici si basa sull'uso di risorse e strumenti necessari e appropriati, su figure pro-

**PAROLE CHIAVE:**

Accreditamento, eccellenza, miglioramento continuo, innovare

fessionali, che coinvolte nel processo, siano consapevoli dei rischi insiti nel processo stesso e rispettino con atteggiamenti corretti, le raccomandazioni formulate per raggiungere il più alto livello qualitativo finora consentito.

Pertanto è fondamentale e obbligatorio che gli operatori e i responsabili del processo di sterilizzazione si aggiornino sulle norme che lo regolano sia per impostare protocolli operativi in linea con lo stato dell'arte scientifico, tecnologico e procedurale sia per avere indicazioni di quali sono gli strumenti necessari per assicurare l'obiettivo finale che è quello di produrre materiale sterile.

Si tratta di un impegno di rilievo perché il panorama normativo in ambito di sterilizzazione è complesso, multiforme ed in continua evoluzione.

Dai Decreti Ministeriali alle norme tecniche di settore fino alle linee guida, il fine ultimo è la ricerca di processi sempre più performanti.

La Direttiva, che disciplina l'immissione sul mercato di tutti i dispositivi medici, è stata recepita in Italia con il Decreto Legislativo n°46 del 24 febbraio 1997 (supplemento ordinario alla G.U. n°54 del 6.03.97).

La Direttiva elenca i requisiti minimi che i prodotti devono soddisfare al fine di poter apporvi la marcatura CE (o Certificazione CE).

La marcatura, quindi, non è da considerarsi un marchio di qualità, bensì rappresenta la garanzia che il dispositivo risponde a requisiti severi in materia di sicurezza e di funzionalità, sia per il malato che per l'utilizzatore.

Pertanto l'emanazione di direttive volte ad uniformare le legislazioni na-

zionali degli stati dell'unione europea applicabili ad un gran numero di prodotti con simile destinazione d'uso, si limitano a fissare i requisiti essenziali di sicurezza e salute, demandando alla normativa tecnica armonizzata, il compito di redigere specifiche tecniche appropriate in grado di interpretare i requisiti essenziali della legislazione e renderle applicabili ai prodotti coinvolti.

La normativa tecnica indica il percorso da seguire al fine di soddisfare i requisiti essenziali per una corretta sterilizzazione.

Studiata e pubblicata a livello europeo, conforme ai requisiti essenziali delle direttive può essere utilizzata come riferimento per la fabbricazione/distribuzione dei prodotti

La normativa tecnica rimane di applicazione volontaria, ma la conformità alla normativa tecnica armonizzata permette di avere la presunzione di conformità ai requisiti essenziali della direttiva a cui la norma fa riferimento, in quanto è riconosciuta dalla legislazione.

Può essere agevolmente aggiornata negli anni, per mantenerla in linea con lo stato dell'arte e influire positivamente sulla legislazione, in quanto la mantiene sempre attuale per gli aspetti tecnici.

Le Linee Guida, infine, sono l'esplicitazione della posizione dell'Ente emittente nei confronti dello specifico problema; non hanno valore obbligatorio, risultano l'espressione di consuetudini operative e, se emesse da fonti autorevoli, o, in mancanza di altri riferimenti giuridici, possono costituire documenti attendibili (es. Linee Guida Ministeriali).

Acquisiscono, quindi, un notevole significato quando l'Ente ha particolare prestigio (nazionale o internazionale) e rappresentano un'indicazione di comportamento corretto in mancanza di altri riferimenti.

Tra le più prestigiose linee guida internazionali riguardanti la sterilizzazione ci sono quelle del Center for Disease Control (CDC) di Atlanta, dell'Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI/USA) con le Guideline for the Moist Heat Sterilization of Medical Product (1987) e dell' Association Operating Room Nurses (AORN).

L'ACCREDITAMENTO

Il sistema di Accreditamento dei servizi esternalizzati è diventato attualmente una esigenza nell'ambito sanitario. In particolare per quanto concerne il processo di sterilizzazione che nella maggior parte delle strutture è dato in outsourcing. Anche se si esternalizza l'intero processo, la responsabilità della garanzia di "sterilità" dei dispositivi medici rimane alla Direzione Sanitaria.

Il meccanismo dell'Accreditamento costituisce quindi

- uno strumento di regolazione dei rapporti economici e sociali;
- garanzia di affidabilità e di massima sicurezza per i pazienti;
- garanzia di rispondenza ai requisiti essenziali, concreti e misurabili della normativa vigente in tema di sterilizzazione;
- miglioramento continuo e valutazione oggettiva dei livelli qualitativi di tutte le parti coinvolte.

In sostanza rappresenta un metodo ed uno strumento della Clinical Governance nonché una scelta strategica in un contesto di miglioramento continuo della professionalità e della competenza in grado di fornire gli strumenti per un aggiornamento effettivo ed uno sviluppo professionale continuo a tutto vantaggio per il professionista.

Fasi del progetto		
A	Definizione delle linee guida per il processo di accreditamento da parte di ANMDO	maggio. 2005
B	Convenzione ANMDO-SIAIS-CERMET	aprile. 2006
C	Supporto tecnico e metodologico di CERMET per la validazione dello Standard ANMDO	maggio. 2006
D	Costituzione di un gruppo di lavoro per la definizione del Sistema di Qualifica dei Centri di Sterilizzazione	giugno. 2006
E	Costituzione di un gruppo di lavoro per la definizione delle modalità di gestione del processo di audit	giugno. 2006
F	Formazione dei valutatori (auditors)	ottobre. 2006
G	Presentazione a CERMET/ANMDO da parte dei Centri di Sterilizzazione della domanda di qualifica	novembre 2006 marzo 2007
H	Riesame dello Standard ANMDO	marzo. 2007
I	Avvio del procedimento di Qualifica con la diffusione da parte di ANMDO-SIAIS-CERMET del Sistema di Qualifica ai soggetti interessati	maggio. 2007

Figura 1 - Fasi del progetto 1

Standard ANMDO- CERMET- SIAIS per l'accreditamento volontario dei servizi di sterilizzazione: La storia

Nel 2005 nell'ambito di un accordo sperimentale stipulato tra A.N.M.D.O. (Associazione Nazionale dei Medici di Direzione Ospedaliera), CERMET (Ente per la Certificazione e Ricerca per la Qualità) e S.I.A.I.S. (Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità) è nato il progetto tecnico organizzativo "Qualifica dei centri di sterilizzazione nell'ambito dell'accreditamento volontario".

Il progetto nasce dall'integrazione di professionalità selezionate e tra esperti in diverse discipline e prevede, attraverso il coinvolgimento di un ente terzo indipendente, un modo strutturato per valutare i livelli di competenza raggiunti per la certificazione delle Centrali di Sterilizzazione nell'ambito dell'Accreditamento volontario all'eccellenza riservato alle Aziende coinvolte nella sperimentazione. Le fondamenta del progetto si basano sulla metodologia del miglioramento continuo nella cui ottica l'accreditamento volontario/professionale, così come la certificazione dei sistemi di gestione per la qualità, forniscono gli strumenti per un aggiornamento effettivo ed uno sviluppo professionale continuo a tutto vantaggio per il professionista.

Il progetto si è sviluppato in più fasi riportate nella figura 1

Nella fase A del progetto, sono stati costituiti gruppi di lavoro ANMDO e si è proceduto ad analizzare:

- la letteratura validata,
- lo "stato dell'arte" in tema centrali di sterilizzazione,
- la normativa di interesse specifico,
- le diverse esperienze professionali.

Nel marzo 2006 è stato pubblicato il libro "Le buone pratiche di sterilizzazione- guida all'accreditamento volontario delle centrali di sterilizzazione", in cui si sono identificati i requisiti specifici collegati esclusivamente all'aspetto gestionale- tecnologico della centrale di sterilizzazione e del processo di sterilizzazione ad all'impiego delle apparecchiature dedicate, una raccolta di requisiti ed indicatori adatti ad avviare un processo di "Continuous Quality Improvement".

I criteri di valutazione sono stati suddivisi in due categorie:

- **F**: fondamentale se deve necessariamente essere soddisfatto dal Servizio oggetto di valutazione, in quanto stabiliti con norme vincolanti
- **C**: complementare se è un plus rispetto ai criteri fondamentali.

Sono quindi state individuate 4 aree di aggregazione omogenea dei re-

quisiti:

1. Qualità della struttura con valutazione dei requisiti costruttivi, igienico, ambientali, impiantistici
2. Efficienza organizzativa in base a risorse umane, capacità tecniche ed esperienze nel settore, capacità economico, finanziarie
3. Gestione dei processi, valutazione del processo primario, delle attività di supporto, della capacità progettuale e della gestione del rischio
4. Valutazione e miglioramento della qualità attraverso l'analisi dei sistemi di controllo (di processo, di risultato, customer satisfaction), e delle azioni correttive e di miglioramento.

Nella fase B è avvenuta la stesura di una convenzione di collaborazione tra ANMDO-SIAIS-CERMET per la chiara definizione del rapporto di interfaccia nella gestione del progetto e degli impegni ed obblighi reciproci per il buon funzionamento delle attività.

Nella fase C: si è effettuata un'analisi dei requisiti di sistema per la qualifica dei centri di sterilizzazione per valutare la completezza rispetto alle attività da governare quindi si sono individuate delle aree di sviluppo e si è ottenuta l'approvazione dello standard da parte di CERMET

Nella fase D si sono definite le modalità di presentazione delle domande di qualifica, i criteri e le responsabilità per la gestione delle domande nonché i criteri per rilascio/mantenimento della qualifica.

