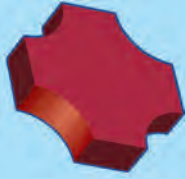


L'OSPEDALE

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



ANMDO
associazione nazionale medici direzioni ospedaliere

Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

postatarget
magazine

Tariffa Pagata: Magazine
Aut. DCB Centrale/PT Magazine
Aut. 63/2004
valida dal 25-03-2004

Posteitaliane

N° 1/09

RISCHIO IN SANITÀ

La sicurezza integrata per il governo
dei rischi

ORGANIZZAZIONE

Sale operatorie decentrate:
problemi organizzativi e soluzioni

SICUREZZA E TECNOLOGIE

Sale operatorie del nuovo ospedale
di Modena: sicurezza ed innovazione

PROGETTAZIONE INTEGRATA

Implementazione del modello di Assistenza
per intensità di cura. Esperienze e criticità
nella progettazione del nuovo Ospedale di
Mondovì

ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

L'appropriatezza dei ricoveri in un reparto
di Malattie Infettive

MANAGEMENT SANITARIO

Mappatura del rischio clinico
e contenimento della spesa assicurativa

QUALITÀ

La qualità percepita all'atto
della dimissione: l'esperienza
dell'ASO S. Giovanni Battista di Torino

INNOVAZIONE

La valutazione del medico ospedaliero
quale strumento per il miglioramento

FORMAZIONE

Le nuove esigenze formative

ORIZZONTI



EDICOM

info@gsanews.it • www.gsanews.it



SNELL HABITAT s.p.a.

Italy - 31055 Quinto di Treviso (TV) - Via Luigi Negrelli 2

Tel. +39 0422 470 100 - Fax +39 0422 471 476

info@snellhabitat.com - www.snellhabitat.com

STERRAD[®]100NX[™]

DAGLI
INVENTORI
DELLA
TECNOLOGIA
STERRAD[®]

Il più avanzato sviluppo della tecnologia a gas plasma definisce i nuovi standard nella sterilizzazione a bassa temperatura.

Tempi dei cicli
più brevi

Semplice da installare

Validazione
del processo

Aumento
della produttività

Sicuro per
gli strumenti

Connessione
al network

Sicuro per
gli operatori
e l'ambiente

Compatibilità
con gli
strumenti



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



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 62 - Numero 1 - gennaio-marzo 2009

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità

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

Direttore responsabile: Giovanna Serranò

Direttore editoriale: G. Finzi

Segreteria scientifica: U.L. Aparo

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

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

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

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

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

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

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

Tiratura media: N. 4.750 copie

Diffusione media: N. 4.692 copie

Certificato CSST N.2008-1744 del 26 Febbraio 2009

Società di Revisione: RIA&PARTNERS
Tiratura del presente numero: 5.000 copie

associato a:

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

CSST CERTIFICAZIONE
STAMPA SPECIALIZZATA
E TECNICA

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



In copertina
Ospedale di Trento

La sicurezza integrata per il governo dei rischi

Egidio Sesti, Ugo Luigi Aparo, Gianfranco Finzi

8

Sale operatorie decentrate: problemi organizzativi e soluzioni

Luigi Pacilli, Gabriella De Vincentis

14

Sale operatorie del nuovo ospedale di Modena: sicurezza ed innovazione

Stefano Cencetti, Consolo Basili, Teresa Pesì, Massimo Garagnani, Sonia Cecoli

20

Implementazione del modello di Assistenza per intensità di cura. Esperienze e criticità nella progettazione del nuovo Ospedale di Mondovì

Maurizio Salvatico

30

L'appropriatezza dei ricoveri in un reparto di Malattie Infettive

Irene Cocchi, Roberto Esposito, Rosella Molinari, Miglioli Mauro, Anselmo Campagna, Alessandro Callegaro

40

Mappatura del rischio clinico e contenimento della spesa assicurativa

Alessandra Currò, Fabio Buzzi

50

La qualità percepita all'atto della dimissione: l'esperienza dell'ASO S. Giovanni Battista di Torino

M. Rapellino, I. Di Marco, P. Borelli, S. Soldi, R. Cerri, M. Caserta, A. Ragaccio, M. Cunazza, M. Prozio

58

La valutazione del medico ospedaliero quale strumento per il miglioramento

Paolo Cantaro, Salvatore Scarlata

64

Le nuove esigenze formative

Silvio Brusaferrò, Federico Farneti, Manola Lisiero, Chiara Perinotto, Adriana Moccia

68

ORIZZONTI

78



**SERVIZI
OSPEDALIERI SPA**
GRUPPO MANUTENCOOP



Servizi Ospedalieri partnership per l'eccellenza

Stabilimento di Ferrara (sede legale)
Via Calvino, 33 - 44100 Ferrara (Fe)
Tel. 0532.599711 - Fax 0532.773800

Stabilimento di Teramo
Case Molino di Villa Zaccheo - 64020 Castellalto (Te)

Stabilimento di Lucca
Via San Pietro a Vico, 205 - 55100 Acquacalda (Lu)

Stabilimento di Portogaribaldi
Via Romea, 15 - 44029 Porto Garibaldi (Fe)

GYNIUS®

è il futuro.

Distributori di detergente
con erogazione programmata



Premio "Innovazione
Amica dell'Ambiente"

Legambiente
2008



LEGAMBIENTE



REMOTE CONTROLE

GYNIUS viene programmato in remoto per distribuire prodotto solo ad operatori abilitati.



ACCESSO RISERVATO

GYNIUS eroga tipo di prodotto e specifiche quantità inserendo il codice e la password personale.



NESSUNO SMALTIMENTO

5 TANICHE da 25l di prodotto concentrato sostituiscono gli attuali 4 bancali in confezioni di plastica.



PREVENTIVI E COSTI COINCIDENTI

GYNIUS eroga esattamente il prodotto previsto, eliminando sprechi e tempi di diluizione.



GARANZIA DI GUADAGNO

Ogni cantiere guadagna sulla base di ciò che è stato preventivato, senza variabili né sorprese.

SALVAGUARDIA DELL'AMBIENTE

Con GYNIUS si riducono drasticamente i TRASPORTI e i contenitori di PLASTICA da smaltire



AR-CO s.r.l.
Via Canalazzo, 22/24
41036 MEDOLLA (MO)
www.arcochimica.it

La sicurezza integrata per il governo dei rischi

Riassunto

La gestione del rischio, strumento del Governo Clinico, consente alle organizzazioni sanitarie di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità di medici e di altri operatori sanitari per lo sviluppo qualità.

La gestione del rischio clinico è in primo luogo una funzione strategica ed operativa; l'assetto organizzativo dell'attività deve quindi distinguere più "livelli" di responsabilità ognuno dei quali contraddistinto da ruoli e prerogative chiaramente differenti.

Un'organizzazione complessa, come ad es. le organizzazioni sanitarie, man mano che cresce, per continuare ad alimentare la crescita, deve differenziare ruoli e competenze, introdurre attività, anche dirigenziali, che richiedono abilità diverse, a seconda del ruolo.

La strada da intraprendere è quella della gestione sociale dei processi di pianificazione strategica attraverso sessioni di brainstorming di gruppo, condivisione di opinioni, visioni, scenari e prospettive con l'obiettivo non tanto di identificare la decisione da prendere quanto di delineare un sentimento e una comprensione comune dei problemi.

Non può esserci capacità di gestione di eventi avversi se non si ha la capacità di creare e soprattutto di mantenere nel tempo una cultura dove le persone possono parlare e farsi ascoltare. La sicurezza integrata per il governo dei rischi

E' importante sottolineare che qualsivoglia forma di Governance prevede comunque che vi sia qualcuno che prenda le decisioni, qualcuno che sia responsabile della produzione, qualcuno che curi gli aspetti amministrativi e qualcuno che sia responsabile della gestione. E, soprattutto, necessita che le persone giuste siano collocate al posto giusto.

La complessità non può essere eliminata ma può essere tenuta sotto controllo. Chi ha il compito di elaborare strategie in azienda si deve confrontare oggi con una complessità crescente per affrontare la quale le armi disponibili sono spesso inadeguate.

Molte questioni strategiche hanno un elevato tasso di complessità. I problemi complessi non possono essere risolti con i processi/modelli tradizionali perchè hanno cause innumerevoli, sono difficili da descrivere e non hanno risposte univoche adeguate.

Problemi così complessi da richiedere molta intelligenza, conoscenza e informazione anche soltanto per comprendere come l'unica soluzione possibile stia nell'essere indecisi rispetto a una decisione da prendere.

Si tratta infatti di processi che richiedono non soltanto approcci, strumenti e capacità di tipo collaborativo ed una intelligenza collettiva, ma anche la condivisione di significati per creare una comune comprensione dei problemi e un impegno condiviso nella ricerca delle possibili soluzioni.

E' nell'ambito della Integrated Go-

Egidio Sesti*, Ugo Luigi Aparo, Gianfranco Finzi*****

*Direzione UOC Qualità Aziendale e Risk Manager ASL Roma B

**Direzione Sanitaria Istituto Dermatologico dell'Immacolata-IRCCS Roma

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

PREMESSA

Il concetto di Clinical Governance, descritto nel 1983 in un documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è stato introdotto proprio per rappresentare in modo sintetico le interconnessioni fra gli aspetti multidimensionali della qualità in ambito sanitario.

La *Clinical Governance* è data dall'unione delle diverse dimensioni della qualità che concorrono a migliorare il servizio prodotto. Fra le numerose dimensioni della qualità esistenti, se ne possono

individuare quattro di tipo fondamentale, che la *Clinical Governance* ha il compito di unire:

- la competenza professionale (qualità tecnica);
- la capacità di soddisfare le aspettative ed i valori delle persone assistite, dei loro familiari e dei dipendenti (qualità percepita);
- l'uso razionale delle risorse disponibili (efficienza tecnica e allocativa);
- il risk management, inteso come minimizzazione dei rischi per i pazienti.

**PAROLE CHIAVE:**

Clinical governance, risk management, sicurezza, organizzazioni sanitarie

vernance che occorre agire per prevenire gli eventi avversi.

Il risk management costituisce una delle dimensioni della qualità.

Sistemi isolati di risk management si sono rivelati del tutto inefficaci perché non sono in grado di introdurre modifiche nella pratica clinica. Ciò si realizza solo creando strette connessioni fra il risk management e le altre dimensioni della qualità individuabili in una organizzazione sanitaria.

La gestione del rischio, strumento del Governo Clinico, consente alle organizzazioni sanitarie di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità di medici e di altri operatori sanitari per lo sviluppo qualità.

Quantunque la tecnologia sia importante per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e ridurre gli eventi avversi e gli errori in medicina, non è tuttavia in grado di agire sugli eventi avversi causati da carenze organizzative gestionali che rappresentano due terzi degli eventi avversi e che possono essere eliminati solo intervenendo sugli aspetti culturali delle organizzazioni. Le cause e le caratteristiche dei principali errori nelle organizzazioni sanitarie nei diversi Paesi sono molto simili e suggeriscono che i problemi e le loro potenziali soluzioni siano strettamente connessi alla cultura delle organizzazioni sanitarie stesse e alla natura della pratica clinica.

Relativamente all'aspetto organizzativo, le raccomandazioni della So-

cietà Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria – (SIQuAS) sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti, suggeriscono:

- Ogni organizzazione sanitaria, a qualsiasi livello d'articolazione, deve dotarsi di un sistema strutturato per la sicurezza dei pazienti e degli operatori tramite la gestione del rischio clinico.
- Ogni organizzazione sanitaria deve avere una politica ed una strategia per la sicurezza mediante la prevenzione e la gestione del rischio clinico.
- Il sistema per la sicurezza tramite la gestione del rischio clinico deve essere dotato di risorse umane e strumentali cui attribuire responsabilità specifiche allocate in staff alla direzione generale delle organizzazioni sanitarie, estese a rete nell'intera organizzazione ed avere un rapporto diretto e complementare, quando non effettivamente sovrapposto, agli staff ed alle reti per la qualità. Il team deve essere coordinato da un dirigente medico o sanitario con preparazione specifica e documentata.

Le aziende, le organizzazioni in genere, sono fatte da persone. Cosa talmente nota da venire sempre dimenticata e cronicamente sottovalutata. Nella maggior parte delle organizzazioni sanitarie le persone vengono gestite, "managed", manipolate, utilizzando metodologie basate sul comando e sul controllo, partendo dal presupposto che sia pratica necessaria perché le persone non sono in grado di

auto-regolarsi. Eppure le organizzazioni sanitarie sono tipicamente dei sistemi complessi adattativi e dunque caratterizzati dalla naturale capacità di auto-regolazione. Dunque, per massimizzare l'efficacia e l'efficienza, il personale che opera nell'ambito delle organizzazioni complesse non solo non deve essere controllato, ma deve essere incoraggiato a modificare, in termini evolutivi e continui, il proprio lavoro e la propria funzione al fine di creare sempre nuovo valore. Ognuno deve comportarsi e pensare come se l'azienda fosse sua. Non può esserci una valida capacità di gestione degli eventi avversi all'interno di organizzazioni basate sul comando e sul controllo. Il fallimento delle misure adottate finora lo dimostra ampiamente. Si deve tenere conto preliminarmente della tipologia delle organizzazioni nelle quali tali misure vengono calate. Misure che devono anch'esse evolvere con lo stesso tasso di cambiamento dell'ambiente in cui vengono applicate, nell'ambito di logiche di Integrated Governance e non di organizzazioni gerarchiche e burocratiche.

Un'organizzazione complessa man mano che cresce, per continuare ad alimentare la crescita, deve differenziare ruoli e competenze, introdurre attività, anche dirigenziali, che richiedono abilità diverse, a seconda del ruolo.

La soluzione di un problema complesso è sempre un processo sociale. Sempre che di soluzioni ne esista una sola, perché il problema complesso non comporta risposte giuste o sbagliate ma soprattutto perché non esistono formule magiche o modelli preconfezionati da applicare in contesti che cambiano in modo imprevedibile nel tempo.

La gestione del rischio clinico è in primo luogo, una funzione strategica ed operativa nell'attuazione, l'assetto organizzativo dell'attività

deve quindi distinguere più “livelli” di responsabilità ognuno dei quali contraddistinto da ruoli e prerogative chiaramente differenti.

1. Regione promuove il processo di miglioramento continuo della qualità (MCQ) delle strutture sanitarie attraverso l'autorizzazione all'esercizio ed all'accreditamento istituzionale. Provvede affinché l'assistenza, sia erogata in condizioni d'efficacia, efficienza, sicurezza, d'equità e pari accessibilità a tutti i cittadini e sia appropriata rispetto ai reali bisogni di salute della persona. Promuove un sistema regionale omogeneo di gestione del rischio clinico attraverso:

- collegamento con i referenti delle Unità di Rischio;
- definizione di modelli omogenei d'organizzazione delle Unità di Rischio;
- condivisione di linguaggio e strumenti;
- raccolta e condivisione dati sul rischio clinico;
- formazione degli operatori;
- inserimento negli obiettivi strategici del Direttore Generale Aziendale delle politiche di gestione del rischio e relativa valutazione tramite indicatori.