Nella fase E si sono definite le modalità di gestione degli audit per la valutazione della conformità allo standard e gli strumenti operativi a supporto di tali attività.

Nella fase F si è effettuata la formazione dei valutatori ai referenti ANMDO-SIAS da coinvolgere nel processo attraverso lezioni frontali, lavori di gruppo, ed esercitazioni individuali.

Nella fase G la gestione delle attività finalizzate al rilascio della qualifica, in conformità con le procedure concor-

date, è avvenuta da parte di CERMET attraverso una valutazione documentale, una valutazione preliminare in campo, e un'ispezione e conseguente valutazione di conformità per ogni Centro. La sperimentazione è servita oltre che a validare i documenti prodotti in fase progettuale ed assunti quali standard di valutazione di conformità, anche a validare le procedure di gestione del percorso di attestazione di conformità. Per cui si ritiene che attraverso l'adeguata applicazione del modello proposto è possibile portare valore aggiunto in termini di qualità dei risultati raggiunti e di maggiore sicurezza per gli utilizzatori finali.

Tutto il lavoro svolto ha portato alla redazione delle Linee guida per l'accreditamento delle centrali di sterilizzazione, il cui obiettivo è rendere disponibile un riferimento per la corretta interpretazione della stessa ai fini dell'accreditamento volontario delle centrali di sterilizzazione mediante intervento di un ente di certificazione accreditato SINCERT. Nello Standard vengono quindi definiti:

1. I requisiti per i sistemi di gestione per la qualità previsti dalla norma internazionale UNI EN ISO 13485:2004 "dispositivi Medici – Sistemi di Gestione per la Qualità – Requisiti per scopi regolamentari" e i requisiti tecnici specifici relativi al processo di sterilizzazione;
2. I requisiti tecnici peculiari dello standard: i macroprocessi di decontaminazione, lavaggio, confezionamento, sterilizzazione, manutenzione, comportamento del personale ed i valori aggiunti per adempiere alle richieste di uno standard;
3. I trasferimenti della metodologia di base per la pianificazione, l'esecuzione e la verbalizzazione degli audit in conformità alla normativa internazionale UNI EN ISO 19011:2003 "Linee Guida per gli audit di sistema di gestione della qualità e/o di gestione ambientale";

4. I ruoli degli attori coinvolti nel percorso di Qualificazione delle Centrali di Sterilizzazione;
5. Le indicazioni sulle modalità comportamentali da seguire.

L'EVOLUZIONE DELLO STANDARD

Al fine di rafforzare e rendere sistematico il Miglioramento Continuo della Qualità Anche lo standard deve evolversi. Lo sviluppo tecnologico infatti porta ad una continua evoluzione delle Norme tecniche e quindi degli Standard ad esse riferiti. È in atto una evoluzione del concetto di qualità: dalla soddisfazione dei bisogni del cliente alla soddisfazione di tutte le parti interessate. Se si parte dal concetto di base del miglioramento continuo, la ruota di Deming, è indiscutibilmente necessario sottoporre al riesame anche lo standard. Infatti le relazioni è l'applicazione ripetuta del PDCA che porta al raggiungimento di qualsiasi obiettivo, anche se per piccoli passi. Le novità introdotte nello standard sono di seguito riassunte:

- Riordino delle check-list individuando chiaramente il processo;
- Maggiore attenzione sul concetto di responsabilità e sul riesame periodico di tutto il processo;
- Riferimento alla UNI EN ISO 17664:2005 Sterilizzazione dei dispositivi medici - Informazioni che devono essere fornite dal fabbricante per i processi di dispositivi medici risterilizzabili;
- Definizione contrattuale delle responsabilità e competenze per i servizi critici;
- Scheda tecnica degli strumenti processati disponibile in centrale;
- Ripetibilità e riproducibilità R&R;
- Monitoraggio in ppm degli eventi
- Individuazione delle root-case per non conformità

Le novità particolari introdotte con l'evoluzione dello standard riguardano:

- ✓ La ripetibilità e la riproducibilità dei test di misura e del metodo di prova stesso al fine di dimostrare che ogni fase del processo sia controllata e riproducibile
- ✓ Il monitoraggio di tutti gli eventi (sia nel processo interno che esterno), così da valutare numericamente i reclami e le non conformità interne, anche se si tratta di eventi poco frequenti;
- ✓ L'analisi delle cause "primarie" delle non conformità, approfondendo l'investigazione, senza fermarsi alla prima causa identificata ma si pone come obiettivo quello di scoprire le cause che stanno alla radice dei problemi. Lo scopo della RCA è di stabilire: cosa è successo, perché è successo, cosa si può fare per evitare che succeda di nuovo.

CONCLUSIONI

Grazie a questo approccio si possono ottenere i seguenti vantaggi:

- Diminuzione degli errori
- Maggiore tutela del paziente
- Diminuzione dei costi
- Promozione dell'immagine sanitaria

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1) Egidio Sesti, Gianfranco Finzi, Ugo Luigi Aparo, "Le buone pratiche di sterilizzazione, Guida all'accreditamento volontario delle centrali di sterilizzazione", Il Pensiero Scientifico Editore, 2006;

2) Gianfranco Finzi et al., "Linee guida per l'accreditamento delle centrali di sterilizzazione", Edicom, 2008;

3) Gianfranco Finzi, Angelo Conti, Paolo Cacciari, "La gestione delle Centrali di sterilizzazione" Economia Sanitaria srl, 2009;

4) http://www.ispesl.it/linee_guida/fattore_di_rischio/LGAgeBiolSter.asp

5) <http://www.uni.com/uni/controller/it/normazione/norma.htm>

Lo standard ANMDO-CERMET per le buone pratiche di pulizia e sanificazione ambientale: l'evoluzione

Riassunto

Il seguente lavoro vuole fornire prova della forza, della versatilità, del successo riscontrato nelle aziende fornitrici dei servizi di pulizia ambientale ma soprattutto degli ultimi aggiornamenti e sviluppi apportati allo standard CERMET-ANMDO per le buone pratiche di pulizia e sanificazione ospedaliera.

Daniele Nepa

ANMDO

INTRODUZIONE

La qualità della nostra vita dipende anche dalla qualità degli ambienti che ci circondano. La pulizia e l'igiene degli ambienti sono requisiti imprescindibili che sono la base per il raggiungimento di uno stato di benessere. Il concetto di qualità e benessere ambientale assumono uno spessore diverso quando ci troviamo a parlare di strutture nosocomiali. Le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, sono ambienti particolarmente complessi dato l'eterogeneità e le caratteristiche degli ambienti (uffici, laboratori, sale operatorie, stanze di degenza, ecc.), di tipologie di pazienti ricoverati e di problematiche che si possono presentare all'interno di queste strutture.

Fornire, conseguire e mantenere una buona e corretta pulizia degli ambienti sanitari, soprattutto in quelli in cui si esegue attività di diagnosi e di cura, diventa lo strumento fondamentale (ma anche un dovere morale) per assicurare al paziente e al personale sanitario i dovuti livelli igienici per evitare il diffondersi d'infezioni ospedaliere e fornire un valore aggiunto per la guarigione dei pazienti. Il ricorso sempre più

frequente all'esternalizzazione dei servizi di pulizia, la mancanza di un riferimento chiaro e preciso sull'accredimento volontario dei fornitori di pulizia e la mancanza di un chiaro sistema di controllo del servizio stesso hanno portato l'ANMDO, in collaborazione con il CERMET, a proporre un sistema di qualifica dei fornitori e una metodologia di controllo nell'ambito dell'accredimento volontario con i seguenti obiettivi:

- Identificare le aziende di "qualità" che abbiano la giusta competenza ad erogare il servizio di pulizia.
- Assicurare l'integrazione del servizio di pulizia con l'attività clinica.
- Fornire una metodologia di controllo quali-quantitativo del servizio.
- Assicurare i corretti livelli igienici in relazione alla destinazione d'uso dei locali sanitari.

Lo scopo di questa relazione è di descrivere, forte della sua "dinamicità", l'evoluzione dello standard attraverso la descrizione dei nuovi elementi introdotti con l'obiettivo offrire un riferimento ancora più forte e chiaro nell'ambito dei servizi in gestione appaltata a favore di quell'"aspirata" qualità totale.

LE NOVITÀ DELLO STANDARD

La parola "standard" può assumere diversi significati in funzione del contesto in cui viene usato.

Ma qual è il significato di standard nell'ambito dell'accredimento volontario dei fornitori di pulizia?

Una possibile definizione che ben si addice è la seguente: *"modello operativo di riferimento attraverso il quale si vuole indicare una metodologia con cui è possibile governare, monitorare, misurare, e migliorare le modalità di svolgimento del servizio di pulizia attraverso opportuni indicatori sia qualitativi che quantitativi"*.

Dalla prima stesura dello standard sono solo passati due anni ma a discapito della sua giovane età le linee guida per l'accredimento volontario dei fornitori dei servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera hanno già riscontrato un forte successo tra le ditte erogatrici di servizi di pulizia e sanificazione ambientale. Per rispondere meglio alle esigenze sia dell'assuntore che della ditta appaltante, che di volta in volta si presentano nel campo delle pulizie e sanificazione ambientale, è necessario che lo standard rimanga il più aggiornato possibile. Le novità che lo standard introduce in questa seconda review sono sostanzialmente 3:

1. L'indicatore globale di qualità come indice di riferimento per la valutazione delle performance di pulizia.
2. L'informatizzazione delle verifiche ispettive attraverso la gestione informatizzata dei report
3. La presenza del medico igienista durante le visite ispettive periodiche predisposte ed eseguite dal CERMET

**PAROLE CHIAVE:**

Accreditamento, evoluzione, dinamicità, sistema informatico, indicatore globale di qualità.

Processo	Peso(%)	N° requisiti	Indicatore
Formazione	20 %	20	N° NC/N° requisiti (%)
Controllo di processo	30%	13	
Controllo di risultato	30%	13	
Verifiche	15%	10	
Customer	5%	7	

Tab.1: indicatore delle verifiche di sistema

Accanto a queste novità assolute, bisogna comunque ricordare che altri cambiamenti come la non più accettabilità dell'LQA per gli ambienti sanitari (alto, medio e basso rischio) ma si ragiona in una logica di sporco/pulito dei locali ospedalieri e l'uso del bioluminometro come strumento di riferimento nelle verifiche di tipo strumentale. Le tre novità che vanno ad arricchire le linee guida per l'accreditamento volontario sono: l'indicatore globale di qualità per le pulizie (IGQP), l'informatizzazione dei report e la presenza del medico igienista nelle verifiche ispettive.

1- L'INDICATORE GLOBALE DI QUALITÀ DELLE PULIZIE (IGQP)

La vera novità dello standard è sicuramente rappresentata dall'indice globale di qualità (che è un indice di performance a tutti gli effetti) per il servizio di pulizia e sanificazione ospedaliera. Condizione fondamentale per la creazione di qualsiasi indicatore, ed in particolare per il servizio di pulizia, affinché possa descrivere al meglio lo stato di salute di un servizio erogato, è l'ottima conoscenza del servizio stesso. Il motore e la filosofia cui ANMDO si è ispirato per sviluppare e creare questo indicatore è stato: "tutto ciò che è misurabile è migliorabile." Questo

vuol dire sostanzialmente tre cose:

1. Poter misurare l'attuale livello di performance. Come dire, "...sapere quanto siamo bravi...", in ogni momento.
2. Identificare il divario tra livello attuale e la best practice. Come dire, "...sapere quanto manca per la vetta..."
3. Rivisitare i processi esistenti o implementarne dei nuovi. Come dire, "...come arrivare alla vetta..."

La conoscenza della performance attuale, che scaturisce dalla "misurazione del processo", crea un trampolino di lancio solido, robusto.

E crea altresì la direzione e l'energia per le future iniziative di miglioramento da mettere in campo. Tuttavia, il termine performance è una parola brillante, ma anche "vaga".

Che cos'è la performance, e cosa si deve fare, in pratica, per misurarla? L'unica maniera di "afferrarla", per poi misurarla, è di "spezzettarla", di suddividerla in un certo numero di componenti significativi, anch'essi misurabili, che io chiamato gli addendi fondamentali della performance (AFP).

In effetti, l'indice globale di qualità per le pulizie (IGQP) è la somma pesata di tre addendi:

1. Verifica di sistema con peso 20% (IVS).

2. Verifica di processo/servizio di tipo diretto con peso 40% (IVD).
3. Verifica di processo/servizio di tipo indiretto con peso 40% (IVI).

All'interno di ogni singolo indicatore sono stati individuati alcuni processi critici, quantificati da opportuni indicatori e ai quali sono stati associati opportuni pesi. Ad esempio per l'IVS sono stati presi a riferimento i cinque processi critici come mostra la tabella 1. Il numero dei requisiti indicati in tabella sono quelli presenti nella check list utilizzata dal CERMET per la qualifica d'impresa per ognuno dei cinque processi critici. Il secondo addendo dell'IGQ è l'indicatore delle verifiche dirette (IVD). Tra gli addendi, forse è quello più importante e corposo anche dal punto di vista delle voci che lo compongono poiché si riferisce al cantiere oggetto dell'attività di pulizia e sanificazione ed in cui si va a verificare i cinque punti sopra elencati a livello operativo di cantiere.

Questo indice è composto da:

1. Controllo di processo con peso 25%.
2. Controllo di risultato con peso 45%.
3. Controllo della formazione sul cantiere (comprende anche la formazione per la sicurezza degli operatori sul cantiere e l'uso corretto dei DPI) con peso 15%.
4. Sorveglianza sanitaria con peso 10%.
5. Controllo macchine/attrezzature/prodotti con peso 5%.

A differenza del controllo di processo che è verificato attraverso gli elementi della check list, il controllo di risultato dipende dal numero di elementi campionati per le aree oggetto di verifica. Il controllo di risultato è scomposto in diverse voci come riportato nella tabella 2.

L'ultima voce nei controlli di risultato rappresenta un indice di "bontà" delle misure fatte e si riferisce strettamente allo strumento (bioluminometro).

Processo	Peso	Indicatore(%)	Peso indicatore
Controllo di processo	45%	N° NC/N° tot. elementi	20%
		N° NC/N° tot. elementi AR ¹	45%
		N° NC/N° tot. elementi MR ²	30%
		Δmedio RLU da LQA ³	5%

Tab.2: indicatori per il controllo di processo

Processo	Peso	Indicatore(%)	N° elementi
Controllo formazione sul campo	15%	N° corsi svolti/ N° dip. assunti	*4
Sorveglianza sanitaria	10%	N° visite mediche/ N° dip. appalto	**5
Controllo macchine/prodotti	5%	Verifica documentale	***6

Tab.3: voci aggiuntive al controllo di processo nelle verifiche dirette

Processo	Peso	Indicatore	N° requisiti
Controllo di processo	50%	N° NC/N° requisiti	13
Controllo di risultato	50%	N° NC/N° requisiti	13

Tab.4: indicatori delle verifiche indirette.

Infatti, durante i campionamenti possiamo avere valori al di sotto del limite imposto per una superficie come anche valori superiori.

Con questo indicatore andiamo a vedere, quanto si discostano mediamente le mie misurazioni rispetto al valor di LQA.

Il focus principale dell'indicatore è il cantiere in cui si svolgono le attività di pulizia. Affinché possano emergere dei dati significativi che riescano a descrivere bene il cantiere oggetto dell'ispezione all'interno delle verifiche dirette sono state inserite altre tre voci da controllare come mostrato in tabella 3.

L'ultimo indice, ma non meno im-

portante è l'indicatore delle verifiche indirette (IVI) con peso globale sull'indicatore globale pari al 40%.

Sono verifiche svolte dal personale dell'azienda e sono condotte in itinere considerando principalmente questi due aspetti:

1. Controllo di processo con peso 50%.
2. Controllo di risultato con peso 50%.

L'indicatore preso in considerazione per entrambi i controlli è il numero di non conformità sul totale dei requisiti della check list, come in tabella 4.

In conclusione, è possibile scrivere la formula dell' IGQP come somma pesata degli indicatori precedentemente

descritti:

$$IGQP = 0,2 \cdot IVS + 0,4 \cdot (IVD + IVI)$$

Dove:

IGQP = indicatore globale di qualità delle pulizie;

IVS = indicatore verifica sistema;

IVD = indicatore verifiche dirette;

IVI = indicatore verifiche indirette.

2- IL SISTEMA SGI-ARGOCOME STRUMENTO INFORMATICO A SUPPORTO DELLE VERIFICHE ISPETTIVE

Negli ultimi tempi anche all'interno delle strutture sanitarie l'informatizzazione ha preso sempre più piede (basta pensare alla digitalizzazione delle cartelle cliniche) apportando numerosi vantaggi nella gestione dei processi aziendali.

Una qualsiasi azienda o struttura sanitaria, sia pubblica che privata, che persegue obiettivi di qualità e di efficienza, non può prescindere dall'informatizzare i suoi processi (o anche solo alcuni) e nel farlo può avere svariati motivi.

La scelta operata da ANMDO, in collaborazione con il CERMET che ha sviluppato e realizzato il sistema, è stata quella di informatizzare i report prodotti da verifiche ispettive di prima, seconda e terza parte.

Le motivazioni che hanno portato all'adozione di questo sistema sono principalmente:

1. Velocità nel trattare la documentazione prodotta.
2. Velocità nelle comunicazioni interne, con i fornitori e con i clienti.
3. Miglioramento della gestione della documentazione.
4. Miglioramento nella rintracciabilità dei documenti.
5. Aumento dell'integrazione tra le parti.
6. Diminuzione dei tempi di risposta per correggere eventuali non conformità.

L'obiettivo di questo software è di fornire una piattaforma tecnologica comune per le parti per eseguire i controlli sugli elementi in funzione di:

1. Livello di criticità dell'area/ambiente/locale.
2. Tipologia d'intervento per area/ambiente/locale.
3. Protocollo di pulizia.

La piattaforma tecnologica (Sistema di Gestione Ispezioni SGI – ARGO) in grado di gestire: l'anagrafica dei soggetti deputati ai controlli (impresa, ente appaltante, CERMET), l'anagrafica del personale incaricato allo svolgimento degli audit e l'anagrafica del capitolato/contratto dove sono configurate tutte le informazioni necessarie per effettuare i controlli sugli elementi in funzione del livello di criticità oltre che le informazioni circa la tipologia di intervento per area/ambiente/elemento e relativo protocollo di pulizia. Il sistema rende disponibile i dati necessari per la pianificazione dei controlli ai soggetti interessati con la possibilità di utilizzo dell'applicazione off-line. I risultati dei controlli sono comunicati on-line al data-center CERMET in grado di produrre report personalizzati al tipo di utente e funzione per cui è stato configurato l'accesso al software.