2. Il Modello d'Organizzazione Aziendale

2.1. Direzione Generale identifica il risk Manager tra i dipendenti dell'azienda in possesso di specifiche e qualificate competenze o che abbia una comprovata esperienza organizzativa gestionale di strutture ad alta complessità. Istituisce un servizio d'ingegneria clinica che garantisce l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici, apparecchi e impianti sanitari.

2.2. Collegio di Direzione è l'organo preposto a livello strategico per il governo clinico, sotto il coordinamento del Direttore Sanitario Aziendale. Analizza ed è informato sullo stato dell'arte che attiene al

rischio aziendale, che si palesa dall'analisi di tutti i sistemi informativi aziendali. Garantisce il sostegno al tema della gestione dei rischi stimolando la sensibilità e l'informazione tra i massimi organi di governo Aziendali.

2.3. Direttore Sanitario Aziendale assicura la continuità operativa tra i livelli organizzativi dell'Azienda e, attraverso il loro coordinamento unitario, il collegamento e l'integrazione tra i presidi sanitari dell'Azienda, tra i dipartimenti, le UU.OO., le linee produttive e le diverse professioni in essi presenti. Promuove i comitati, le commissioni, i gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o istituiti in Azienda. Presiede e/o coordina gli stessi.

2.4. Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero è membro di diritto del Collegio di Direzione. La funzione è quella di stabilire l'impegno di servizio necessario per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel piano aziendale di rischio. Concorre alla valutazione dei rischi nell'ambito delle strutture pertinenti alla Direzione Sanitaria propriamente detta, e delle aree comuni e attua gli interventi di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori cui è direttamente preposto.

2.5. Direttore del Servizio/Dipartimento Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo ed Ostetrico (SITRO) è parte del Collegio di Direzione; svolge funzione di supporto al Risk Manager Aziendale nello stabilire l'impegno necessario del servizio per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel piano aziendale di rischio; concorre alla valutazione dei rischi nell'ambito delle attività pertinenti ed è complessivamente responsabile dei relativi livelli qualitativi e d'appropriatezza delle prestazioni erogate.

2.6. Direttore di Dipartimento è membro di diritto del Collegio di

Direzione. Ai fini dell'attuazione del piano aziendale del rischio propone al Risk Manager Aziendale, secondo procedure formalmente previste, la costituzione a livello dipartimentale di Reti Professionali, Gruppi Operativi Interdisciplinari, Comitati e/o Commissioni, approvati dal Comitato di Dipartimento. Coordina gruppi audit interni su specifiche problematiche.

2.7. Risk Manager

È il responsabile della specifica struttura organizzativa aziendale denominata “Unità per la gestione del Rischio Clinico”. È garante unico dell'attuazione del programma aziendale, dettagliato nel “piano d'attività annuale per la gestione del rischio”, di cui ha la responsabilità della gestione dei progetti specifici. Opera all'interno della struttura organizzativa dell'azienda, nell'ambito della quale sviluppa politiche, strumenti e metodologie di misurazione e gestione del rischio. È ordinato in staff alla Direzione Strategica Aziendale con i seguenti compiti:

- coordina gruppi di lavoro operanti nei progetti di gestione del rischio clinico;
- rappresenta il Comitato Aziendale di gestione del rischio clinico presso il Collegio di Direzione;
- garantisce l'avvio e la gestione dei sistemi informativi ad hoc, sperimenta modelli d'analisi e monitoraggio degli eventi avversi a partire dai dati SDO;
- predispose il “piano d'attività annuale per la gestione del rischio”, avvalendosi anche del supporto del Comitato Aziendale per la gestione del rischio;
- supporta la gestione del programma d'audit clinico sui rischi; l'obiettivo è quello di creare gruppi multiprofessionali e multidisciplinari per la definizione di linee guida e/o PDT (percorsi diagnostico terapeutici);

- suggerisce gli interventi sulle singole funzioni e processi rilevanti in applicazione a raccomandazioni degli organismi sanitari istituzionali;
- gestisce le risorse aziendali specificamente dedicate al programma aziendale di gestione del rischio clinico;

Annualmente predisporre una relazione descrittiva delle attività svolte e dei loro risultati e verifica la validità e l'attualità del piano annuale della gestione del rischio.

Avrà cura di sollecitare le singole figure preposte alla concreta attuazione del programma. E' cura del Risk Manager evidenziare quelle mancanze funzionali dell'attuazione del piano che richiedono una modifica del piano stesso.

Il livello attuativo aziendale è riferito alla gestione di rischi clinici specifici e rientra nell'ambito di responsabilità diretta del personale medico e sanitario, collocato necessariamente a livello delle singole linee d'attività clinico-assistenziali.

L'ambito di responsabilità riguarda l'analisi reattiva e proattiva dei rischi clinici su processi specifici, l'identificazione delle cause, l'elaborazione delle azioni (correttive e preventive) e l'attuazione delle azioni di revisione e miglioramento.

3. Gruppo di coordinamento per l'attività di gestione del rischio ha funzioni d'indirizzo, coordinamento e verifica dell'effettiva realizzazione di quanto pianificato a livello aziendale. Le attività del gruppo di coordinamento devono coprire alcune necessità specifiche e funzioni all'interno della struttura:

- definire strumenti per individuare e valutare i momenti di rischio e le situazioni incidentali;
- individuare criticità più o meno latenti;
- individuare strumenti ed azioni (correttive e preventive), per la riduzione dei danni al paziente,

al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale;

- definire strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura;
- sostenere l'attività professionale d'operatori sanitari e tecnici.

4. Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS) ha preferibilmente una struttura organizzativa composta da tali figure: Direzione Sanitaria, Medicina legale, Affari generali, Risk Manager, Broker, Assicurazione.

L'obiettivo che il CVS deve perseguire è la minimizzazione dell'impatto economico del sinistro attraverso la raccolta d'informazioni per la gestione dei sinistri, la pronta valutazione delle eventuali responsabilità, la gestione dei rapporti con i danneggiati.

5. Gruppi Operativi Interdisciplinari sono intesi come momento di diffusione e applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità, della diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico e come supporto per i dipartimenti, le aree funzionali e le UU.OO. Sono costituiti da un insieme di singoli professionisti appartenenti a discipline differenti.

6. Comitati e Commissioni previsti da norme vigenti e formalmente costituiti in Azienda (comitato per il buon uso del sangue, commissione per la lotta alle infezioni ospedaliere, comitato per l'ospedale senza dolore, commissione del farmaco, etc.) adottano la metodologia di lavoro a progetto.

Si incaricano di promuovere all'interno dell'azienda la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche e assistenziali.

7. Piano d'attività annuale per la gestione del rischio è il documento che definisce le linee annuali di gestione del rischio clinico, identifi-

ca le aree di rischio, la valutazione della priorità d'intervento, le risorse dedicate e la loro allocazione sulle diverse linee d'azione/progetti specifici.

E' definito in funzione delle linee programmatiche regionali e/o dalle raccomandazioni del Ministero della Salute e da temi emersi nell'azienda stessa.

CONCLUSIONI

Il futuro non si prevede. Si costruisce. Si decide dove si vuole essere in tre, cinque anni di tempo, ci si rimbecca le maniche e si lavora per costruire ed ottenere il risultato progettato. La strada da intraprendere è quella della gestione sociale dei processi di pianificazione strategica attraverso sessioni di brainstorming di gruppo, condivisione di opinioni, visioni, scenari e prospettive con l'obiettivo non tanto di identificare la decisione da prendere quanto di delineare un sentimento e una comprensione comune dei problemi.

Si progettano anche e soprattutto i modi di affrontare e risolvere eventi avversi.

Non può esserci capacità di gestione di eventi avversi se non si ha la capacità di creare e soprattutto di mantenere nel tempo una cultura dove le persone possono parlare e farsi ascoltare.

All'interno delle organizzazioni sanitarie i mutamenti dell'assetto professionale creano un incremento esponenziale della complessità dal momento che richiedono un rapido passaggio da un modello di organizzazione di tipo verticistico a modelli gestionali fondati su gruppi più dinamici ed adattabili alla varietà dei contesti, più partecipativi e responsabilizzanti.

Alla complessità tradizionale dell'universo organizzativo dei sistemi sanitari, oggi, si è aggiunto

un ulteriore elemento di grande portata: l'evoluzione del ruolo e delle funzioni del risk manager che ha visto riconosciuta l'essenzialità e la specificità del proprio ruolo. L'evoluzione dell'articolazione degli organismi aziendali ha portato questa figura ad incarichi dirigenziali e ruoli di direzione strategica. L'innovazione richiede una profonda conoscenza della routine ed un coinvolgimento diretto nei processi che si vogliono cambiare.

L'approccio auspicabile è quello sperimentale. Occorre provare modifiche diverse, monitorare processi e registrare i risultati per poi procedere ad analisi di confronto per individuare i parametri che influenzano in modo diretto il risultato finale. Il che implica intervenire in modo pesante e continuo sulle strutture e geometrie organizzative e sulle strutture gerarchiche e di responsabilità, dunque attivare complesse ma indispensabili dinamiche di relazioni industriali.

Chi sta concretamente sperimentando risposte organizzative alle nuove sfide e può ormai avviare e condividere riflessioni concrete sui vincoli e sulle criticità delle soluzioni proposte, è destinato a svolgere un ruolo significativo di apripista non solo per l'individuazione di metodi e soluzioni operative, ma più in generale con riferimento all'evoluzione ed alle opportunità delle nuove esperienze e modelli di lavoro.

I provvedimenti da adottare non consistono nel creare funzioni di risk management isolate, avulse dall'Integrated Governance, affidate a risk managers incapaci di agire sui collegamenti fra i nodi della rete. Le conseguenze potrebbero essere drammatiche.

Il coordinamento delle attività nell'ambito della Clinical Governance deve essere affidato a persone che siano in grado di ricer-

care una mediazione e una sintesi tra i differenti apporti e i differenti esperti che non si configuri come mera sommatoria di conoscenze, quanto, piuttosto, come la produzione olistica di nuovi modelli di conoscenza.

Il risk manager, in questo processo, può costituire il punto forte o l'elemento debole del cambiamento a seconda se sia in grado di interpretare attivamente un ruolo di definitore di standard e requisiti, pianificatore e certificatore di sistemi.

Giusto focalizzare l'attenzione sulla comunicazione, come strumento e veicolo di conoscenza e collaborazione, senza comunicazione è praticamente impossibile gestire problemi complessi.

Per essere innovative e competitive, le Aziende devono oggi partecipare alla produzione della conoscenza che le può aiutare a comprendere e gestire problemi complessi, ma nel farlo devono anche alimentare il circolo delle incertezze e della complessità. Non esistono più punti fermi e per sviluppare nuove strategie vincenti bisogna al tempo stesso operare per rendere obsolete le conoscenze prodotte, le strategie in essere, i propri prodotti, i processi e le forme organizzative.

Senza una Direzione Sanitaria competente e autorevole molto difficilmente una organizzazione sanitaria è in grado di creare valore che è ciò che garantisce lo sviluppo e la sopravvivenza duraturi rendendo possibile soddisfare le esigenze degli stakeholders, orientando la gestione verso l'obiettivo della sostenibilità. Definita come la capacità di una organizzazione di continuare le sue attività indefinitamente avendo tenuto in debita considerazione il loro impatto sul capitale naturale, sociale e umano.

BIBLIOGRAFIA

Aparo U.L., Sesti E.: "Manuale di Igiene ospedaliera" Collana Manuali - Roma 1997.

Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera (ANMDO) a cura di Sesti E. et Al.: "Manuale di, "Accreditamento, certificazione ISO 9001:2000, eccellenza: benchmarking delle Direzioni Mediche Ospedaliere". Edito da Edicom, Milano. Settembre 2005.

Huntington J, Gillam S, Rosen R: *Organisational development for Clinical Governance*. BMJ 2000, 321, 679-82;

Mintzberg H., "Management - mito e realtà" Garzanti, 1991.

Morosini P., Perraro F.: *Enciclopedia della gestione della qualità in sanità*. Roma, Centro Scientifico Editore, 2001.

Taroni F, Grilli R. *È possibile un governo clinico delle aziende sanitarie? Politiche sanitarie 2000; 1: 64-76.*

Zanetti M. et Al.: "Il medico ed il management". *Accademia Nazionale di Medicina*. 1996.



STERIL S.P.A.

Servizi Integrati per la Sanità

trattamento Acque *anti legionella*

S T E R I L W A T E R

SISTEMA INTEGRATO CONTRO LA LEGIONELLOSI E LE INFEZIONI DI ORIGINE IDRICA

- RIDUZIONE DEL BIOFILM
- SALVAGUARDIA DELLE LINEE DI DISTRIBUZIONE
- EFFICACIA GARANTITA CONTRO TUTTI I BATTERI
- NESSUN UTILIZZO DI PRODOTTI CHIMICI
- COMPATIBILITÀ CON QUALUNQUE TIPO DI IMPIANTO



O b i e t t i v o A c q u a S i c u r a

www.sterilspa.it - info@sterilspa.it

SEDE - LECCE

V.le Spagna 6 - Z.I. - Z. Arancione
casella Postale n°64 - 73010 Surbo (LE)
Ph.:+39.0832.364536 - Fax: +39.0832.363450

FILIALE - MILANO

C.so Plebisciti, 9 - 20129 Milano
Ph.:+39.027381854 - Fax: +39.02.7385763

Sicurezza prevenzione

Sale operatorie decentrate: problemi organizzativi e soluzioni

Riassunto

Il modello organizzativo e gestionale dell'attività delle sale operatorie dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, è quello tipico del modello decentrato caratterizzato da criticità e da alcuni vantaggi.

Le soluzioni possibili per superare o attenuare tutte o gran parte delle criticità presenti, alla luce di esperienze fatte da varie Aziende Ospedaliere, sono riconducibili essenzialmente a due:

1) conversione della attività operatoria verso un MODELLO CENTRALIZZATO caratterizzato da un profondo cambiamento strutturale e conseguentemente organizzativo;

2) individuazione, elaborazione e realizzazione di una soluzione alternativa, di tipo "organizzativo", che si potrebbe definire CENTRALIZZAZIONE FUNZIONALE, caratterizzata appunto da un cambiamento quasi esclusivamente organizzativo.

Naturalmente non tutte le criticità del modello decentrato possono essere "sanate" dal modello centralizzato funzionale così come non tutte possono essere sanate d'"emblée" dalla costruzione di un quartiere operatorio centralizzato senza intervenire parallelamente sulla componente umana.