L'architettura del sistema è riportata di seguito in fig. 1.

La struttura del sistema è organizzata in sei moduli che sono:

1. Modulo di Autenticazione profilata;
2. Modulo Gestione Anagrafiche Aziende/Persone;
3. Modulo gestione Contratto (capitolato)
4. Modulo compilazione verifica
5. Modulo Pianificazione
6. Modulo Non conformità
7. Di seguito una breve descrizione di ogni modulo e le funzioni cui assolve.

Modulo di autenticazione profilata

Tale modulo si occupa di definire e gestire i meccanismi di sicurezza attraverso i quali un utente è autorizzato

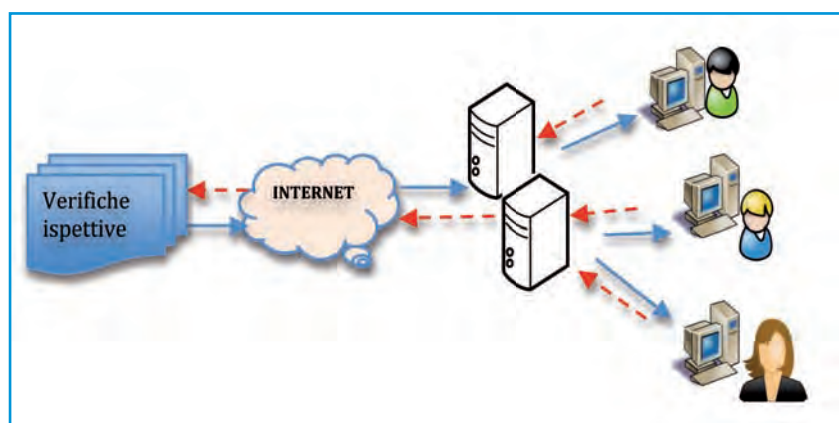


Fig. 1: schema del sistema SGI-ARGO

ad accedere all'applicativo e i relativi permessi sulle funzionalità sulle quali può operare.

Modulo Gestione Anagrafiche Aziende/Persone.

Modulo che consente la gestione dei dati anagrafici sia delle aziende che delle persone. Per quanto riguarda le anagrafiche aziende possono essere descritte come segue:

1. Enti: sono le aziende sanitarie, strutture che stipulano il contratto con l'impresa erogatrice del servizio di pulizia e sanificazione ambientale.
2. Imprese: sono le imprese di pulizia che stipulano il contratto con l'ente
3. CERMET: anagrafiche CERMET.

Modulo Gestione Contratti

Tale modulo consente la definizione di tutte le regole attraverso le quali viene definita e descritta la struttura fisica dei locali e degli ambienti che in fase di verifica verrà valutata dagli ispettori. All'interno del contratto parte rilevante è la mappatura ovvero la struttura gerarchica in cui per ogni ambiente è possibile indicare quali sono gli elementi da controllare ed il livello di criticità. Per ogni incrocio tra ambiente ed elementi è possibile indicare il tipo di controllo da eseguire e se di carattere strumentale.

Altra parte fondamentale che è possibile gestire all'interno di un contratto è i tipi di verifica che è possibile effettuare per ogni "parte" (prima, seconda, terza) per ogni singolo contratto.

Ci si riferisce ad un controllo, ad un

numero di giornate previste, ad un numero di verifiche nel periodo.

Successivamente, è possibile definire le regole, ovvero: per ogni ambiente oppure per ogni livello di rischio, oppure per ogni livello di criticità si indica: una percentuale, una periodicità del controllo, un livello di struttura da controllare oppure un tipo di elemento, almeno uno, un tipo di controllo (totalmente componibile).

Modulo Gestione Compilazione Verifica

La compilazione della verifica è un'attività spontanea dell'ispettore attraverso il quale deve solo scegliere il "tipo di verifica" ed in base a questo viene prodotto un report che mette a confronto i controlli eseguiti con quel tipo di visita e le regole descritte nel contratto allo scopo di suggerire quali e quanti controlli sono ancora da fare per ambiente. Inoltre gli è proposto un elenco di modelli in base al tipo di verifica e può compilare i documenti in base ai modelli.

Per il modello di tipo "Schede Controlli" si seleziona l'ambiente da controllare ed in automatico in base alla "mappatura" viene proposto l'elenco degli elementi da controllare quindi l'ispettore procede nella compilazione delle schede controlli inserendo gli esiti e viene proposta la stampa.

Modulo Pianificazione Verifica

La gestione della pianificazione è interamente a consuntivo ed è automaticamente effettuata dal sistema sulla

base dell'esatta correlazione tra verifica/ispettore/data.

Modulo Gestione Non conformità

La non conformità può essere compilata da ognuna delle tre parti e dai tre tipi di azienda e può essere o non essere correlata ad una verifica. Viene quindi realizzata una lista di non conformità in base ad una codifica standard e per ogni tipo è possibile avere un report personalizzato.

3-IL RUOLO DEL MEDICO IGIENISTA NELLE VERIFICHE ISPETTIVE.

Il ricorso all'outsourcing, per quanto riguarda l'erogazione dei servizi di pulizia e sanificazione in ambito sanitario, è ormai prassi consolidata ma inevitabilmente obbliga il committente a predisporre un accurato sistema di controllo per garantire l'efficace del servizio attraverso l'analisi di opportuni di indicatori. Il monitoraggio della continuità di efficienza nell'erogazione dei servizi di pulizia viene svolto attraverso periodiche ispezioni del cantiere.

In questo momento, il parco normativo non regola il ruolo del medico igienista nelle verifiche ispettive di seconda e terza parte in ambito sanitario sia pubblico che privato.

La scelta operata da ANMDO, in un'ottica di qualità totale, ha deciso di introdurre e coinvolgere questa figura nelle verifiche ispettive del cantiere. Le motivazioni di questa scelta possono essere rintracciati nei punti seguenti:

1. Aumentare il "valore" della qualità delle verifiche ispettive potendo usufruire di una figura professionale competente ed autorevole.
2. Dare maggiore credibilità e rafforzare il valore dei dati riscontrati durante i singoli audit.
3. Poter metter in campo la "miglior professionalità" nella preparazione delle check list (dal punto di vista igienico-sanitario) e nell'analisi, postuma, dei risultati.

Le competenze che deve possedere il medico igienista che partecipa alle verifiche ispettive, insieme con l'ente terzo (CERMET), sono sostanzialmente tre:

1. Competenza professionale che gli deriva dal percorso di studi fatto e dalla relativa specializzazione.
2. Competenze analitiche: possedere e sviluppare quelle metodologie d'indagine più adeguate per ottenere dei dati che abbiano una valenza "forte" ai fini statistici e che sia convalidabili.
3. Competenze tecniche: conoscere bene la struttura sanitaria presso il quale presta servizio e le procedure di pulizia in relazione alle diverse aree ospedaliere, nonché dei prodotti/materiali usati durante l'attività di pulizia.

CONCLUSIONI

Le novità introdotte nello standard sono, ancora una volta, la testimonianza di come queste linee guida siano altamente flessibili e dinamiche in modo da poter rispondere al meglio alle esigenze ospedaliere in materia di pulizia e sanificazione.

Le tre novità introdotte nello standard, che dovranno essere introdotte gradualmente, (soprattutto per quanto riguarda l'IGQP) porteranno dei vantaggi in merito a:

1. Poter usufruire di un indice che considera, valuta e misura tutti gli aspetti dell'accreditamento, con particolare riferimento al cantiere, restituendo un valore che rappresenta lo stato di salute del servizio erogato.
2. Poter gestire in modo strutturato la documentazione delle verifiche ed incrementare la velocità di comunicazione e di risposta delle parti.
3. Poter dare maggiore credibilità e spessore nella validazione e conferma dei dati derivanti da verifiche ispettive attraverso un esperto di settore (medico igienista).

Attualmente, fare una previsione

sulle novità future dello standard è ancora presto ma sicuramente saranno valutate sul campo tutti gli aspetti che permetteranno al servizio di pulizia e sanificazione ambientale in gestione appaltata di ricoprire sempre più un ruolo da principessa e meno da cenerentola per integrarsi a pieno con le normali attività cliniche, tipiche di una struttura sanitaria, e contribuendo in modo significativo al benessere ambientale.

BIBLIOGRAFIA

- 1) G. Finzi: *L'efficienza del governo clinico dell'outsourcing*. IX Congresso nazionale ANMDO. Ottobre 2003, Tirenna (PI).
- 2) UNI EN ISO 2859-1:2007 *Procedimenti di campionamento nell'ispezione per attributi - Parte 1: schemi di campionamento indicizzati secondo il limite della qualità accettabile (AQL) nelle ispezioni lotto per lotto*.
- 3) UNI EN ISO 2859-2:1993 *Procedimenti di campionamento nel collaudo per attributi - Parte 2: piani di campionamento indicizzati secondo la qualità limite (QL) per il collaudo di un lotto isolato*.
- 4) UNI EN 13549:2003 *"Servizi di pulizia, requisiti di base e raccomandazioni per i sistemi di misurazione della qualità"*.
- 5) *"Capitolato tipo dei Servizi di Igiene e Ambientale Integrata in Sanità - GeF "Gestione e Formazione" Numero Speciale 1/2006*.
- 6) *Guida per l'interpretazione della norma ISO 9001:2000 CERMET*.
- 7) *L'APPROCCIO PER PROCESSI E LA ISO 9001:2000 Il documento è stato tradotto in italiano per gentile concessione dell'ISO. Eventuali chiarimenti possono essere richiesti al Comitato SGQ (aicq.comitatosgq@tin.it) DOCUMENTO ISO TC 176 SC2 N544 R3 GUIDA SUI CONCETTI E SULL'USO DELL'APPROCCIO PER PROCESSI NEI SISTEMI GESTIONALI (SOSTITUISCE LA PRECEDENTE VERSIONE N 544 R)*.
- 8) Scrivens E. *"Accreditamento dei Servizi Sanitari. Esperienze Internazionali a confronto"*. Centro Scientifico Editore, 1997.
- 9) *Joint Commission International Accreditation - Standard per ospedali*. Milano, Progea, 2003.



 **STERIL** S.P.A.
Servizi Integrati per la Sanità

GESTIONE DELLA CENTRALE E DEL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE

Partner di qualificate strutture sanitarie italiane, Steril s.p.a. offre il la giusta soluzione al servizio di "STERILIZZAZIONE"

gestione



tracciabilità



convalida



progettazione
realizzazione
"chiavi in mano"

- Unico interlocutore per un servizio "chiavi in mano"
- Standardizzazione delle procedure di lavoro
- "Tracciabilità" dei dispositivi medici
- Convalida del processo di sterilizzazione
- Gestione dello strumentario chirurgico
- Fornitura in Service di set chirurgici
- Continuo aggiornamento professionale e tecnologico
- Certificazione di Qualità del servizio

Viale Spagna, 6 - Z.I.
73010 Surbo (LECCE)
Ph. +39.0832.364536
Fax +39.0832.363450

www.sterilspa.it - info@sterilspa.it



Il Sistema **KEMIKA** a

Moduli Integrati

Sistema **Certificato** da laboratorio CE
per la pulizia e la disinfezione
delle superfici in ambiente ospedaliero

MODULO CON QUATERNARI E BIGUANIDE

Sanificazione superfici
con **SANIDART**
e Panni in Microfibra
EXTRAKLIN



MODULO CON CLOREXIDINA

Pulizia
e disinfezione
dei sanitari
con **SANOCIT CX*** e
Panni in Microfibra
EXTRAKLIN



MODULO CON CLORO IN PASTIGLIE

BIOSPOT* + **TOC**

Per lavaggio pavimenti
con frangia in microfibra
MONOKEM RICCIO



 Presidi Medico Chirurgici

Kemika SPA

Via G. Di Vittorio 55 - CO.IN.OVA 2 - 15076 Ovada (AL) ITALIA
Tel. (0039)0143-80.494 Fax (0039)0143-82.30.68
www.kemikasp.com e-mail: info@kemikasp.com

QUATTROSELECT: LA VOSTRA SOLUZIONE CONCENTRATA!

Diversey lavora in prima linea da oltre 120 anni per proporre soluzioni innovative e tecnologiche in ambito di igiene. Mentre i prodotti, le mode e la scienza sono cambiati, la sua attenzione al cliente rimane forte come sempre.

L'azienda ha l'esperienza per fornire i servizi necessari mantenendo il giusto equilibrio tra costi e sostenibilità ambientale.

Le soluzioni proposte per la pulizia sono ampiamente utilizzate nel settore sanitario, alimentare, nella grande distribuzione organizzata e in tutti i settori volti a tutela dell'igiene.

La gamma di prodotti concentrati è stata sviluppata per fornire le capacità detergenti che i clienti si aspettano, usando meno imballi, meno acqua e infine ma non ultimo, spendendo meno.

Sempre più clienti scelgono i prodotti concentrati, li preferiscono ai prodotti standard in tanica che risultano pesanti e vengono spesso dosati non accuratamente. I prodotti concentrati Diversey assicurano il dosaggio accurato, garantendo risultati ottimali in ogni situazione.

Il sistema QuattroSelect, ultima novità nel mon-

do dei concentrati, è una soluzione innovativa versatile e completa per la diluizione dei prodotti concentrati in siti di medie e grandi dimensioni in grado di garantire controllo dei costi, dei consumi e sicurezza per gli operatori insieme a risultati efficaci e salvaguardia dell'ambiente.

Si può chiudere a chiave e si connette alla rete idrica, viene utilizzato con un'ampia gamma di prodotti concentrati che vengono automaticamente diluiti.

Scegliere QuattroSelect aiuta a migliorare l'efficienza con un sistema di riempimento veloce dei flaconi, dei secchi e dei serbatoi della lavasciuga, usando due diversi gradi di diluizione.

Fornisce ottimi risultati in modo semplice e veloce, assicurando accuratezza nella diluizione.

Ogni apparecchiatura può fornire fino a 2500 litri di prodotto pronto all'uso con sole due cartucce - consentendo risparmi sul trasporto, il magazzinaggio e sugli imballi da smaltire, facendo scelte consapevoli nei confronti dell'ambiente e beneficiando di efficienze sui costi operativi.

www.diversey.it



Il sistema combinato per lo smaltimento dei rifiuti biologici

SICUREZZA Interruzione della catena di diffusione delle infezioni nosocomiali • Smaltimento sicuro e ecologico • Monouso biodegradabile, privo di componenti tossici e nocivi.

RISPETTO A salvaguardia del patrimonio ambientale dispositivi monouso in carta riciclata.

COMFORT Per i pazienti dispositivi monouso per tutte le esigenze • Aumento della qualità del servizio domestico-alberghiero.

RISPARMIO Riduzione dei costi e tempi di gestione • Risparmio energetico e idrico.



distributore esclusivista per l'Italia **bi-medica** s.p.a.

Sede Operativa: Via Provinciale Dalmine Almè, 20 • 24048 Treviolo (BG)
Tel. 035 6221138 • Fax 02 700502661 • e-mail: bimedica@bimedica.it - www.bimedica.it

Vernacare
cleaner safer healthcare

CENTRALE DI STERILIZZAZIONE E BLOCCO OPERATORIO: UN BINOMIO INDISSOLUBILE PER LA SICUREZZA DI PAZIENTI E OPERATORI

Le problematiche fondamentali relative al Blocco Operatorio e alla Centrale di Sterilizzazione devono oggi essere affrontate in maniera congiunta e sinergica. Nella disposizione dei percorsi, è importante evitare le sovrapposizioni fra percorsi settici ed aseptici, attraverso una valutazione attenta del grado di asepsi che ciascuno di essi richiede.

Lo studio delle soluzioni tipologiche ha portato all'introduzione del criterio della divisione dei percorsi destinati alle specifiche funzioni del reparto: il blocco viene articolato attraverso il percorso aseptico e il percorso settico, con sensi di percorrenza chiari, senza occasioni di sovrapposizione o di contatto fra i percorsi stessi.

Solo i materiali e i corredi impiegati durante l'intervento chirurgico vengono allontanati lungo il percorso settico per raggiungere la centrale



di sterilizzazione. Per le stesse ragioni, anche in Centrale di Sterilizzazione, è altrettanto importante poter progettare in modo funzionale e centralizzato gli spazi. Emerge in modo evidente come il legame tra i due reparti sia indissolubile, e le problematiche inerenti i due reparti, comuni. Il passo successivo consiste nel certificare il percorso che compie il materiale sterile prodotto dalla centrale di sterilizzazione fino all'utilizzo sul paziente chirurgico.

Grazie a sistemi di rintracciabilità avanzati (come il sistema itinerario utilizzato da Cisa, che consente la marcatura del singolo strumento), è possibile usufruire di un vero e

proprio percorso di tracciabilità dei materiali sterilizzati all'interno di un blocco operatorio: grazie al sistema di rintracciabilità, infatti, tutto il materiale sterile, anche le singole buste, viene consegnato dalla Centrale con etichetta identificativa. Ogni etichetta è dotata di un proprio barcode sul quale sono segnalati la data di confezionamento, la scadenza, il nome del dispositivo medico. Un numero (progressivo) indica inoltre il lotto di sterilizzazione comprendente le fasi, gli operatori coinvolti, i cicli utilizzati di lavaggio e dell'autoclave, il tipo di confezionamento e l'eventuale manutenzione. In questo modo il personale coinvolto è identificato (in modo codificato) in ogni passaggio, e gli strumenti controllati e conteggiati con check list a inizio e fine intervento: la gestione degli strumenti attraverso identificazione da check list (e/o da codice identificativo) permette sia la visualizzazione dello stato dello strumento che il mantenimento della performance dello stesso.

www.cisagroup.it



**PROTEGGE
LA VOSTRA PELLE
GIORNO DOPO
GIORNO
DISINFETTA
NUTRE
SENZA DISIDRATARE**

device

Alphadevice s.r.l.

Via A. Bartocci 5/b
05100 Terni Italia
Tel. 0744.817248 Fax 0744.817431
www.alphadevice.it

**H Huckert's
international**
Your best Partner in Hygiene
www.umonium.com

IL SISTEMA ECO-EFFICIENTE PROPOSTO DA MAGRIS!