Si tratta quindi di un percorso non agevole e sicuramente anche di non breve durata, ma, che vale la pena di affrontare e in tal senso ci siamo impegnati "a fare", consapevoli anche di tutte le difficoltà e, perché no, anche degli interessi che oppongono resistenza al cambiamento e spingono in direzione contraria.

operatorie dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, è quello tipico del modello decentrato caratterizzato da criticità e probabilmente da alcuni vantaggi.

Le 10 Strutture Complesse Chirurgiche di cui è attualmente dotato il nostro Istituto afferiscono a Dipartimenti diversi (fig. 1).

Tutta l'attività chirurgica, è svolta all'interno di 21 sale operatorie, a loro volta raggruppate in 7 blocchi, dislocati su piani differenti della struttura e in larga maggioranza confinanti con le rispettive degenze essendo così privilegiata l'attività di ciascuna specialità chirurgica. (fig. 2 a, 2 b)

L'organizzazione attuale dei vari blocchi è, pertanto, quello tipico del modello decentrato.

L'attività delle sale operatorie si svolge dalle 08.00 alle 16.00, in servizio attivo, dal lunedì al venerdì, sia per l'attività in elezione che per quella in urgenza.

Dalle ore 16.00 alle ore 20.00, invece, l'attività di sala è legata al riordino della stessa e all'attività in urgenza. Dalle 20.00 alle 08.00 subentra la pronta disponibilità delle équipes operatorie per le urgenze.

Il sabato è prevista l'apertura delle sale per le urgenze, per il riassetto, approvvigionamento materiali, controllo scadenze, ecc.. con personale ridotto in servizio attivo dalle 8.00 alle 14.00, mentre dalle 14.00 del sabato alle 08.00 del lunedì mattina è prevista la pronta disponibilità.

Il Personale Infermieristico si occupa dell'attività operatoria,

Luigi Pacilli*, Gabriella De Vincentis**

*Direzione Sanitaria IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo

**Vicedirezione Sanitaria IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo

INTRODUZIONE

Nell'arco degli ultimi due anni, al fine continuare il percorso verso un continuo miglioramento della qualità del servizio erogato e di recuperare l'unitarietà dell'intervento diagnostico-terapeutico, è stato avviato un processo di revisione della organizzazione dipartimentale dell'Istituto, riaggregando le diverse Unità Operative e i Servizi affini e complementari, verso una più profonda integrazione ed autonomia organizzativo-funzionale.

Nell'ambito di questo processo

di riorganizzazione si è ritenuto necessario ripensare e rivedere l'assetto organizzativo dell'attività delle sale operatorie, considerata di fondamentale importanza sia per l'elevato impatto economico sulle risorse complessive dell'Ospedale sia per l'altrettanto importante impatto che l'attività operatoria ha sull'intero percorso clinico del paziente chirurgico e non.

MODELLO ORGANIZZATIVO

L'attuale modello organizzativo e gestionale dell'attività delle sale

**PAROLE CHIAVE:**

Sale operatorie decentrate, centralizzazione funzionale, riorganizzazione dipartimentale

DIPARTIMENTI

SCIENZE CHIRURGICHE	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia Toracica • Chirurgia Addominale • Urologia • Ginecologia ed Ostetricia
CARDIO-VASCOLARE ED ENDOCRINO-METABOLICO:	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia Vascolare • Endocrinologia • Cardiologia -UTIC • Cardiochirurgia
NEUROSCIENZE	<ul style="list-style-type: none"> • Neurochirurgia • Oftalmologia • Otorinolaringoiatria • Rianimazione e Anestesia II • Neurologia • Odontostomatologia
EMERGENZA-ACCETTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Ortopedia e Traumatologia • Rianimazione e anestesia • Pronto Soccorso

Fig. 1

della attività di sterilizzazione e dell'approvvigionamento del materiale ecc. mentre, a personale di ditte esterne è affidata l'attività di pulizia.

L'attività di Anestesia e di Rianimazione, sia medica che infermieristica, è svolta da personale afferente a due diverse Strutture Complesse di Anestesia e Rianimazione dotate ciascuna di 12 posti-letto.

Attualmente tali strutture afferiscono a due dipartimenti: il I Servizio al Dipartimento di Emergenza-Accettazione mentre il II Servizio al Dipartimento di Neuroscienze. Tale divisione si è avuta per effetto delle rispettive "vocazioni" con cui sono nate, oltre che ad esigenze che nel tempo si sono venute a creare (logistiche, percorsi più brevi, apertura di nuove U.O. chirurgiche distribuite nel tempo, ecc.).

Il I Servizio di Anestesia e Rianimazione, il primo ad essere organizzato agli inizi degli anni '80, ha avuto fin dall'inizio un carattere "generale" sia per gli aspetti anestesilogici che rianimatori; in quanto l'unico esistente, serviva tutte le chirurgie allora esistenti. Attualmente, l'attività prevalente di questo Servizio è diretta alle Strutture Complesse di Chirurgia Addominale, di Chirurgia Toracica, di Ostetricia e Ginecologia, di Ortopedia e Traumatologia, di Pronto Soccorso e di Oftalmologia ed ad una serie di attività "extra" (ERCP, Endoscopia, Emodinamica, posizionamento di catetere venoso centrale, ecc.).

Il II Servizio, invece, nato all'inizio degli anni '90, con una connotazione di tipo neuroanestesilogico e neurorianimatorio ha visto, nel corso degli anni, allargare la propria sfera di attività; infatti,

attualmente espleta la propria attività in favore delle Strutture Complesse di Neurochirurgia, di Radiologia-Interventistica, di Otorinolaringoiatria, di Odontostomatologia, di Urologia, di Chirurgia Vascolare e di CardioChirurgia.

PROBLEMI ORGANIZZATI VI

L'attuale modello organizzativo presenta una serie di criticità conseguenti sia alle caratteristiche tipiche del modello decentrato delle sale, sia alla peculiare situazione presente in Casa Sollievo, di cui le principali vengono di seguito riportate:

- Afferenza delle chirurgie a servizi di anestesia diversi ed appartenenza a dipartimenti diversi con evidenti problemi di gestione ed utilizzo integrato delle tecnologie, del personale e scarsa integrazione e condivisione di presidi diagnostico terapeutici;
- Logistiche, considerata la dislocazione dei blocchi operatori in sedi distanti tra di loro che rendono difficile l'ottimizzazione dell'utilizzo del personale infermieristico e medico anestesista;
- Presenza di una gestione di magazzino per ciascuna sala;
- Senso di "proprietà" della sala da parte dei chirurghi;
- Mancanza di un manuale di sala operatoria per la definizione dei percorsi, l'uniformità dei comportamenti, dell'utilizzo delle apparecchiature in condivisione tra più specialità;
- Presenza di una programmazione delle liste operatorie giornaliera e non settimanale;
- Difficoltà al rispetto dell'orario di inizio delle sale operatorie e al controllo, razionalizzazione e gestione efficiente delle risorse anestesilogiche;

- Difficoltà a mantenere sempre distesi i rapporti interpersonali tra le figure professionali (anestesisti e chirurghi e personale infermieristico);
- Presenza di un sistema informatico non adeguato alle necessità;
- Interventi sulla parte strutturale e impiantistica anche di tipo manutentivo più costosi;
- Assenza di personale di supporto (OTA, OSA ecc.) da affiancare al personale infermieristico sollevandolo da attività improprie al profilo professionale.

In tale modello organizzativo non mancano tuttavia alcuni vantaggi, tra i quali in particolare:

- Iperspecializzazione delle competenze;
- Maggiore flessibilità delle liste operatorie;
- Maggiore affiatamento tra i professionisti che costituiscono il team operatorio;
- Percorsi più brevi.

SOLUZIONI POSSIBILI

Le soluzioni possibili per superare o attenuare tutte o gran parte delle criticità evidenziate alla luce di esperienze fatte da varie Aziende Ospedaliere, sono riconducibili essenzialmente a due:

1. conversione della attività operatoria verso un MODELLO CENTRALIZZATO caratterizzato da un profondo cambiamento strutturale e conseguentemente organizzativo.

Da un'analisi di mercato è emerso che il costo medio per una sala operatoria va dai 400.000,00 € per le chirurgie di base ai 650.000,00 € per le chirurgie specialistiche.

Pertanto il costo per un blocco operatorio centralizzato conte-

- 
- **Blocco operatorio IX Piano**
4 sale operatorie con annessa sala di sterilizzazione. 2 per la Neurochirurgia e 2 per l'Urologia;
 - **Blocco operatorio di Chirurgia**
4 sale operatorie con annessa sala di sterilizzazione. 40% Chirurgia Toracica - 60% Chirurgia Addominale
 - **Blocco operatorio di Otorino**
3 sale operatorie con annessa sala di sterilizzazione
 - **Blocco operatorio di Ortopedia**
3 sale operatorie con annessa sala di sterilizzazione
 - **Blocco operatorio di Oculistica**
3 sale operatorie con annessa sala di sterilizzazione. 2 per l'Oftalmologia ed una terza, in fase sperimentale, per l'attività di Cardiocirurgia.
 - **Blocco operatorio di Ostetricia e Ginecologia**
3 sale + due Sale parto operatorie con annessa sala di sterilizzazione
 - **Blocco operatorio di Chirurgia Vascolare**
1 sala operatoria con annessa sala di sterilizzazione

Fig. 2 a

nente di 20 S.O avrebbe costi proibitivi (almeno 10 milioni di € più la centrale di sterilizzazione, terapia intensiva post operatoria, altri servizi ed oneri accessori).

È opportuno qui ricordare che avendo il nostro Istituto una personalità giuridica di diritto privato, non sembra possibile accedere ai finanziamenti ex art.20 L. n.67/88, (previsti invece per le strutture pubbliche).

È, inoltre, in via di definitiva adozione e promulgazione, da parte della nuova Giunta Regionale, il documento sui criteri e requisiti di accreditamento per le strutture sanitarie. In proposito, è stato già elaborato da un gruppo di lavoro interno un studio di fattibilità per il progressivo adeguamento ai requisiti previsti, che non teneva conto della edificazione di un quartiere operatorio. È stato stimato che saranno necessari investimenti per non meno di 25 milioni di euro.

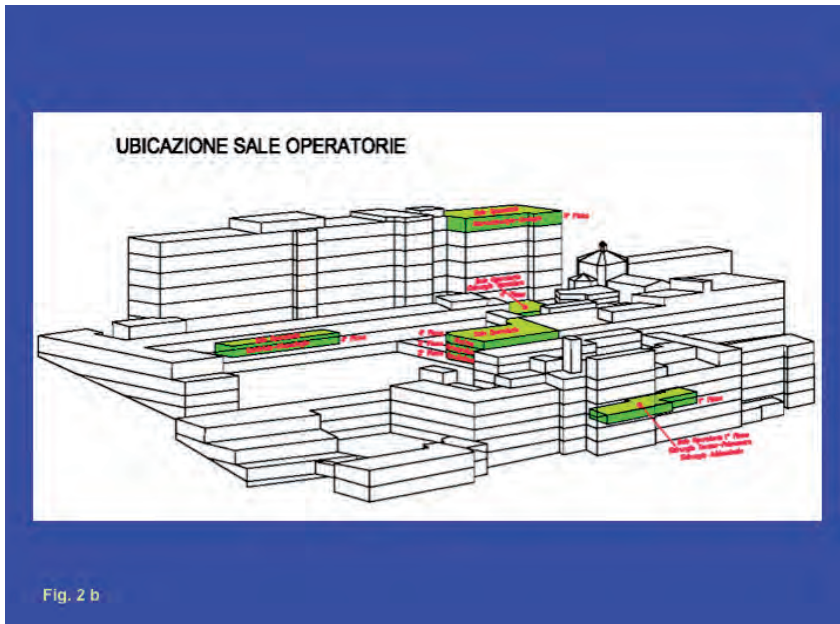
Allo stato attuale, tuttavia, pur rimanendo un obiettivo fondamentale della strategia globale del nostro Istituto, questa so-

luzione richiederebbe un investimento economico estremamente rilevante e comunque non programmabile in tempi brevi.

Pensare, quindi, alla costruzione di un "Quartiere Operatorio" rappresenta una strada molto ardua da intraprendere in questo particolare momento storico.

Comunque, ammesso pure che ciò fosse possibile, i tempi necessari per uno studio di fattibilità approfondito, la elaborazione del progetto, le autorizzazioni sia interne (CdA) che esterne (vari organi istituzionali) e la sua costruzione richiederebbero alcuni anni.

2. Considerato, pertanto le notevoli difficoltà di procedere con la prima e preferibile soluzione, è indispensabile procedere alla individuazione, elaborazione e realizzazione di una soluzione alternativa, di tipo "organizzativo", che si potrebbe definire CENTRALIZZAZIONE FUNZIONALE, caratterizzata appunto da un cambiamento quasi esclusivamente organizzativo.



Essa si basa sulla possibilità di centralizzare il governo di tutte le attività, i processi, le risorse, comprese quelle umane, che entrano in gioco nella attività operatoria attraverso la costituzione di una funzione di coordinamento forte, non modificando, se non nella misura ritenuta indispensabile la componente strutturale.

Tale soluzione, se da un lato ha il pregio di "costare poco", o comunque meno, in termini di beni materiali (struttura, impianti, ecc.), fatti salvi i necessari cambiamenti e miglioramenti richiesti sia dalle norme di sicurezza (di carattere generale e particolare per i gruppi operatori), per i pazienti e per i lavoratori, sia dalle norme di accreditamento istituzionale ed eventualmente di eccellenza, ha tuttavia il suo elemento di forte criticità nella difficoltà ad indurre un cambiamento della cultura, delle abitudini e dei modi di lavorare dei professionisti. "Si è sempre fatto così perché dovremmo cambiare", che potrebbe essere reso ancora meno agevole proprio dal-

la assenza di trasformazione della componente strutturale. Nonostante ciò, tuttavia, è un percorso da compiere e che vale la pena di affrontare per il fatto che ha una validità in sé (per il miglioramento della efficienza del settore, miglior uso delle risorse umane e tecnologiche), ma a maggior ragione laddove si rendesse possibile e comunque in vista della realizzazione di un "quartiere operatorio centralizzato". Infatti, in un sistema a così elevato impatto assistenziale ed economico, come il Blocco Operatorio, una corretta programmazione ed una appropriata gestione delle risorse costituiscono requisiti essenziali per l'erogazione di prestazioni efficienti ed efficaci, ovvero di qualità.

In buona sostanza si tratterebbe comunque di "tempo e lavoro non perso invano".

Ma quali potrebbero essere i correttivi necessari da apportare affinché si possa realizzare tutto ciò?