Non è facile disciplinare le operazioni di pulizia negli ambienti nosocomiali perché le insidie si nascondono dovunque anche nelle attrezzature tecnologica-



men-
te più avanzate. Ecco perché Magris, distributore sempre attento alle esigenze della propria clientela, ha scelto di mettere a punto assieme ai Fornitori Partner un sistema imbattibile per la pulizia in Sanità. Analizzando i problemi irrisolti che rappresentano il nervo scoperto anche della pulizia più professionale, emerge che spesso la distribuzione della soluzione sui mop è



sovrabbondante ma che parallelamente, essendo pre-impregnati, l'operatore non ha la possibilità di regolarla qualora si trovasse di fronte ad una zona molto sporca e infine, non sapendo esattamente quanti mop saranno necessari, solitamente se ne preparano di più rispetto al reale fabbisogno. Appare dunque evidente la necessità di trovare un sistema che sia in grado di applicare una certa quantità di acqua o di soluzione su un mop subito prima di usarlo e che sia in grado di adeguare la quantità in relazione all'effettivo ambiente di pulizia. Da queste esigenze nasce il sistema che unisce l'efficienza dei carrelli Solo di Crisp&Clean con la qualità ecologica delle lavatrici Elettrolux e l'innovazione ecofriendly del sistema Echo di Tennant. Grazie al sistema Solo, ad esempio, basterà predisporre la quantità richiesta (100 ml. - 300 ml.), azionare la leva per rilasciare la quantità di soluzione specificata, attaccare il mop al telaio, posizionandolo nel contenitore per assorbire la soluzione e... cominciare a pulire il pavimento! In questo modo non solo la quantità di soluzione rilasciata può essere controllata ma i mop sono preparati mentre vengono usati e l'acqua o la soluzione vengono distribuiti unifor-

memente sulla superficie del mop. Per il successivo lavaggio dei mop entra in campo Elettrolux, con la sua lavatrice con serbatoio di recupero che, a seconda della capacità del serbatoio (140 o 200 Lt) assicura ogni volta un risparmio da 1 a 200 Lt, in base al quantitativo di acqua impostato per l'ultimo risciacquo. Infine, per una pulizia davvero green, sale in cattedra la tecnologia Tennant, di cui Magris è Master Dealer in Italia, che ha realizzato una lavasciuga ad "acqua detergente", ovvero che modifica l'acqua facendola agire da detergente universale: l'ecocompatibilità e il cost saving sono garantiti dacché si elimina l'utilizzo dei prodotti chimici, oltre che naturalmente l'imballo, il trasporto e lo smaltimen-



to ad essi connesso. Un sistema che si può ricaricare ovunque ci sia acqua e che semplifica e migliora la qualità ambientale del pulito. Magris dimostra, dunque, ancora una volta di essere in prima linea per Qualità ed Innovazione: sempre pronta a proporre soluzioni intelligenti ed eco-efficienti. Con Magris è presto detto: l'impatto ambientale è contenuto... il risultato, invece, è assicurato!

www.magrisplanet.it

porte automatiche ospedaliere



Porte Ospedaliere

BAGNARA di ROMAGNA - RA
 ☎ 0545 76009 - Fax 0545 76827
 milano pescara roma
 02 3394231 085 4483020 06 88566005
www.ponzi-in.it



L'ARTE DEL VAPORE

ASSOCIATO

Steam Mop

Sanifica & Disinfetta



I suoi punti di forza:

- Sistema testato dall'Università di Verona.
- Utilizzabile con o senza detergenti.
- Rispetta tutte le norme di sicurezza.
- Pratico e veloce.
- Leggero e molto maneggevole.
- La migliore qualità ad un basso prezzo.
- Ecologico.



Steam Mop unisce la potenza del vapore alla semplicità d'uso del mop tradizionale per un risultato di efficienza e rapidità senza eguali. E' inoltre particolarmente indicato per la sanificazione e disinfezione di cliniche, ospedali, ristoranti, bar e comunità. Il nuovo carrello rispetta le norme H.A.C.C.P. indispensabili per essere utilizzato nelle strutture sanitarie e ospedaliere.

TESTATO!

Università degli Studi di Verona
Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Sezione di Igiene e Medicina Preventiva Ambientale ed Occupazionale
Prof. Gabriele Romano

Università di Verona
Department of Medicine and Public Health

UFFICIO 001 (pre-trattamento)	UFFICIO 001 (post-trattamento)	abbattimento %	trattamento	area
371	85	74	1	B
527	245	53	1	C
187	22	88	1	D
78	2	97	2	A
106	57	51	2	B
853	9	100	3	C

C.M.T. 1a: (sanificazione totale e lavaggio ambiente)

UFFICIO 002 (pre-trattamento)	UFFICIO 002 (post-trattamento)	abbattimento %	trattamento	area
628	100	76	1	B
148	15	90	1	D
218	4	98	2	A
833	43	95	2	B
853	9	100	3	C

C.M.T. 3/2C: (sanificazione totale e lavaggio ambiente)

COMMENTO
L'analisi dei risultati ottenuti evidenzia come il trattamento con l'applicazione di vapore ad alta pressione sia più efficace in termini di durata della sua applicazione. Il trattamento 2 (circa 1 minuto e 30 secondi) ha prodotto un abbattimento percentuale della carica microbica più consistente del trattamento 1 (30 secondi), specialmente in condizioni di elevata concentrazione microbica. Il trattamento 3 (circa 2 minuti e 30 secondi) è risultato il più efficace in assoluto, con un abbattimento totale dei microorganismi contaminanti.

Prof. Gabriele Romano

Via dei Sassi, 1/A - 37026 Pescantina (VR) Italy - Tel. +39 045 6767252
Telefono est. 045 6207631 - fax 045 6207652 - fax 045 6203357



Il sistema Steam Mop è stato testato presso la Sezione di Igiene e Medicina Ambientale ed Occupazionale dell'Università di Verona sul modello Carmen Plus Inox e può essere applicato su tutti i modelli professionali a 6 bar. I risultati attestano che il sistema Steam Mop è un metodo efficace per la pulizia e la sanificazione delle superfici verticali e dei pavimenti; l'azione combinata del vapore e del detergente sanificante garantisce infatti un abbattimento totale dei microorganismi contaminanti.

Via dei Sassi, 1/A - 37026 Pescantina (VR) Italy - Tel. +39 045 6767252
Fax +39 045 6703631 - www.tecnovap.it - e-mail: tecnovap@tecnovap.it

SISTEMA HEALTHGUARD®: PULIZIA E DISINFEZIONE PER IL SETTORE OSPEDALIERO

Il Sistema Healthguard® di Ecolab è 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". Procedure 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. 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 ha promosso una ricerca scientifica condotta dall'Università degli Studi di Ferrara - Cattedra di Citologia ed Istologia - 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 hanno dimostrato la validità della metodica adottata da Ecolab con il Sistema Healthguard, raccomandandola. L'abbattimento medio della carica batterica è del 78,85% con punte del 90%, 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.

www.ecolab.com



SANITÀ PROFESSIONALE PER PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ

La presenza decennale, di bi-medica, sul mercato Sanitario nazionale Italiano, ha fatto sì di poter adottare un modus operandi che permette di attingere e selezionare dai mercati esteri prodotti innovativi migliori per il soddisfacimento delle esigenze del mercato Sanitario a cui sono rivolti. Uno dei fiori all'occhiello della nostra società è la linea Vernacare.

Vernacare è la società Inglese che da oltre quattro decenni nell'ambiente Sanitario Mondiale traccia la via di una moderna, efficiente ed economica gestione dei rifiuti organici umani. Il Sistema è ormai utilizzato nell'85% delle strutture sanitarie Inglese ed in 45 Paesi del Mondo; in Italia è riconosciuto ed utilizzato da più di venti anni.

Il Sistema Vernacare è stato ideato non solo per migliorare gli standard di igiene e sicurezza dei pazienti e del personale infermieristico, ma anche per contribuire al contenimento delle mansioni nell'ambito del trattamento e dello smaltimento del materiale organico.

Vernacare produce allo stesso tempo apparecchiature e contenitori dedicati monouso allo scopo di poter ottenere la massima efficienza e compatibilità e garantire in toto tutto il processo di smaltimento. Tutta la produzione avviene nel Regno Unito ed è conforme a tutte le normative di riferimento Sanitario e Ecologico.

"Il Sistema combinato Vernacare" è stato studiato per rispondere alle seguenti esigenze:

Sicurezza: contribuisce ad interrompere la catena di diffusione delle infezioni nosocomiali riducendo i rischi sia del personale infermieristico che dei pazienti.

Rispetto: garantisce un facile e innocuo trattamento e smaltimento dei rifiuti organici nel pieno rispetto dell'ambiente. I contenitori monouso sono costituiti da un impasto ricavato da sola carta riciclata. Sono completamente biodegradabili, privi di componenti tossici e nocivi e smaltibili direttamente attraverso la rete fognaria.

Comfort: garantisce una gamma completa di contenitori monouso con bordi arrotondati, studiati appositamente per rispettare le esigenze del paziente e evitare al personale lo spiacevole e rischioso compito



del risanamento dei contenitori pluriuso.

Risparmio: consente una riduzione dei costi energetici in quanto grazie ad un ciclo veloce ad acqua fredda, in grado di smaltire più contenitori alla volta richiede un basso consumo elettrico; un risparmio idrico, poiché elimina tutti quei processi atti alla sanificazione e ricondizionamento dei contenitori pluriuso, abbattendo conseguentemente i costi degli agenti detergenti, disinfettanti e anticalcare utilizzati per il ricondizionamento dei succitati dispositivi pluriuso; riduce i tempi di gestione del paziente lasciando al personale più tempo da dedicare ad altre mansioni assistenziali; aumenta la "qualità del servizio domestico-alberghiero"; determina un decremento dei costi gestionali/assistenziali riducendo l'utilizzo dei farmaci e il tempo medio di degenza.

www.bimedica.it

SADI CHRISTEYNS s.r.l.