- Implementare un sistema informatico adeguato sia nella parte

hw che sw (gestione ottimale della lista operatoria, registro operatorio, cartella anestesio-logica, magazzino), integrato con il Sistema Informativo Ospedaliero;

- Costituire un unico dipartimento di Anestesia;
- Individuare una unica o doppia funzione di coordinamento di anestesia (nel caso si scelga di mantenere in due dipartimenti distinti i due servizi) identificabili in uno o due medici anestesisti (uno per ciascun servizio) e altrettanti coordinatori infermieristici con la supervisione della Direzione Sanitaria (per 1' inevitabile coinvolgimento di altre funzioni ed altre figure professionali). Sarà, comunque, necessaria la formazione di un gruppo di lavoro dipartimentale o interdipartimentale che si occuperà delle problematiche organizzativo - gestionali dell'attività e dei gruppi operatori, con la partecipazione e la supervisione della Direzione Sanitaria.

I coordinatori ed il gruppo di lavoro dovrebbero:

1. garantire la regolare operatività del gruppo stesso;
2. coordinare il personale medico e infermieristico dei due servizi di anestesia o del rispettivo servizio di riferimento;
3. ricevere ed analizzare, in funzione della durata media prevista degli interventi e sulla base delle liste d'attesa pervenute mensilmente, i programmi operatori settimanali redatti dai Responsabili delle UU.00. Chirurgiche, le esigenze di materiali, apparecchiature o strumentario, personale tecnico ecc.;
4. proporre ai Direttori di Dipartimento, alle UU.00. ed alla Direzione Sanitaria, ogni utile ini-

QUALI CRITICITÀ DEL MODELLO DECENTRATO POSSONO ESSERE ELIMINATE DALLA CENTRALIZZAZIONE FUNZIONALE?

➤ Afferenza delle chirurgie a servizi di anestesia diversi ed appartenenza a dipartimenti diversi;	si
➤ Logistiche: dislocazione dei blocchi operatori in sedi distanti tra di loro;	si
➤ Presenza di una gestione di magazzino per ciascuna sala;	si
➤ Mancanza di un manuale di sala operatoria;	si
➤ Presenza di una programmazione delle liste operatorie giornaliere e non settimanale;	si
➤ Difficoltà al rispetto dell'orario di inizio delle sale operatorie, controllo, razionalizzazione e gestione efficiente delle risorse anestesologiche;	si
➤ Senso di "proprietà" della sala da parte dei chirurghi;	no
➤ Presenza di un sistema informatico non adeguato alle necessità;	si
➤ Interventi sulla parte strutturale e impiantistica anche di tipo manutentivo più costosi;	no
➤ Difficoltà a mantenere sempre distesi i rapporti interpersonali tra le figure professionali;	no

Fig. 3

ziativa per migliorare l'utilizzo e la funzionalità delle SS.00., anche attraverso l'utilizzo degli istituti contrattuali di incentivazione della produttività, valutazione e confronto periodico dei risultati ottenuti;

5. Concorrere, infine, alla redazione del manuale di utilizzo delle SS.00 con lo specifico obiettivo:

- di garantire la massima sicurezza ai pazienti ed agli operatori, eliminando o riducendo al minimo la possibilità di incidenti ed errori;
- di ottimizzare l'utilizzo delle ore di attività operatoria e delle risorse attraverso la uniformizzazione di metodi, comportamenti o procedure, mirati ad assicurare una assistenza corrispondente agli standard relativi alla gestione del lavoro del personale, all'uso dei D.P.I., del paziente, delle procedure igienico-ambientali, della sterilizzazione, dello strumentario, della biancheria ecc.

Naturalmente non tutte le criticità del modello decentrato possono essere "sanate" dal modello cen-

tralizzato funzionale così come non tutte possono essere sanate d"emblée" dalla costruzione di un quartiere operatorio centralizzato senza intervenire parallelamente sulla componente umana.

Quali criticità del modello decentrato possono essere superate o in vario grado attenuate dalla centralizzazione funzionale? (Fig. 3)

CONCLUSIONI

Si tratta quindi di un percorso non agevole e sicuramente anche di non breve durata, ma, come già detto, che vale la pena di affrontare e in tal senso ci siamo impegnati "a fare", consapevoli anche di tutte le difficoltà e, perché no, anche degli interessi che oppongono resistenza al cambiamento e spingono in direzione contraria.

Pertanto, in una realtà in forte e continua trasformazione, come quello della attuale Sanità, ed in particolare nel sistema complesso del comparto operatorio, dove il turn-over delle tecnologie, delle procedure e dei percorsi diagnostico-terapeutici sempre più rapidi contrastano con le notevoli

resistenze interne al cambiamento, le Aziende caratterizzate da elevata complessità organizzativa, specialmente in condizioni di limitatezza di risorse economiche disponibili, devono saper escogitare strategie ed implementare nuovi modelli organizzativi orientati al continuo miglioramento dei processi assistenziali.

BIBLIOGRAFIA

C.Melino, A.Messineo, S.Rubino, A.Allocca — L'OSPEDALE 2001

M.Bergamaschi — L'organizzazione nelle aziende sanitarie 2000

C.Catananti, A.Cambieri -IGIENE E TECNICA OSPEDALIERA

Il Complesso Operatorio: un Sistema Complesso — Incontro di Tecnica e Organizzazione Ospedaliera- Bologna, 9-10 giugno 2005



PULIZIE SANITARIE & OSPEDALIERE A PROVA DI PAZIENTE

La pulizia degli ambienti dove ci si prende cura degli ammalati o delle persone non autosufficienti è doppiamente importante, perché le buone condizioni igieniche sono, ad un tempo, la prima barriera contro le infezioni e il primo indicatore di qualità percepito dai pazienti. Il know how e la cultura aziendale di Coopservice, leader italiano nel settore delle pulizie, offrono in proposito le più ampie garanzie, grazie ad una sperimentata gamma di servizi progettati a misura del committente e forniti anche in global service e project

financing. Un'attitudine che fa di Coopservice non un semplice fornitore ma un partner di fiducia.

Negli ospedali, nelle cliniche, nelle case di riposo, Coopservice è in grado di risolvere qualsiasi problema d'igiene, come dimostra l'esperienza acquisita nelle pulizie di ogni tipo di ambiente sanitario: dagli ambulatori alle sale di degenza, dalle strutture di pronto soccorso alle sale operatorie, dai reparti di terapia intensiva a quelli di medicina nucleare, dai reparti di riabilitazione ai laboratori.

COOPSERVICE. MOLTO PIU' DI UN SEMPLICE FORNITORE



Sale operatorie del nuovo ospedale di Modena: sicurezza ed innovazione

Riassunto

Nell'ambito della riorganizzazione che negli ultimi dieci anni ha interessato l'intera rete sanitaria della provincia di Modena culminata nell'anno 2005 con l'apertura di due nuovi ospedali, il nuovo ospedale S. Agostino-Estense è l'espressione della volontà aziendale di realizzare un luogo di cura capace di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini, coniugando aspetti di innovatività e tecnologia con i massimi standard di sicurezza. Il raggiungimento degli obiettivi di sicurezza e innovazione prefissi si è attuato tramite precise scelte strategiche che hanno previsto la realizzazione di diversi progetti volti sia alla riduzione dei rischi correlati all'ambiente chirurgico che al miglioramento della qualità della prestazione assistenziale attraverso la promozione di sofisticate tecnologie utilizzate ed integrate in più settori.

Stefano Cencetti*, **Conselo Basili***, **Teresa Pesì****,
Massimo Garagnani***, **Sonia Cecoli*****

*Direzione Generale - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena

**Direzione Sanitaria - Nuovo Ospedale S. Agostino-Estense - Modena

***Ingegneria Clinica- Azienda USL Modena

INTRODUZIONE

Il nuovo ospedale di Modena, attivo per trasferimento del pre-esi-

stente ospedale con considerevole potenziamento sia della struttura che dell'attività sanitaria, si configura come un ospedale a prevalente

orientamento chirurgico, sede del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione di II livello integrato con l'Azienda Universitaria Policlinico di Modena (Figura 1.). Sulla base del modello organizzativo dei servizi sanitari regionali, l'ospedale si configura come "HUB" provinciale di riferimento per le seguenti attività:

- **Attività laboratoristica:** è sede di un laboratorio unico centralizzato a livello provinciale per le attività di routine e, tramite i POCT (point of care test), per la gestione dell'emergenza/urgenza, completamente integrato con le altre attività di laboratorio previste nel resto della provincia e capace di concentrare il processo produttivo nel cosiddetto "core lab" con organizzazione del lavoro robotizzata e ad alta automazione;
- **Informatizzazione:** grazie all'impiego della moderna tecnologia denominata Healthcare Transac-

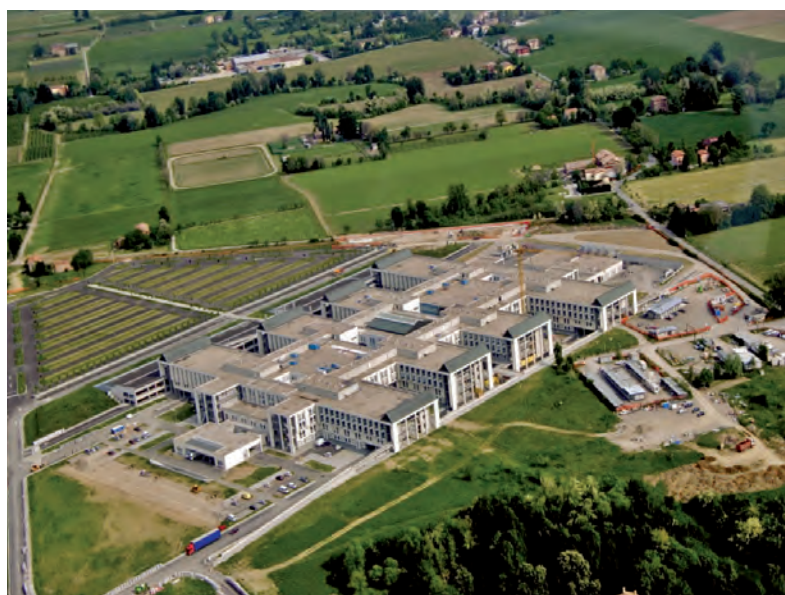


Figura 1. Principali dati del Nuovo Ospedale S. Agostino-Estense

Dati Strutturali:

Superficie dell'area	230.000 mq
Volume	440.000 mq

Dati Sanitari:

Posti letto	600
86 per le emergenze di cui	46 intensivi
n° di ricoveri ordinari	24.000
n° di gg.degenza ordinaria	155.000
n° int. chirurgici annui	15.000
n. accessi annui PS	45.000
n° medici	250
n° personale sanitario	1100
n° interventi chirurgici	4.000
n° dip.extra USL	200

**PAROLE CHIAVE:**

Suite chirurgica, rischio biologico, monitoraggio aria, sterilizzazione

tion Base (HTB) è stata creata una infrastruttura informativa comune per tutti i percorsi del paziente, capace di centralizzare i dati sanitari ed amministrativi, consentendo ai professionisti di accedere alle informazioni necessarie, indipendentemente da dove siano prodotte, tramite il teleconsulto della documentazione;

- **Telecardiologia:** attraverso l'utilizzo di una rete informatizzata si verifica la trasmissione e ricezione degli ECG in tempo reale;
- **Teleradiologia:** la gestione delle immagini e delle attività radiologiche avviene attraverso un sistema informatizzato (PACS-RIS) progettato e realizzato in comune con gli altri stabilimenti ospedalieri della Azienda USL e con l'Azienda Policlinico, ed integrato mediante sistemi di connessione che consentono di collegare le informazioni diagnostiche ad altre informazioni cliniche del paziente e di distribuirle sull'intero territorio della provincia.

Oltre che per gli aspetti inerenti alla informatizzazione e alle tecnologie, l'ospedale si distingue per la particolare importanza dedicata alle tematiche della sicurezza; è stata infatti promossa una politica di gestione del rischio che possiamo definire "globale" in quanto cerca di integrare i vantaggi apportati dalle innovazioni tecnologiche con i massimi sistemi di sicurezza, al fine di promuovere una riduzione totale del rischio ovvero rivolta ai pazienti, ma anche agli operatori e all'immagine della stessa Azienda Sanitaria.

Nei paragrafi seguenti si riporta

come esempio la ricaduta organizzativa e gestionale sull'attività operatoria conseguente alle politiche di sicurezza e innovazione adottate.

MATERIALI E METODI

L'attività chirurgica del nuovo ospedale di Modena è concentrata essenzialmente al piano terzo dell'ospedale dove, nei settori nord e sud, si sviluppano due distinte aree:

- **un blocco operatorio principale,** dedicato alle attività d'emergenza-urgenza e alla chirurgia d'elezione ad alta invasività, che si estende su una superficie di circa 1200 mq e si

Figura 2 Planimetria comparto operatorio

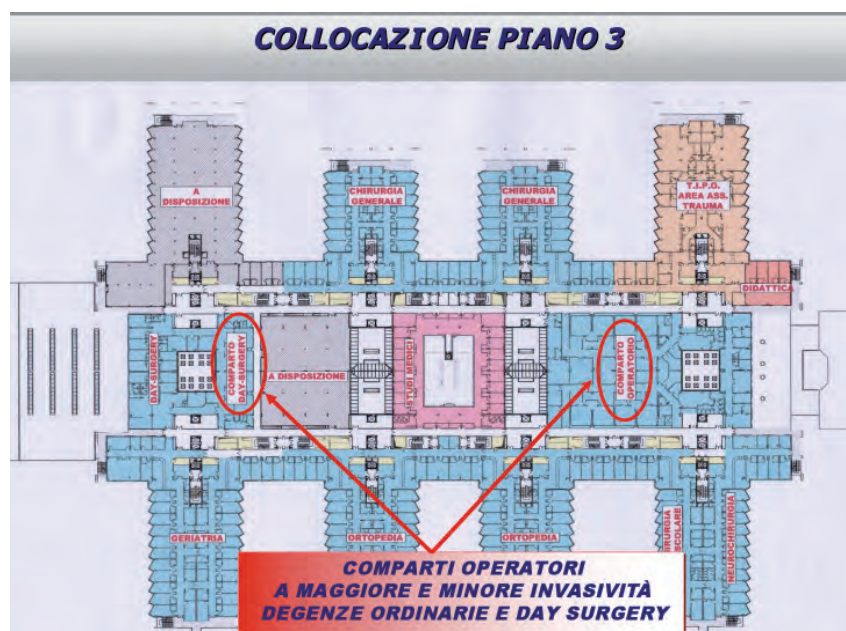


Figura 3. Planimetria del Blocco Operatorio Principale



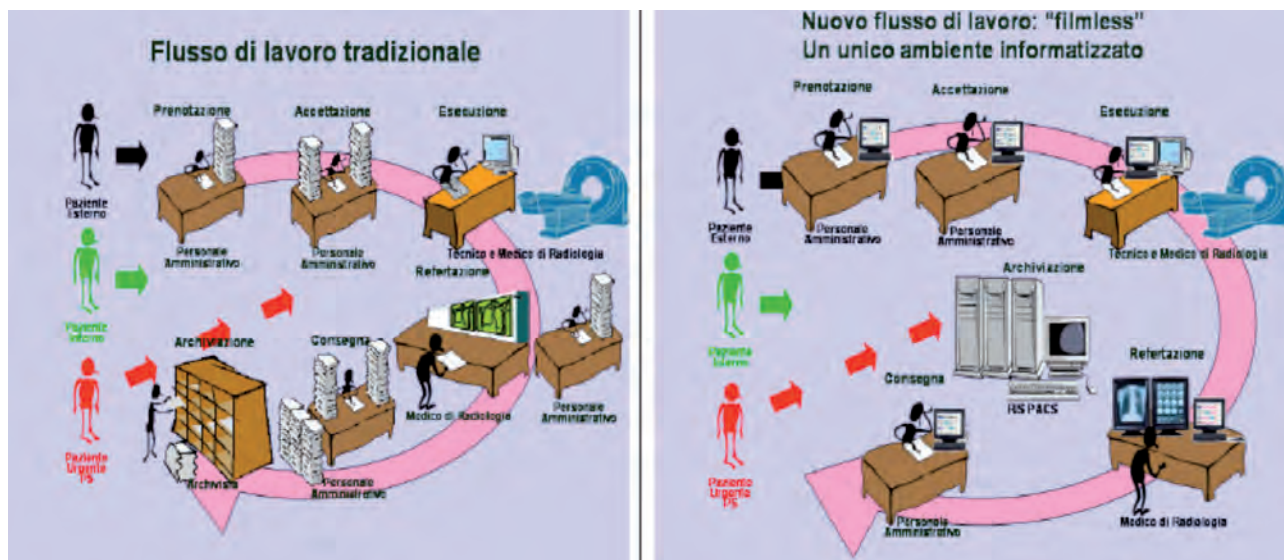


Figura 4. Descrizione ospedale “film e paper less”

articola in 8 sale operatorie;
 ■ un blocco operatorio per le attività mininvasive e la day surgery, destinato essenzialmente alla chirurgia d'elezione videolaparoscopica e a quella di medio-basso livello di invasività, che si articola in 4 sale operatorie (Figura 2).

Sono inoltre presenti al primo piano dell'ospedale, presso il settore endoscopico, una sala operatoria dedicata ad attività di endoscopia digestiva ad alta invasività e specifici locali attrezzati per attività di chirurgia ambulatoriale (endoscopia in narcosi).

Le specialità chirurgiche trattate sono di 4 differenti tipologie: *chirurgia generale, chirurgia vascolare, neurochirurgia, ortopedia e traumatologia*.

Entrambi i blocchi operatori sono stati pensati e realizzati con criteri di massima flessibilità strutturale, impiantistica e tecnologica, in modo da rendere tutte uguali le singole sale la cui assegnazione diventa pertanto esclusivamente funzionale, garantendo la massima adattabilità alle singole attività.

Il blocco operatorio principale si sviluppa su un impianto a percorso unico (Figura 3), senza distinzione strutturale tra sporco e pulito. Ognuna delle 8 sale è dotata di un locale antistante di preanestesia per la gestione

della fase pre-operatoria, mentre la fase post-operatoria di monitoraggio e di risveglio del paziente è gestita nella zona di recovery room dotata di 8 postazioni letto, ognuna con proprie apparecchiature monitor per il controllo dei parametri vitali.

All'interno del blocco operatorio è stata realizzata un'area dedicata ad attività di sterilizzazione: si tratta di una sub-centrale definita di back-up che, oltre a consentire la immediata decontaminazione dello strumentario chirurgico, fa da supporto all'attività della centrale di sterilizzazione dell'ospedale, collocata al piano 0 con la quale è collegata in rete condividendo il medesimo software informatico per la gestione della tracciabilità del processo.

Partendo dalla semplice e apparentemente scontata considerazione che la sicurezza in ambiente operatorio dipende dall'interazione di fattori che tengano conto delle continue evoluzioni tecnologiche subite dalle tecniche chirurgiche e dei conseguenti riflessi che queste hanno sui modelli organizzativi e gestionali dei comparti operatori, l'approccio alla identificazione e valutazione dei rischi deve essere sviluppato in un'ottica globale di gestione del rischio che porti a progettare interventi strutturali, tecnologi-

ci ed organizzativi per implementare non solo la sicurezza del paziente ma anche quella dell'operatore sanitario e della stessa azienda, responsabile diretta della gestione delle strutture e della loro vigilanza. In questo senso, la promozione della sicurezza all'interno di tutto l'ospedale, si è tradotta operativamente in una serie di azioni attuate fin dalle prime fasi progettuali e realizzative che si possono riassumere come di seguito riportato:

- **Riduzione del rischio chimico:** realizzazione di un ospedale “film-less”, “paper-less”, “protossido free”, “glutaraldeide free”, applicazione di un sistema di monitoraggio in continuo della qualità dell'aria;
- **Riduzione del rischio meccanico:** applicazione di sistemi automatizzati di trasporto, di letti mobili ed elettrici;
- **Riduzione del rischio ergonomico:** sviluppo di lay-out dei pensili e delle sale operatorie;
- **Riduzione del rischio organizzativo:** organizzazione di più teatri operatori per attività invasive diversificate ed integrazione e coordinamento degli stessi fino ad arrivare al concetto di suite chirurgica, incremento nell'assistenza perioperatoria, standardizzazione dei percorsi e delle procedure;

- **Riduzione del rischio biologico:** innovazione per le forniture sterili di strumentario chirurgico e teleria.
- Nei paragrafi successivi si illustrano nel dettaglio le singole azioni sopraelencate, con particolare riguardo a quelle che hanno un impatto maggiore sulla sicurezza delle attività all'interno dei comparti operatori evidenziandone i benefici e vantaggi apportati.

RISULTATI

Riduzione del rischio chimico

Le fonti di esposizione ad agenti chimici potenzialmente pericolosi sono molteplici ed interessano prevalentemente il personale sanitario che, trovandosi cronicamente esposto, può subire seri danni alla salute. Al di là della sensibilizzazione nell'utilizzo degli appositi dispositivi di protezione individuale e di sistemi capaci di ridurre la concentrazione dell'agente chimico, quali la diluizione ambientale e i sistemi di cattura alla fonte (cappe), una soluzione intrapresa nel nuovo ospedale di Modena per fronteggiare questo problema consiste nella scelta a priori della eliminazione dei mezzi inquinanti. Questo concetto trova la sua attuazione in diversi progetti quali la realizzazione di un ospedale "film-less", "paper-less", "protossido-free" e "glutaraldeide-free".

L'ospedale "film-less" e "paper-less" (Figura 4) si inserisce nell'ambito della scelta di realizzare una totale informatizzazione dell'ospedale che coinvolge anche la gestione delle immagini e delle attività radiologiche (PACS-RIS). Ciò produce una serie di benefici attesi tra i quali la riduzione della produzione di immagini radiologiche su pellicola, migliorando così l'impatto ambientale e annullando totalmente il problema dell'utilizzo e dello smaltimento dei chimici necessari per lo sviluppo delle pellicole, con conseguente riduzione dell'esposizione del personale tecnico addetto.

L'ospedale "protossido free" si inserisce nell'ambito della scelta di diminuire l'inquinamento da gas anestetici delle sale operatorie, adottando e promuovendo tecniche di anestesia avanzate in cui non viene più contemplato l'utilizzo del protossido di azoto, bensì forme di anestesia endovenosa o miscele di gas meno tossici. Tale scelta può considerarsi drastica in quanto, potendo intervenire a livello progettuale, è stato deciso di non realizzare affatto gli impianti per l'erogazione del protossido all'interno delle sale operatorie.

Infine, l'ospedale "glutaraldeide free" si concretizza nella scelta di eliminare l'utilizzo delle aldeidi come mezzi di alta disinfezione per il reprocessing delle apparecchiature endoscopiche. A tal proposito sono state installate nel settore endoscopico dell'ospedale delle apparecchiature lavaendoscopi automatizzate e a vasca asincrona, che utilizzano un chimico (acido peracetico) meno tossico ed aggressivo della glutaraldeide, e che possiedono caratteristiche tecniche tali da minimizzare ogni possibilità di contatto fra operatori ed agente chimico. Il ricorso a sistemi automatizzati garantisce inoltre il rispetto delle opportune diluizioni e dei tempi di contatto, determinando un aumento della sicurezza dei pazienti nei confronti delle contaminazioni microbiche esogene.

Accanto a questi progetti che prevedono una riduzione dell'esposizione per eliminazione diretta dell'agente chimico, si affianca il progetto di riduzione dell'esposizione mediante controllo dei valori di "alert" raggiunti dall'inquinante all'interno della sala operatoria. Come noto, nelle misure di prevenzione deve essere adottato il principio di ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*), ovvero l'esposizione professionale a prodotti chimici pericolosi, dovrebbe sempre essere mantenuta entro i livelli più bassi possibili. Il controllo di tali va-



Figura 5. Hardware centrale di elaborazione dei dati del sistema di monitoraggio in continuo

lori all'interno di tutte le sale dedicate a manovre cruente e invasive (sale operatorie ordinarie e per day surgery; sale angiografiche, per emodinamica ed elettrofisiologia, sale endoscopiche), viene effettuato mediante l'utilizzo di un sistema di monitoraggio in continuo della qualità dell'aria che, oltre a rilevare la presenza di sostanze nocive, interviene nel controllo di tutti quei parametri critici indispensabili per il mantenimento delle idonee caratteristiche igienico-ambientali della sala operatoria. Il sistema utilizzato consente il superamento degli obsoleti controlli periodici ed occasionali a favore di un monitoraggio in continuo nelle aree a maggior rischio con valutazione complessiva e contemporanea (H24/365gg/anno) dei seguenti parametri:

- Concentrazione di gas e vapori;
- Concentrazione del particolato aerodisperso;
- Misurazione dell'efficacia della ventilazione e della filtrazione;
- Misurazione della differenza di pressione;
- Misurazione della carica batterica.



Figura 6. Sistema di AGV

Si tratta di un meccanismo automatico di rilevamento dati (Figura 5.) che consente il monitoraggio in continuo di parametri critici come vapori alogenati, alcoli e anidride carbonica, tramite un sistema di supervisione basato su appositi sensori con implementazione dei valori di allarme e delle soglie di attenzione. Tale sistema prevede:

- l'identificazione di tutte le sostanze tossiche presenti, per tener conto di eventuali effetti sinergici;
- il monitoraggio quantitativo delle stesse nelle diverse zone dell'ambiente, consentendo la compilazione di mappe spaziali dell'inquinamento;
- la valutazione temporale delle variazioni di concentrazione durante il turno di lavoro.

I livelli dei parametri critici misurati possono coincidere con quelli prefissati dalla normativa di riferimento non necessariamente. In linea di principio un parametro critico di controllo deve permettere di segnalare, in modo non ambiguo, una particolare caratteristica funzionale del sistema: "parametro esigenziale" e non solamente prestazionale, per prevenire il superamento dei limiti di accettabilità dei parametri ambientali a tale caratteristica legati.

La capacità di rilevare situazioni ambientali non accettabili con un tempo di risposta strumentale estremamente rapido e di registrarle in continuo, anche tramite gestione remota della relativa documentazione, ha benefici influssi su tutta l'organizzazione del lavoro, creando un ambiente operativo integrato e instaurando un rapporto di vera sinergia tra i reparti e la "direzione" delle strutture sanitarie, che tramite la produzione di report periodici riesce a definire i trend temporali su cui basare le proprie misure d'intervento.

Riduzione del rischio meccanico

Partendo dal presupposto che la movimentazione manuale dei carichi, in determinate condizioni lavorative, costituisce un importante fattore di rischio occupazionale per il quale, in base a quanto previsto dall'art. 48 del d.lgs. 626/94, "il datore di lavoro ha l'obbligo di affrontare mezzi appropriati, in particolare attrezzature meccaniche", all'interno dell'ospedale si è deciso di adottare un sistema automatizzato di trasporto dei materiali, al fine non solo di aumentare la sicurezza del personale riducendo la movimentazione, ma anche di recu-

perare tempi e risorse da reinvestire in specifiche mansioni assistenziali. Inoltre, la gestione automatizzata degli spostamenti ha richiesto lo sviluppo di protocolli operativi che hanno permesso di ottimizzare i movimenti e gli stoccaggi dei materiali, aumentando l'efficienza organizzativa di ogni unità operativa.

Il sistema in uso è un sistema di AGV (Automatic Guided Vehicles) che si basa su due unità distinte: i veicoli e la rete di gestione a "terra" (Figura 6.).

I veicoli sono totalmente autonomi nei loro movimenti in quanto dotati di un computer di bordo che memorizza tutti i percorsi e tutte le funzioni che gli competono. La rete di gestione fa capo ad un computer centrale (centrale di comando) che provvede a tenere in contatto i veicoli con i dispositivi a "terra." Tutti gli approvvigionamenti e gli smaltimenti vengono elaborati e gestiti nella centrale di comando che, oltre a controllare l'esecuzione degli ordini di trasporto, monitorizza costantemente gli elementi collegati al sistema e fornisce informazioni in forma di grafici. La navigazione del veicolo avviene tramite un sensore laser che agisce contemporaneamente anche come dispositivo di sicurezza per l'arresto anticollisione che si attiva ogni volta che viene rilevato un ostacolo nella zona di sicurezza.

La scelta di automatizzare gli spostamenti è stata estesa, per quanto possibile, anche alla movimentazione dei pazienti; in particolare per il paziente chirurgico, il quale accede al blocco operatorio tramite finestra passamalati e viene spostato al suo interno su letti chirurgici mobili e trasferibili.

La finestra passamalati (Figura 7), oltre ad agevolare il trasferimento del paziente sul letto chirurgico, contribuisce al mantenimento dell'asepsi del comparto operatorio, consentendo l'introduzione ed il prelievo di

pazienti senza l'ingresso di persone e mezzi adibiti al loro trasporto.

I letti operatori mobili (Figura 8.), con cui si sposta il paziente all'interno del blocco, sono tavoli chirurgici costituiti da una colonna mobile su cui poggia il piano trasferibile. Tale sistema, oltre a garantire il corretto ed anatomico posizionamento del paziente, offre ergonomia e flessibilità di utilizzo, agevolando gli spostamenti e facilitando la movimentazione per le operazioni di pulizia.

Riduzione del rischio ergonomico

Nell'ambito della prevenzione primaria del rischio ergonomico, la scelta del lay-out dei pensili e delle sale operatorie realizzate presso il nuovo ospedale, contribuisce notevolmente a quel concetto di "work station design" che consente di evitare tutti i movimenti inutili e le posture incongrue, migliorando l'ergonomia e la produttività del lavoro.