22040 Lurago D'Erba (Co) - ITALY - Via Vallassina 21/i
Tel. +39.031.3599149 - Fax +39.031.696747
www.sadichristeyns.it - info@sadichristeyns.it

Con Sadi,
non sudi.



**Si cercano
agenti:
Lombardia
Veneto
Piemonte**



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 e si aggiunge ai cicli STANDARD® (47 minuti) e FLESSIBILE (42 minuti) 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®.



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. 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.

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 le 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. Levento 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.

**ISC: IL FUTURO È VERDE
CON EC-H2O**

L'offerta che oggi ISC rivolge all'ambito sanitario riguarda una gamma di prodotti e servizi che ben si adatta alle esigenze di chi opera in **Sanità**: silenziosità, affidabilità e produttività.

Negli ambienti nosocomiali, ed in generale nelle strutture sanitarie, infatti, è necessario operare il più silenziosamente possibile, senza però scendere a compromessi sul risultato, in quanto si pulisce per salvaguardare la salute.

Allo stesso tempo si ha bisogno di affidabilità dei prodotti e di servizi, dato che gli ospedali sono aperti 24 ore al giorno, sette giorni su sette, senza perdere di vista la produttività di questi macchinari perché, soprattutto in ambito ospedaliero, le strutture sono molto grandi e devono essere gestite in maniera efficiente.

Per tutte queste esigenze, ciò



che più di tutti oggi ci differenzia nel mercato sanitario è la tecnologia **ec-H2O**, frutto della ricerca Tennant, disponibile su tutta la gamma di lavasciuga e da poco applicata anche a **lonator**, un pratico dosatore manuale.

Grazie a questa tecnologia è possibile lavare e sanificare efficacemente pavimenti e superfici, utilizzando la semplice acqua del rubinetto ed eliminando quindi l'utilizzo del prodotto chimico.

ec-H2O Tennant, oltre a permettere un risparmio secco sull'acquisto di detersivi, consente

poi di ridurre del 70% l'impiego di acqua e di aumentare quindi fortemente la produttività, ottimizzando tempi e costi di gestione della commessa. Il futuro è già arrivato.



ISC Sustainable Cleaning

www.iscsrl.com



**UNA NUOVA ERA
PER LA
DISINFEZIONE
A FREDDO
NEL RISPETTO
DELL'AMBIENTE
E DEGLI OPERATORI**

device

Alphadevice s.r.l.

Via A. Bartocci 5/b
05100 Terni Italia
Tel. 0744.817248 Fax 0744.817431
www.alphadevice.it

**H Huckert's
international**
Your best Partner In Hygiene
www.umonium.com

CE 0120

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 presidono 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.

www.senaf.it

La nostra risposta al tuo problema della proliferazione batterica!

DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO LEGIONELLA

(redatto secondo D.Lgs. 81/2008, D.Lgs. 106/2009 e Linee Guida nazionali e regionali in materia di prevenzione e controllo della legionellosi)

DUE X DUE SRL - v. Volturmo 32 - 36100 Vicenza (VI)
Tel: 0444.021909 Fax: 0444.021909 E-mail: info@duexdue.com
www.duexdue.com

LINEA CHRIOX

E' una linea di prodotti igienizzanti basata su una nuova tecnologia (in attesa di brevetto) che utilizza l'acido peracetico come principio disinfettante, evitando così il problema del superamento dei limiti LMR che si ha quando vengono utilizzati disinfettanti a base di quaternari d'ammonio.

Infatti la caratteristica principale di questi prodotti è che non lasciano residui quindi non vanno risciacquati, agiscono rapidamente su un ampio spettro di microrganismi e si decompongono rendendo innocui i propri residui.

Si è praticamente reinventato l'utilizzo dell'aceto che i nostri antenati usavano per

conservare, curare e disinfettare; l'acido peracetico si dissocia infatti in acido acetico (componente dell'aceto) e acqua ossigenata che a contatto con i microrganismi si trasforma in acqua e ossigeno.

I prodotti della linea Chriox si applicano a tutti gli ambienti dove si ha necessità del controllo dei microrganismi: settori medicali, case di cura, scuole, impianti sportivi, ristoranti, alberghi, cucine.

I prodotti sono quattro, due per le mani: una schiuma ecologica disinfettante (Chriox Safe) e un sapone (Chriox Hand Wash) sempre con azione disinfettante senza profumo ottimo per gli ambienti alimentari e quelli ospedalieri.



Abbiamo poi il Chriox Spray un detergente ecologico spray per tutte le superfici, senza risciacquo, non lascia residui e deterge e disinfetta in un solo passaggio, ottimo per le

cucine.

L'ultimo prodotto della gamma è il Chriox Sanit detergente sanitizzante anticalcare, specifico per l'utilizzo negli ambienti sanitari.

info@sadichristeysn.it





Linea Sterile S.p.A.

Via Pirandello, 16 - 47043 Gatteo (FC) Tel. 0541.819911 Fax 0541.818790

info@lineasterile.com - www.lineasterile.com

PROFESSIONALITÀ E SICUREZZA CON DUE X DUE

Duexdue è una 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.).

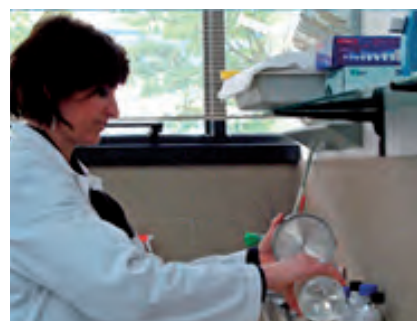
LEGIONELLA SPP

È 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 progettati e

manutentati. 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 tragici 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 Fabbr-



cazione 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:

- a) la redazione del Documento di Gestione Operativo,*
- b) 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

PROGETTAZIONE REALIZZAZIONE E GESTIONE CENTRALI DI STERILIZZAZIONE

Steril spa vanta una importante esperienza nel campo della Progettazione, Realizzazione ("chiavi in mano"), Gestione e Certificazione di Centrali di Sterilizzazione.



Efficienza, garanzia e sicurezza sono i requisiti fondamentali su cui Steril basa la sua politica aziendale, garantendo nel flusso delle attività di sterilizzazione la massima igiene ed il raggiungimento dei più alti standard qualitativi, nel pieno rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici normati dal DPR 14 gennaio 1997 n.37 e del D.Lgs. 46/97.

Steril è in grado di redigere studi di fattibilità del servizio di gestione in outsourcing della sterilizzazione sulla base degli obiettivi generali e specifici richiesti da cliente e nel pieno rispetto dei parametri di qualità e sicurezza. In particolare, la scelta di "esternalizzare" il servizio di sterilizzazione deve tener conto dei seguenti parametri: soddisfare la crescente necessità del cliente di interloquire con un'unica figura in

grado di fornire un servizio completo "chiavi in mano"; standardizzare le procedure e le attività di trattamento dei dispositivi da sottoporre a sterilizzazione; garantire la "tracciabilità" dei dispositivi medici avvalendosi di innovativi software che rappresentano il fondamentale strumento di gestione dell'attività di sterilizzazione, creando sinergia tra le risorse umane e quelle tecnologiche che operano all'interno della centrale; convalidare il processo di sterilizzazione in conformità alle normative vigenti; gestire lo strumentario chirurgico; fornire set chirurgici completi; garantire un continuo aggiornamento professionale delle risorse umane che svolgono il servizio; adottare un Sistema di Qualità Certificato.

Parallelamente al controllo delle fasi di produzione, Steril gestisce il sistema di manutenzione globale e convalida del centro di sterilizzazione attraverso il controllo sistematico di tutte le variabili del processo, utilizzando soluzioni innovative ed in conformità alle norme tecniche armonizzate.

www.sterilspa.it



Sutter
PROFESSIONAL

Dal 1858 firmiamo il pulito

BLEACH 3 PRESIDIO MEDICO CHIRURGICO

Bleach 3 PMC è un disinfettante liquido per lavanderia automatica a base di perossido di idrogeno e acido peracetico per tutta la biancheria, ad eccezione dei tessuti in lana e nylon. Si tratta di un prodotto appositamente studiato per il lavaggio della biancheria in ambienti in cui è necessaria la massima igiene come ospedali e case di cura. Bleach 3 è attivo:

- Come battericida e lieviticida già a 20° C con un tempo di azione di 5 minuti.

- Come battericida e fungicida a 40° C con un tempo di azione di 15 minuti.