Tutte le sale sono state pensate e realizzate minimizzando gli ingombri a terra e collocando a pensile tutti i cavi, le prese e le apparecchiature (Figura 9.).

Si determina così la sospensione di 4 monitor sul teatro operatorio ovvero di:

- un pensile per la sospensione del sistema di anestesia dotato di un braccio indipendente per la colonna infusoriale;
- due pensili porta-utenze per chirurgia (sistema di elettrochirurgia/dissezione ultrasuoni/...) che consentono l'utilizzo ed il collegamento di tutta la strumentazione necessaria all'esecuzione dell'intervento;

■ un pensile per la sospensione del carrello per gli interventi in laparoscopia.

I monitor sospesi su pensile consentono la ripetizione del segnale video operatorio, la visualizzazione di esami radiologici configurati su due monitor affiancati e la visualizzazione dei parametri fisiologici, garantendo la possibilità di interazione diretta dell'operatore tramite tecnologia touch screen.

La "work station" realizzata consente la personalizzazione della disposizione delle apparecchiature sul teatro operatorio in maniera congruente con la tipologia di intervento e con le necessità dell'equipe chirurgica, offrendo grande ergonomia e libertà di movimento. Inoltre facilita le operazioni di pulizia e asepsi della sala e ottimizza le operazioni di manutenzione in quanto tutti i cablaggi necessari per alimentazione, gas medicali, flussi informativi video e dati bidirezionali, sono convogliati nel pensile.

Riduzione del rischio organizzativo

Il lay-out delle sale operatorie con i sistemi pensili e le tecnologie installate presenta un potenziale di integrazione informativa in grado

di modificare e migliorare profondamente la pratica operatoria. Per ottenere questo risultato sono stati utilizzati moderni strumenti dell'ITC capaci di sviluppare una combinazione di hardware e software che rende possibile:

- il monitoraggio ed il controllo dei diversi dispositivi attraverso un'interfaccia comune posta in una o più punti dentro e/o fuori la sala;
- lo scambio di informazioni cliniche dentro e fuori la sala.

Si configurano pertanto più teatri operatori per attività invasive diversificate, integrati e coordinati tra loro tramite un software gestionale, definito "cabina di regia", che consente la continuità nel monitoraggio pre, in e post/ operatorio. Ciò apporta un incremento dell'assistenza perioperatoria, migliorando il supporto decisionale del professionista che può disporre di dati salienti relativi a tutta la storia clinica del paziente, condivisi mediante utilizzo di tecnologie "web-based" per ottenere il dato in "real-time" e integrati con il sistema informativo aziendale (SIO) per la comunicazione con la cartella clinica centralizzata.

Il progetto di integrazione così descritto, realizza il sistema di "suite" di sala operatoria ed offre indubbi vantaggi che si traducono in un aumento dell'ergonomia del lavoro grazie ad un'interfaccia unica di comando per molteplici e differenti dispositivi, ma soprattutto in un au-



Figura 7. Finestra passamalati



Figura 8. Letto operatorio mobile



Figura 9. Il sistema dei pensili di sala operatoria

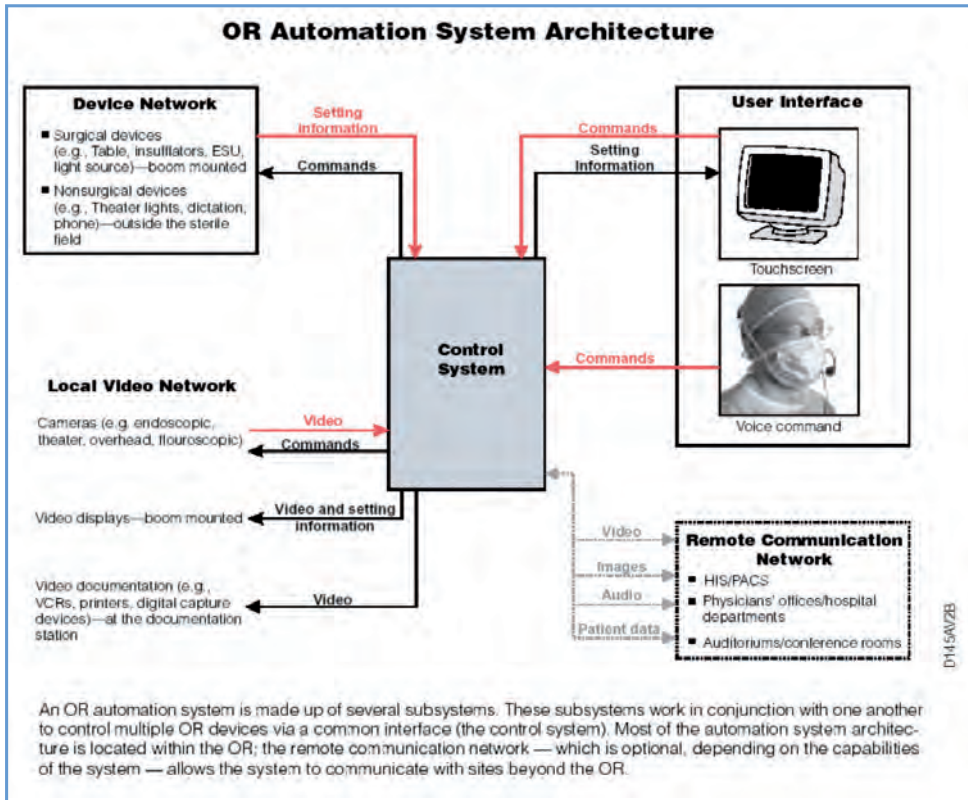


Figura 10. La "Suite" di sala operatoria

mento dell'efficienza della pratica chirurgica tramite unica procedura di check, inizializzazione e controllo con concentrazione del monitoraggio dei parametri e degli allarmi. Il sistema consente inoltre garanzie di supporto medico legale grazie alla archiviazione, tracciabilità e completezza del dato (Figura 10.). Un ulteriore apporto al contenimento del rischio organizzativo in ambito operatorio, è stato dato dalla stesura di protocolli e procedure aderenti alle indicazioni fornite dal Ministero della Salute sulla corretta identificazione del paziente chirurgico mediante l'utilizzo di braccialeto identificativo e sulla prevenzione

della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico. Sono inoltre state predisposte procedure per la standardizzazione dei percorsi dei materiali, degli operatori e dei pazienti all'interno del comparto operatorio.

Riduzione del rischio biologico

L'importanza del rischio biologico sull'impatto della salute dei lavoratori e dei pazienti all'interno di una struttura sanitaria, conferisce un ruolo primario alle misure preventive da attuare per ridurre al minimo le fonti di esposizione. Per questo, la lotta al rischio biologico all'inter-

no del nuovo ospedale di Modena è stata condotta su più campi. Alcune delle strategie adottate sono state già illustrate nei paragrafi precedenti: si tratta ad esempio dell'utilizzo del sistema di monitoraggio in continuo della qualità dell'aria per il controllo della contaminazione microbica della sala; del lay-out delle sale con il sistema a sospensione dei pensili che migliora le operazioni di igiene ed asepsi ambientale; delle procedure standardizzate per il trasporto e lo smaltimento dei materiali a potenziale contaminazione biologica. A queste strategie si aggiunge inoltre la scelta innovativa effettuata a carico delle forniture di set procedurali di tessuto e strumentario chirurgico che si è concretizzata tramite la esternalizzazione della sterilizzazione, con fornitura di set sterili per coperture, garze e tessuti e la esternalizzazione della gestione dello strumentario chirurgico (applicazione del Progetto Gestione Strumentario P.G.S. ricerca M.I.U.R. n. 53854SYY), con fornitura di dispositivi medici di tipo invasivo in forma di set sterili monoprocedurali. Relativamente alla tipologia di tessuti per coperture e camici, in accordo con le indicazioni fornite dalla normativa europea di riferimento, la norma EN 13795, si è superato l'utilizzo del cotone a favore dei tessuti trilaminati in goretex (Figura 11.). La motivazione della scelta trova il suo rationale negli "European Standard", i quali bandiscono l'uso del cotone poiché assolutamente privo di quell'effetto barriera definito come requisito essenziale per un tessuto di protezione totale ad applicazione chirurgica. Infatti la massima impermeabilità ai liquidi, in particolare al sangue ed ai fluidi corporei, ai disinfettanti ed ad altre sostanze, sia a base acquosa che alcolica, rappresenta una barriera alla penetrazione di virus e batteri,

Figura 11. Esempi di set procedurali di tessuti per coperture e camici



indispensabile alla protezione di operatori e pazienti dalla trasmissione di agenti infettivi.

Oltre al succitato effetto barriera, un altro vantaggio che i tessuti trilaterali offrono nella prevenzione del rischio biologico, è rappresentato dalla loro bassa perdita particellare.

Questo aspetto, già noto ed intrinseco alla natura del tessuto, è stato dimostrato dai valori di concentrazione di particolato registrati dal sistema di monitoraggio in continuo dell'aria in funzione presso le sale operatorie. Confrontando infatti i report elaborati dal sistema, si osserva come ci sia una netta differenza tra i valori registrati nel periodo di transito (Marzo 2006, *Figura 12.*) in cui vi era un utilizzo in contemporanea delle due diverse tipologie di tessuto (conversione graduale da cotone a trilaterale), e quelli del periodo in cui si è totalmente dimesso il cotone (Ottobre 2006, *Figura 13.*); in quest'ultimo caso come è evidenziato dai seguenti grafici, si è registrata una netta diminuzione dei livelli massimi di concentrazione particellare raggiunta all'interno delle sale operatorie.

Per quanto riguarda invece la gestione dello strumentario chirurgico, questa è stata sviluppata secondo il progetto PGS, articolato in due differenti componenti: servizio di sterilizzazione e fornitura.

Il processo di sterilizzazione avviene all'interno di una centrale, realizzata e gestita in outsourcing, che si configura come uno stabilimento di produzione di dispositivi medici sterili di tipo invasivo, appartenenti alla classe II A secondo la classificazione dell'allegato X della Direttiva Europea 93/42 sui "medical devices".

La centrale, che si sviluppa su una superficie di circa 600 metri quadri, è realizzata nel rispetto dei massimi standard strutturali e tecnologici

Figura 12. Livelli di particolato prima della dismissione del cotone

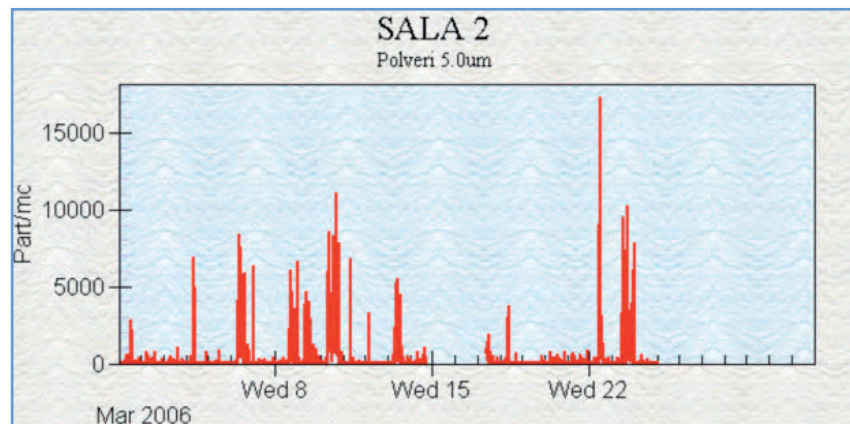
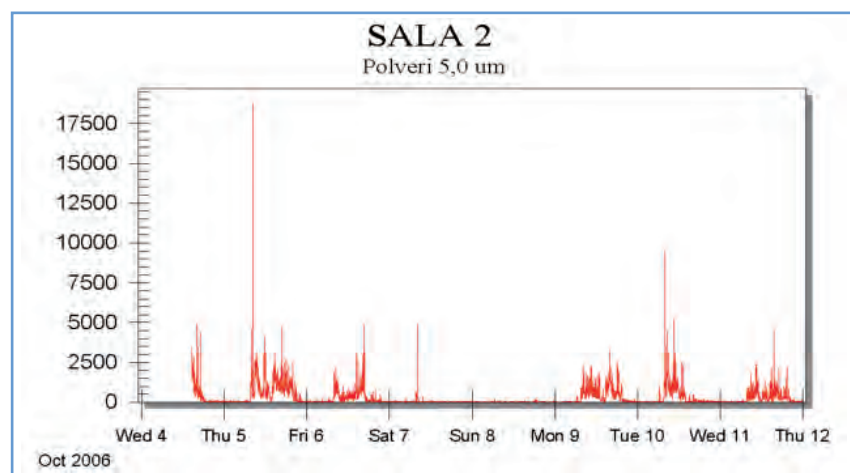


Figura 13. Livelli di articolato dopo la dismissione del cotone



ed è dimensionata per far fronte a 15.000 procedure chirurgiche/anno; è dunque destinata a rifornire anche altri ospedali della provincia, oltre al nuovo ospedale S-Agostino-Estense.

Il processo che porta alla produzione dei dispositivi medici sterili avviene nel rispetto di tutti i requisiti di qualità e sicurezza previsti dalla Direttiva Europea di riferimento. La presunzione di conformità a tali requisiti è attestata dallo sviluppo di un sistema di qualità rispondente alle indicazioni della norma armonizzata ISO:UNI 134875 e dall'applicazione del sistema di gestione del rischio secondo la norma ISO:UNI:14971 che, insieme alla realizzazione del fascicolo tecnico, conferiscono al dispositivo prodotto il marchio CE.

Il dispositivo è fornito come set monoprocedurale standardizzato per ogni diversa tipologia di intervento chirurgico e corredato di (*Figura 14.*):

- Bar code di identificazione del lotto;
- Chek list dello strumentario;
- Illustrativo fotografico del contenuto;
- Indicatore fisico di allerta per l'apertura accidentale;
- Coperchio di evacuazione a chiusura ermetica per il trasporto del materiale contaminato;
- Pellicola di protezione esterna.

Un sofisticato software gestionale consente oltre alla rintracciabilità di tutto il processo subito dal dispositivo, anche la gestione informatizzata del deposito, con meccanismo di segnalazione del materiale in giacenza



Figura 14. Set monoprocedurale di strumentario chirurgico

che risulta prossimo alla scadenza. Per arrivare alla standardizzazione dei set si è dovuto effettuare uno studio di fattibilità sull'analisi dei fabbisogni e sul relativo dimensionamento delle scorte, che ha visto la partecipazione attiva dei singoli professionisti nella ottimizzazione dei set.

Tale standardizzazione ha apportato diversi vantaggi quali:

- Semplificazione delle procedure operative per il personale ospedaliero che vede ridotte le attività di propria competenza alle sole fasi di utilizzo, raccolta e movimentazione;
- Identificazione puntuale dei costi in quanto ad un paziente ricoverato corrisponde un intervento chirurgico che si esegue con un unico set procedurale dotato di un codice definito e quindi la gestione di un unico codice-prodotto determina l'identificazione di costi certi per singola prestazione;
- Ottimizzazione delle scorte tramite controllo degli ordini e delle giacenze dei depositi;
- Razionalizzazione dei consumi e riduzione dei costi.

Un cenno particolare va prestato,

per il contributo che apporta alla sicurezza, al sistema di gestione del rischio che è stato sviluppato all'intero processo produttivo del dispositivo medico sterile, secondo la norma ISO:UNI:14971.

La Norma UNI CEI EN ISO 14971:2004 specifica una procedura che consente di identificare i pericoli associati ai dispositivi medici e ai loro accessori, di stimarne e valutarne i rischi, di controllare tale rischi e di monitorare l'efficacia del controllo. Dunque rappresenta una struttura per la gestione efficace dei rischi associati all'uso dei dispositivi medici.

Si tratta di un dettagliato lavoro che ha permesso di identificare i possibili pericoli associati all'uso dei set chirurgici e di implementare le misure correttive volte a ridurre o evitare che l'evento avverso si manifesti. La metodologia applicata si inserisce tra le metodologie pro-attive della gestione del rischio, ovvero quelle metodologie che tendono ad identificare i rischi prima che l'evento avverso si verifichi, offrendo un notevole contributo alla tutela della salute dei pazienti e degli operatori sanitari.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Gli esempi illustrati nel presente lavoro vogliono essere uno spunto di riflessione per evidenziare e sottolineare il valore aggiunto apportato alle Aziende Sanitarie, in termini non solo di sicurezza ma anche di efficienza e competitività, dalla innovazione tecnologica.

Occorre pertanto superare l'approccio legato ai soli vincoli economici per consentire il passaggio a una visione che tenga conto anche degli aspetti organizzativi e delle responsabilità legate agli interventi necessari per rendere le proprie strutture sempre più sicure e performanti.

BIBLIOGRAFIA

Cencetti S. et al. P.G.S. Progetto gestione strumentari (ricerca MIUR n. 53854SYY). CRACE ed, 2005.

Garagnani M, Pirini G, Cecoli S, Conti G, Cencetti S, Pesi T. Le Tecnologie biomediche del nuovo ospedale S. Agostino Estense di Modena. Hospital e Public Health, n.1: 6-24;2006.

ISPESL. Linee Guida per la "valutazione del rischio" D.l.vo 626/94: applicazione alle strutture del S.S.N., 1999.

ISPESL. Linee Guida sull'attività di sterilizzazione quale protezione collettiva da agenti biologici per l'operatore nelle strutture sanitarie, 2004.

Ministero della Salute. raccomandazioni per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico, Luglio 2006.

Ministero della Salute. Raccomandazioni per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura, Luglio 2006.

UNI EN ISO 14971 "Dispositivi Medici. Applicazione della gestione dei rischi ai dispositivi medici". Febbraio, 2004.

UNI EN ISO 13485 "Dispositivi medici - Sistemi di gestione della qualità. Requisiti per scopi regolamentari". Marzo, 2004.

WHO. Clean care is safer care. The Global Patient Safety Challenge 2005-2006.

OUTSOURCING

Mettersi insieme è un inizio,
rimanere insieme un progresso...
lavorare insieme un successo.

Henry Ford



clean food facility senior



markas
service



Markas Service s.r.l.

Via Macello 73 | - 39100 Bolzano T +39 0471 307611 F +39 0471 307699

www.markas.it info@markas.it

Implementazione del modello di Assistenza per intensità di cura. Esperienze e criticità nella progettazione del nuovo Ospedale di Mondovì

Riassunto

L'occasione della costruzione di un nuovo ospedale generale di base, tarato sui bisogni della popolazione di riferimento, è irripetibile anche per riprogettare organizzativamente una struttura. Un nuovo ospedale per acuti non può che essere, oggi, basato sul modello dipartimentale e per intensità di cure. Il trasloco "mentale" è, quindi, impegnativo quanto quello "fisico" e necessita di chiarezza di obiettivi e condivisione, le persone non si possono dismettere come i vecchi muri, e la direzione deve farsene carico con un processo lungo quasi quanto l'iter costruttivo.

Maurizio Salvatico

Direzione Sanitaria ASL 16 Mondovì (CN)

INTRODUZIONE

L'ospedale del terzo millennio è *centrato sul paziente*, e quindi: dipartimentale, vario e stratificato nell'offerta di prestazioni e assistenza, aperto e trasversale al territorio, di riferimento specialistico, tecnologico e di alta intensità di cura.

Le tipologie di graduazione delle cure possono essere diverse: per patologia/tipologia di paziente (es: chirurgico, medico, ostetrico, pediatrico...), per gradazione del caso (bassa, media, alta complessità), per grado di autosufficienza, per durata della degenza (D.H.; fino a tre gg.; lun/ven; lungodegenti...), per intensità delle cure prestate (terapie intensive, ordinarie, riabilitazione, accertamenti diagnostici..) (Contini et al. 2005, anche di seguito).

Per quanto riguarda le responsabilità occorre individuare per ciascuna area ospedaliera di distinte responsabilità gestionali sul versante clinico e su quello assistenziale -infermieristico e di supporto ospedaliero e predisporre ed attivare protocolli

assistenziali e di cura che assicurino l'esercizio della *responsabilità clinica* del medico curante e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali.

La nuova organizzazione poggia su:

-Elementi strutturali

- Camere di degenza differenziate per blocchi omogenei
- Servizi coordinati con la tipologia della degenza (es: tipologia dei bagni- tecnologie)
- Divisione delle degenze DH dalle ordinarie e dalle intensive
- Ambulatori raggruppati in area di servizi per esterni
- Studi medici fuori dalle aree di lavoro
- Presenza di aree di socializzazione per i pazienti e visitatori.

-Elementi organizzativi

- Condivisione delle risorse strutturali
- Condivisione delle risorse strumentali
- Riorganizzazione dei servizi d'emergenza
- Riorganizzazione delle modalità d'accesso

- Riorganizzazione dei rapporti interprofessionali
- Riorganizzazione delle modalità di programmazione e controllo
- Riorganizzazione del sistema informativo e di raccolta dati/ informazioni.

-Elementi professionali

- Separazione tra professionalità gestionali e tecniche
- Diversificazione delle professionalità infermieristiche
- Acquisizione di modelli comportamentali standardizzati
- Utilizzo di linee guida per la formulazione di piani assistenziali personalizzati
- Individuazione del gestore del caso
- Maggiore specializzazione del personale medico
- Maggiore autonomia professionale dei singoli professionisti.

E' necessario rompere un equilibrio di sistema, esistente, per crearne uno nuovo migliore.

In figura 1 la "piramide per assistenza" proposta per rendere visivamente l'operazione di suddivisione del nuovo ospedale in livelli.

PERCORSO DEL GRUPPO DI STUDIO

Il Gruppo di Studio Aziendale per la costruzione ed il ridimensionamento del nuovo Ospedale costituito formalmente nel 2004, -costituito da: Responsabile del Procedimento, Direttore Sanitario, Dirigente Medico di Presidio, Vicedirettore sanitario, Responsabile Distretto, Direttore Amministrativo, Responsabili Controllo

**PAROLE CHIAVE:**

Intensità di cura, organizzazione a matrice, nuovi ospedali

Piramide dell'assistenza**Figura 1**

di gestione, Informatica, Tecnico Patrimoniale, Provveditorato Economico - ha effettuato riunioni di studio e numerosi incontri al fine di verificare l'opportunità di apportare modifiche migliorative al progetto originario.

Quanto sopra: -sia in relazione al tempo trascorso dalla data dei primi incontri avvenuti con i citati responsabili prima dell'approvazione del progetto esecutivo (con l'inevitabile progresso della scienza medica e dei modelli organizzativi fra cui molto importante quello dell' "ospedale del futuro"), - sia in relazione all'immissione sul mercato di nuove ed evolute tecnologie sanitarie (la cui adozione può comportare in genere una modifica organizzativa e una modifica dei locali destinati ad accoglierle), - sia per l'opportunità di sviluppare (adeguandolo al contesto locale) nel modo migliore possibile il

modello organizzativo dipartimentale e il modello dell'assistenza a intensità graduata, che non era conosciuto nel 1997.

Su quest'ultima ipotesi innovativa del sistema di assistenza 'graduata' sono stati tenuti numerosi incontri di aggiornamento (per la dirigenza, con relazioni tenute dal Direttore sanitario, dal Vicedirettore sanitario e dal Direttore medico sanitario dell'I. C. H.; e per il comparto, all'interno del corso di aggiornamento obbligatorio per caposala attuato nel 2004).

Sono state organizzate inoltre - a cura della direzione generale - visite presso l'Ospedale Humanitas di Milano e l'Ospedale di Forlì, che hanno già orientato i loro modelli organizzativi verso tale sistema.

Gli incontri tenuti con i Direttori medici di s.o.c. e loro collaboratori (per la valutazione ed eventuale revisio-

ne del progetto) sono stati trenta tra il 2004 ed il 2005, di notevole impegno in quanto occupavano per l'intera giornata il gruppo di studio, i primari, i caposala e almeno due collaboratori di reparto.

Era necessario preparare e argomentare in anticipo le riunioni, e, in seguito verbalizzare, modificare stralci di progetto, sistematizzare le conclusioni ed effettuare metanalisi.

I primi e gli ultimi incontri si sono tenuti in plenaria con tutte le U.O., creando problemi concreti di gestione.

Una primo approfondimento con tutti ha riguardato la possibilità di attuare l'assistenza 'ad intensità graduata' nel nuovo Ospedale.

I Responsabili del Dipartimento Chirurgico hanno bene accolto la proposta dichiarando la loro piena disponibilità in merito. E' emerso da tali incontri che il nuovo sistema organizzativo di assistenza graduata ben si adatta alla tipologia clinica dei ricoverati e l'esperienza dell'organizzazione a blocco è localmente storicamente consolidata; d'altronde il regolatore vero del processo è il calendario di sala. Non sono emerse difficoltà pertanto sia per l'assistenza medica che per l'assistenza infermieristica.

Da parte dei Responsabili del Dipartimento Medico sono state evidenziate perplessità, in particolare per la Divisione di Cardiologia-Urtic in relazione alla specificità delle attività sanitarie effettuate ed alla specializzazione di tutto il personale per tali particolari attività, specie nel caso di un'organizzazione di turn-over del personale unica per tutto il Dipartimento Medico. Le difficoltà inizialmente emerse per la disposizione dei locali sono state invece concordemente superate.

Analoghe osservazioni sono state espresse dal Responsabile della Divisione di Neurologia.

I Responsabili del Dipartimento Materno Infantile e del Dipartimento dei Servizi hanno accettato il nuovo modello organizzativo di assistenza graduata



ed hanno presentato richieste di variazioni dei percorsi e di destinazione dei locali finalizzate ad una migliore sinergia tra gli operatori. Le richieste, in accordo con gli interessati, sono state giudicate razionali e sono state in buona parte accolte.

Con il Responsabile del Dipartimento di Psichiatria si è concordata la non applicabilità al SPDC del nuovo sistema di assistenza, e pertanto l'organizzazione interna rimane invariata.

Le necessità dei locali da destinare a attività ambulatoriali sono state per la maggior parte valutate direttamente dal Gruppo di Studio mediante l'unità di gestione poliambulatorio della direzione medica. Incontri specifici sono stati effettuati per alcune attività, notevoli per specializzazione o tecnologia.

Gli incontri con i Responsabili delle attività di riabilitazione sono stati ripetuti e si sono svolti con l'assenza giustificata del Responsabile del Dipartimento. Le richieste inizialmente presentate sono apparse oggettivamente pletoriche ed eccessive, essendo incentrate sul concetto un operatore/un locale e non su 40 ore di apertura la settimana/un locale; le decisioni finali sono state successivamente definite dal

Gruppo di studio sulla scorta dei dati annui di accesso ai Servizi, delle prestazioni effettuate, delle previsioni di incremento futuro di bisogni territoriali in relazione alla imponente mutazione demografica ed epidemiologica.

Specifiche riunioni sono state svolte per gli Ambulatori di Radiologia: con il Direttore della S.C. sono stati effettuati più incontri, alcuni dei quali per la definizione di posizionamento e la scelta delle attrezzature, per il riutilizzo dei locali archivio, previsti ma superati dal sistema digitale implementato nel frattempo, per valutare la possibilità di evitare l'acquisto di un angiografo, non presente nel vecchio ospedale, in caso di acquisizione tac multibanco.

Il Responsabile del Laboratorio Analisi ha concordato lievi adattamenti per i locali destinati al Servizio stesso. Rimane da chiarire la modalità di gestione di detto servizio, in proprio o affidata all'esterno e un utilizzo della struttura come hub provinciale.

Per il Servizio di Anatomia Patologica sono state concordate le destinazioni dei locali, e le acquisizioni delle attrezzature per le sale autoptiche.

Per il Servizio Immuno Trasfusionale sono state concordate alcune variazioni marginali.

Per le altre attività ambulatoriali il Gruppo di Studio ha evidenziato il dato totale degli Ambulatori previsti (n. 24) e la frequenza delle attività stesse. Anche se il numero totale degli Ambulatori risulta inferiore a quello delle agende previste, la quantità è stata ritenuta sufficiente in quanto alcune branche impegnano i locali per poche ore settimanali, con la conseguente possibilità di destinare nello stesso locale più specialisti.

Per il servizio di sterilizzazione, il discorso è rimasto solo in parte tecnico. Ferma la necessità di tale servizio in quanto necessario requisito per l'accreditamento generale della Struttura, è rimasto il problema delle attrezzature e del personale e dell'implementazione di un servizio centralizzato, e della valutazione sulla scala dello stesso.

Per le attività del Dea sono state concordate in più incontri pesanti variazioni di disegno e destinazione dei vari locali; l'impostazione originaria era basata su studi ambulatoriali e letti di astanteria, non prevedendo osservazione breve intensiva, letti tecnici, triage, sala antishock, attesa sorvegliata, soccorso avanzato 118; all'interno del perimetro dato sono stati definiti i locali mancanti; ristudia-



te le modalità di rapidi collegamenti con i servizi ospedalieri interessati (radiologia, laboratorio, sale operatorie, centro trasfusionale) anche con ascensori dedicati. Sono state definite le modalità di accesso e stazionamento dei mezzi di soccorso, i locali per volontari e autisti, i collegamenti con il 118 nonché gli spazi per i locali deposito.

Per le Sale operatorie, dopo ampie discussioni tra i Responsabili interessati, si è convenuto sulla opportunità di mantenere il blocco operatorio con 6 sale, dotate di flusso laminare e attrezzate in maniera simile, per facilitarne l'utilizzo promiscuo, con la precisazione che l'attività chirurgica ginecologica verrà effettuata nello stesso blocco e che solo quattro verranno completate e le altre due attivate in seguito.