Da oggi la qualità e l'efficacia della gamma lavanderia automatica Sutter Professional, dunque, sono riconosciute anche attraverso l'ottenimento del Presidio Medico Chirurgico per Bleach 3, con registrazione n°19602 del Ministero

della Salute, a testimonianza della continua qualificazione dell'offerta di Sutter Professional. Dal punto di vista della compatibilità ambientale il lancio di Bleach 3 PMC conferma il cammino che Sutter Professional ha da sempre intrapreso verso il rispetto dell'ambiente, infatti, il risparmio energetico ottenuto attraverso un lavaggio con disinfezione a basse temperature, può far sì che quantità notevoli di anidride carbonica non vengano disperse in atmosfera. Oltre a questo, il lavaggio a basse temperature è meno stressante per i tessuti e garantisce nel corso del tempo un miglior mantenimento delle fibre e dei colori. Bleach 3 disinfettante è adatto a ogni tipo di durezza dell'acqua ed è utilizzabile solo con un impianto dosatore automatico.

www.sutterprofessional.it

LINEA STERILE: SERVIZI INTEGRATI PER IL SETTORE SANITARIO

Linea Sterile è una innovativa unità produttiva operante esclusivamente nel settore sanitario, progettata per la fornitura del Servizio Integrato di noleggio ricondizionamento e logistica dei dispositivi tessili per reparti, divise per il personale con installazione di Sistemi di distribuzione automatizzata, Dispositivi medici sterili in tessuti tecnici ricondizionabili, a norma UNI EN 13795, fornitura e gestione in Service di dispositivi sterili monouso, noleggio e sanificazione materasseria e Sistemi antidecubito integrati a servizio di gestione guardaroba presso i presidi. La crescita professionale e qualitativa del processo di Linea Sterile è testimoniata anche dall'applicazione di rigidi sistemi di controllo certificati in conformità con le norme UNI EN ISO 9001, UNI EN 13485, UNI EN ISO 14001, Norma SA8000, UNI EN 14065 e, l'accreditamento allo standard ANMDO/CERMET per la progettazione ed erogazione di servizi di sterilizzazione teleria e camici in Kit Sterili per campo operatorio. I moderni impianti industriali presenti nello stabilimento di Gatteo (FC) hanno permesso di servire ogni anno oltre 10.000 operatori sanitari e più di 3.000 posti letto all'interno di 25 strutture ospedaliere delle aree Romagna e Marche. Annualmente circa 60.000 campi operatorio vengono allestiti con Kit per sala operatoria in Tessuto tecnico ricondizionabile forniti da Linea Sterile S.p.A.



www.lineasterile.com



7° CONVEGNO NAZIONALE SULLE SALE OPERATORIE



Sale Operatorie: il luogo delle scelte difficili

appropriatezza, sostenibilità, tracciabilità

Roma, 20-21-22 ottobre 2010

ATAHOTEL VILLA PAMPILI - Via della Nocetta, 105

L'esame "stereotassico" delle variabili organizzative di un moderno blocco operatorio si può sviluppare sui tre assi cartesiani dell'appropriatezza, della sostenibilità e della tracciabilità.

Appropriatezza articolata a sua volta nell'efficienza nell'uso delle risorse (tempo, livelli di assistenza, protocolli, staff, tecnologie, devices) e nell'attenzione al risultato finale del percorso chirurgico; sostenibilità letta in termini economici (di investimento e di gestione), ambientali, relazionali ed umani; e tracciabilità come trasparente e dettagliata visibilità dell'interagire nel tempo di persone, materiali, strumentazioni e degli eventi che da tali complesse interazioni derivano.

Su queste direttrici ANMDO propone un nuovo stimolante incontro tra i molti professionisti che ruotano attorno al processo operatorio, il "luogo delle scelte difficili": un incontro dagli spunti volutamente provocatori, per stimolare al massimo grado riflessioni e dibattito attorno ad un ambiente cangiante e denso di stimoli, e per tentare una proiezione evolutiva oltre l'arco temporale fortemente ridotto a cui la grande variabilità delle risorse in gioco frequentemente ci costringe.

ORGANIZZAZIONE



Viale di Val Fiorita, 86
00144 Roma
Tel. 065919416
Fax 065912007
eventi@iniziativesanitarie.it

PER ULTERIORI INFORMAZIONI
E PROGRAMMA AGGIORNATO
www.iniziativesanitarie.it
www.anmdo.org



Per il Convegno è prevista la presentazione di Minirevis della Società Italiana per l'attestazione dei crediti formativi ECM

Premio ANMDO: La sostenibilità ambientale e le sale operatorie

Qualità, innovazione e sostenibilità ambientale sono gli imperativi da seguire. Il premio ANMDO si propone di riconoscere e valorizzare il progetto più aderente ai tre must di intervento nelle sale operatorie.

Si richiede di proporre progetti e realizzazioni, tecniche ed esperienze di ricerca relative a tematiche inerenti ai piani energetici, alle energie rinnovabili, sostenibilità ambientale, ciclo dei rifiuti applicate alle sale operatorie.

I progetti saranno valutati sulla base dei seguenti fattori:

L'idea e la sua forza innovativa all'interno delle strutture sanitarie;

- La capacità di produrre risultati misurabili attraverso un'enunciazione chiara degli indicatori di analisi;

- La costituzione di gruppi di lavoro e tavoli stabiliti di concertazione;

- L'impatto delle iniziative in termini ambientali e il rapporto costo/benefici;

- La sostenibilità organizzativa;

- La sostenibilità ambientale.

I progetti presentati verranno valutati da una commissione composta dalla segreteria scientifica A.N.M.D.O., presieduta dal Dott. G. Finzi presidente nazionale A.N.M.D.O., che provvederà ad identificare i migliori, assegnando:
al 1° classificato un premio di 2000 €;
al 2° classificato un premio di 1500 €.

Condizioni di Partecipazione

Al premio possono partecipare i professionisti che operano nel campo sanitario e che sono regolarmente iscritti al 7° Convegno Nazionale sulle Sale Operatorie

Potranno essere presentate:

- In senso lato idee e proposte che riguardano l'ambiente ospedale (realistiche e realizzabili);
- Provvedimenti, iniziative, manifestazioni, progetti o prodotti o servizi sviluppati in ambito sanitario.

Il progetto va inviato via e-mail in formato pdf al seguente indirizzo di posta elettronica: anmdo.segreteria@virgilio.it

Il progetto va descritto da un minimo di 10 pagine ad un massimo 15 pagine. Se si tratta di progetti già realizzati è possibile allegare altra documentazione quali articoli di stampa e comunicati. Il materiale può essere accompagnato anche da cd-rom, fotografie, video, ecc.

Termine ultimo di adesione è il 30 luglio 2010

Uno stesso soggetto può presentare e quindi candidarsi per uno e un solo progetto compilando la scheda di adesione relativa.

Informazioni e chiarimenti sulle modalità di partecipazione e compilazione della scheda o sull'ammissibilità dei progetti possono essere richieste contattando:

SEGRETERIA ANMDO

c/o Direzione Medica Ospedaliera Policlinico Sant'Orsola Malpighi Via Massarenti n° 9 - 40138 Bologna

Tel. 051.391841

Fax 051.390512

Informazioni: anmdo.segreteria@virgilio.it

SANI SYSTEM: EFFICACIA DIMOSTRATA

Sani System Polti è l'innovativo sistema di sanificazione di alto livello in ambienti a rischio di contaminazione biologica. E' 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. Numerosi test effettuati sia in Italia che all'estero dimostrano come Sani System sia efficace nei confronti dei seguenti microrganismi:

BATTERI

Staphylococcus aureus, MRSA, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Legionella pneumophila, Proteus mirabilis, Serratia marcescens, Klebsiella pneumoniae, Streptococcus spp.

FUNGHI

Aspergillus niger e Candida albicans

VIRUS

H1N1, HIV, HCV

SPORE

Bacillus subtilis

www.sanisystempoliti.com



Disinfezione e Detersione Superfici Dispositivi Medici

mondial

Concrete answers to real problems

SINCERT



35010 Limena • Padova • Via Don Zonta 3
Tel.049 768712 Fax 049 769497

info@mondialprod.it • www.mondialprod.it



IL SISTEMA A MODULI INTEGRATI

Il Sistema a Moduli Integrati che Kemika presenta per la sanificazione delle superfici in ambito ospedaliero si basa su dati comprovati e validati dal laboratorio certificato BIOLAB di Milano in condizioni reali di utilizzo.

Si tratta del sistema che impiega tre formulati a base di tre principi attivi differenti (Cloro in pastiglie, Biguanide-Quaternari, Chlorexidina) abbinati anche all'uso di panni in microfibra che per le loro caratteristiche si adattano alle tre tipologie di superfici che si incontrano nell'ambiente ospedaliero. Queste sono i pavimenti, le attrezzature ed i servizi igienici sia nelle zone a Basso-Medio Rischio che nell'Alto Rischio. Tra le due zone la differenza è nella concentrazione di impiego e nei tempi di contatto, che nell'Alto Rischio risultano più alti.

Questa impostazione semplifica notevolmente l'organizzazione

del lavoro. Con tre soli prodotti si effettua la sanificazione di tutte le superfici ospedaliere.

Il sistema a Moduli Integrati deriva dal sistema a Moduli Generale, nel quale vengono previsti i 3 principi attivi formulati in tre diversi prodotti adatti alle pulizie e disinfezione delle tre tipologie di superfici.

Si applica il sistema a Moduli Generale, quando vi fosse la richiesta da parte di una direzione sanitaria di alternare la tipologia di disinfettanti. In questo caso, il numero di prodotti che devono essere resi disponibili è ben più alto.

Il Cloro, i Quaternari con Biguanide e la Clorexidina testati con concentrazioni, tempi di contatto e formulati adeguati, abbattano radicalmente la carica microbica

sulle superfici fatto salvo che per quelle specie microrganiche per le quali già si conosce la scarsa efficacia (per esempio su spore, Micococco TBC e qualche virus). Efficacia comunque non richiesta per le superfici ambientali.

Nella pratica della sanificazione delle superfici in ambiente ospedaliero l'esigenza dei tempi di lavoro sempre più ristretti, di evitare di lasciare patine o residui sulle superfici e sui pavimenti e quelle dei consumi e dei costi dei prodotti, giocano un ruolo molto importante.

Il successo del Sistema a Moduli Integrati è dovuto all'efficacia disinfettante e detergente dei prodotti, abbinata alle esigenze su indicate, che si realizza in tempi molto brevi.

Quasi tutti i formulati sono PMC cioè disinfettanti che hanno ottenuto la registrazione al Ministero della Salute.

www.kemikaspa.com

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.