Le attività della sala gessi sono rimaste escluse dalle attività del blocco operatorio.

In attesa di decidere sul servizio centralizzato di sterilizzazione, si è optato per dotare il blocco operatorio di due autoclavi, in previsione di urgenze non fronteggiabili dal servizio citato anche dopo il suo avvio, e dell'accreditamento.

Per i servizi di Cucina e Mensa, con

la collaborazione del Responsabile dell'Economato e del Responsabile interno della Cucina, sono stati definiti i posizionamenti delle varie attrezzature; sono state inoltre effettuate visite presso altri Ospedali in previsione della modalità di confezionamento dei vassoi personalizzati per i pasti e del lavaggio centralizzato. Rimangono da definire le modalità di gestione e di affidamento.

Con la Direzione Sanitaria Ospedaliera direttamente sono stati definiti i locali per l'accettazione amministrativa, gli spazi comuni e di accoglienza, i percorsi, gli esercizi commerciali, l'isola ecologica.

Tutti i Responsabili dei vari servizi invitati a collaborare con il Gruppo di studio hanno dimostrato ampia disponibilità di collaborazione con suggerimenti improntati a razionalità ed efficienza: è emersa una richiesta generale di ammodernamento delle attrezzature sanitarie in concomitanza con il cambio di sede.

Le richieste per quanto attiene ai locali sono state recepite nei limiti consentiti dalla nuova struttura, che pur essendo stata progettata con criteri di flessibilità presentava limiti insuperabili.

Altro problema critico evidenziato dai

Responsabili è stato quella relativo alla dotazione e alla formazione del personale sanitario (ambedue giudicate inadeguate).

Il Gruppo di studio, in relazione alla previsione di adozione del sistema delle 'cure graduate', ha giudicato prioritaria la necessità di formazione del personale infermieristico, -che si pone come elemento centrale, essenziale e fondamentale per l'avvio e lo sviluppo del nuovo sistema- e del personale medico.

STRUTTURA ED ORGANIZZAZIONE

Durante la costruzione del nuovo Ospedale di Mondovì, progetto preliminare del 1997, progetto definitivo del 1999, esecutivo del 2000, assegnazione lavori del 2002, consegna nei prossimi mesi, abbiamo lavorato per adeguare l'assetto dell'ospedale rispetto alle modifiche intervenute dopo la definizione del progetto architettonico.

La primitiva impostazione per unità operative autonome ed aree funzionali omogenee, è idonea, con lievi modifiche, ad accogliere un sistema di assistenza con cure graduate.

In particolare le assistenze diurne o brevi e quelle di bassa, media e alta intensità, possono essere create in aree già previste ma distinte per specialità.

Si tratta, cioè, di scomporre i casi dei pazienti non tanto per branca, quanto per intensità di cure. E' un processo eminentemente organizzativo e non strutturale-edilizio.

Dimensioni e struttura

Posti letto prevedibili a parametro di legge: massimo 3,5 per mille abitanti più 1 per mille rrf Id: per 62000 abitanti $217+62 = 279$

Nostro metodo di calcolo per i posti letto: dimensionare in base alla domanda espressa e soddisfatta.

Abbiamo analizzato, distinti per drg,

	Progetto attuale		Progetto Preliminare	
	Intensità di cura	Posti letto	Specialità	Posti letto
Dipartimento medico 102 p.l.	Alta assistenza	7	Medicina	70
	Ordinari 120 - 1	30	Neurologia	20
	Ordinari 120 - 2	30	Cardiologia utic	20
	Ordinari 150	10		
	Cure intermedie	10		
	Day hospital	15		
Dipartimento chirurgico 70 p.l.	Alta intensità postchirurgica -Recovery room	4	Chirurgia generale	35
	Ordinari 150 minuti	30	Ortopedia	35
	Ordinari 120 minuti	30	Orl	20
	Day surgery	16		
Dipartimento materno- infantile 55 p.l. e culle	Donne	26	Ostetricia ginecologia	30
	Donne day hospital	4	Nido	10
	Bambini	9	Pediatria	10
	Bambini day hospital	4		
	Neonati	10		
	Neonati patologici	2		
Dipartimento Emergenza Urgenza 17 p.l.	Rianimazione massima assi- stenza	10	Rianimazione	6
	Day hospital	1		
	Osservazione breve intensiva	6	Astanteria	20
Dip. Salute mentale 15 p.l.	S.P.D.C:	13	Spdc	12
	Day hospital	1		
TOTALE posti letto comprese culle		258		288

i ricoveri della popolazione asl 16 nel 2002 e 2003 (nei nostri ospedali più l'ingente mobilità passiva) sommando l'attuale mobilità attiva.

Abbiamo calcolato un monte giornate di degenza moltiplicando i drg per la degenza specifica standard regionale; trattando poi il monte giornate con una occupazione standard (85% ordinari, 90% rrf e ld, 150% dh e ds, 75% t.i., nido e ostetricia) si è ottenuto il numero di letti per disciplina necessario.

Si sono effettuate correzioni:

- per discipline non presenti (la semplice proiezione storica non darebbe necessità di attività)
- per competenza del drg in caso di

presenza di disciplina succedanea (ad esempio la competenza sugli ictus)

- per evoluzione di trattamento dal 2002: riconversione drg lea, day surgery
- norme di legge (ad esempio legge 180)
- rispetto tendenziale del "modulo" e della soglia minima di attività.

Specialità considerate: quelle generali di base più quelle rilevatesi rilevanti come quantità o fattibilità.

258 posti letto di cui 31 in dh/ds comprese 10 culle e 6 osservazione breve intensiva

I livelli di assistenza dipartimentali so-

no stati individuati in coerenza con le esigenze del paziente, che deve per il buon funzionamento del sistema essere collocato nel livello giusto per il suo bene (efficacia) e per il rispetto dell'appropriatezza economica (efficienza).

La massima intensità di cure, ove il paziente necessiti di ventilazione meccanica invasiva oltre alle altre manovre di monitoraggio e terapia, sarà riservata alla Terapia intensiva – rianimazione. I pazienti critici che necessitano di un monitoraggio continuo e terapie mediamente invasive ma senza ventilazione con intubazione potranno essere invece affidati ad "alta intensi-

tà di cure" dipartimentali. Definizione variabile alla quale noi abbiamo dato il significato di semintensiva.

Nel Dipartimento chirurgico l'alta intensità di cure potrà occuparsi di terapia perioperatoria con una "recovery room" aperta dal mattino alle prime ore della sera nei giorni feriali, destinata ad accogliere i pazienti in uscita dalla sala operatoria per il tempo necessario alla loro stabilizzazione, prima del ricovero nel reparto ordinario o, malauguratamente, in rianimazione, allo scopo di far lavorare al meglio questi ultimi due reparti.

Nel Dipartimento medico tale alta assistenza prenderà in carico dei pazienti infartuati, aritmici, con scompenso grave, colpiti da ictus o accidenti cerebrali, ventilati non invasivamente, con quadro di coma diabetico, epatico, uremico, sanguinanti gastroenterici.

Nei Dipartimenti medico e chirurgico sono previste almeno tre articolazioni di cura ordinaria (150 e 120 minuti, day hospital o day surgery), e si aggiungono livelli di alta assistenza. Potrà essere aggregata una zona tampone di cure intermedie-bassa assistenza.

Per il Dipartimento materno-infantile, soprattutto a causa della natura dei pazienti, i letti donne prevederanno la classica gradazione dh-ordinario, pur contenendo ostetricia, ginecologia e rooming in, e quelli bambino dh-ordinario-culle-culle patologici con le specialità di pediatria, neuropsichiatria infantile, e ospitando i piccoli operati dalle specialità chirurgiche.

Il Dipartimento di Salute Mentale in ospedale disporrà del classico reparto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e di un posto di day hospital, essendo più propriamente localizzati sul territorio ambulatori e centri residenziali, comunità protette.

Il Dipartimento di Riabilitazione non sarà dotato di funzione degenziale, essendo a ciò orientato l'altro ospedale della ASL.

Altri aggiustamenti sono stati necessari per quanto riguarda gli ambulatori,



anch'essi suddivisi per quantità di assistenza necessaria: poliambulatorio medico, poliambulatorio chirurgico e poliambulatorio protetto (endoscopia, invasivi, interventi con sedazione ecc.); per l'identificazione di un'area pre-ricovero; la creazione di spazi per la diagnostica interventistica; l'apertura dell'ospedale a servizi trasversali con il territorio (guardie mediche, ambulanze, dimissioni protette, codici bianchi, sportello polifunzionale scelta revoca, protesica ecc.); per gli ambulatori della libera professione.

Alla luce della scomposizione delle unità operative, è stato necessario prevedere un riordino delle aree non assistenziali direttive dipartimentali (studi medici, sale riunioni, segreterie unificate).

Progetto organizzativo

Pro-iectum, anticipazione di futuri possibili. Si definiscono gli impegni in modo coerente rispetto ai mezzi a disposizione, naturalmente in condizioni di razionalità limitata.

È un'attività periodica: avviene al momento della nascita dell'organizzazione ma si ripete ciclicamente, e non continuamente nel corso della sua vita (Gasparre A. 2004-2005, anche

di seguito). L'organizzazione è una forma di azione collettiva reiterata basata su processi di differenziazione e integrazione tendenzialmente stabili e intenzionali (Ferrante e Zan, 1994).

La progettazione organizzativa è un disegno del sistema di ruoli differenziati partendo da un insieme indifferenziato di persone; la strutturazione e la gestione delle interdipendenze crea poi un impatto sinergico.

L'integrazione delle persone si può ottenere tramite la gerarchia, le norme e le procedure, la tecnologia, la programmazione, le strategie, ma soprattutto la cultura comune ed i valori condivisi.

Per gli operatori sono importanti la professionalità la specializzazione la buona tecnica e poterle esercitare: il **modello classico di struttura secondo funzioni** ricalca la divisione ospedaliera. Si privilegia il momento della differenziazione: tutti coloro che svolgono la stessa funzione o che hanno e utilizzano nel loro lavoro le stesse conoscenze sono accorpate in un'unica unità organizzativa (cardiologi, anestesisti...ecc.); i meccanismi di integrazione prevalenti sono la gerarchia, le norme, gli standard, le procedure.

I punti di forza sono la massima specializzazione, la massima economia di scala *intrafunzionale*, la massima standardizzazione, l'efficacia clinica. I *correttivi* consistono nell'abbreviare catena gerarchica (vedi dipartimenti) e creare organi di staff (ma a volte aggiungono confusione senza utilità, attivando referenze multiple...).

I punti di debolezza stanno nella verticalizzazione interna, nella burocratizzazione, lentezza, nel rapporto orizzontale tra le varie divisioni (rischio di compartimenti stagni), nell'inadeguatezza in caso di ambiente molto turbolento (la rivolta degli aiuti coalizzati), ma soprattutto spesso la scala non è economicamente efficiente.

Ma il paziente chiede solo il risultato, che valuta come può ma lo tocca nel fisico e nella mente!

Il modello classico connesso al criterio del risultato è il percorso clinico, che privilegia il momento dell'integrazione: sono insieme tutti coloro (i diversi ruoli e le diverse specializzazioni) che sono necessari a perseguire e a raggiungere i risultati desiderati, specificabili in termini di: cura di una patologia, processo, prodotto, "mercato", bacino di utenza. I meccanismi di integrazione prevalenti sono le linee guida, le procedure, gli schemi d'azione, i programmi, le strategie. La struttura per prodotto ha come punti di forza la responsabilizzazione sui risultati, la visione d'insieme, l'apprendimento organizzativo, la decentralizzazione del processo decisionale, la focalizzazione sul cliente-utente e come punti di debolezza la moltiplicazione delle posizioni, il rischio di troppa autonomia, il basso coordinamento a livello macro, cui si cerca di ovviare con staff centrali per le politiche macro organizzative, direzioni operative interdivisionali, competizione interdivisionale.

Dalla **combinazione dei due criteri funzione e risultato**, si concepisce **una struttura a matrice**, che ha come punti di forza tutti i vantaggi espo-

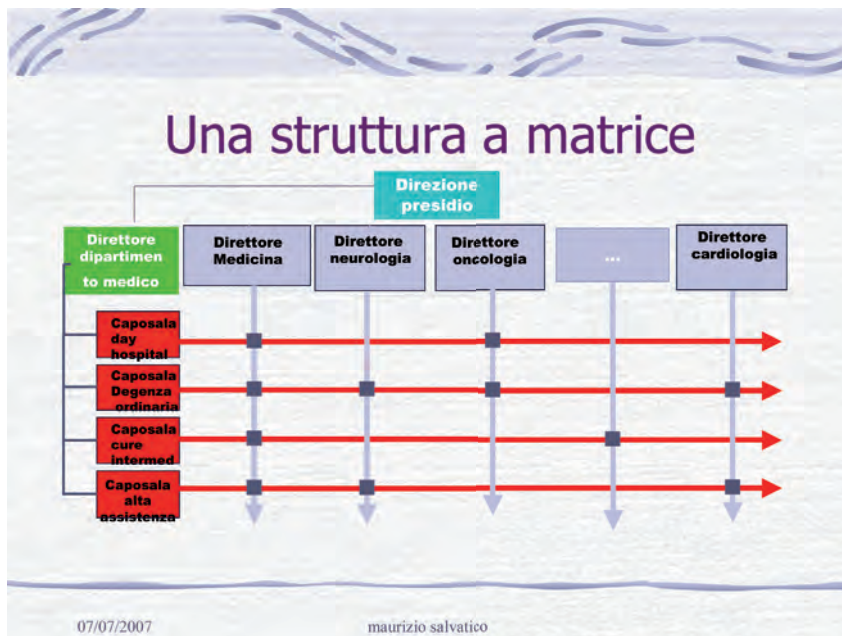


Figura 2 lo schema a matrice proposto

sti sopra per le due impostazioni (almeno in teoria) e grande flessibilità. Possibili punti di debolezza saranno la doppia dipendenza degli operatori e la necessità di intercambiabilità del ruolo (non tutti si adattano, o ci riescono!).

LA LOGICA ORIZZONTALE (PER PROCESSI)

Se l'obiettivo è la creazione di valore, la struttura è creata intorno ai processi *core*, interfunzionali, che creano il risultato salute del paziente: il ricovero ordinario, il ricovero diurno, la prestazione ambulatoriale.... I meccanismi di integrazione prevalenti sono le strategie, i valori condivisi, la gestione per obiettivi, la cultura (del cliente, del miglioramento continuo).

Il processo, come insieme di attività volte alla realizzazione di un prodotto o di un servizio come il ricovero, offre un riferimento chiaro rispetto a cui valutare l'impostazione dei flussi e delle modalità lavorative, e mantenere sotto controllo il livello di prestazioni dell'organizzazione rispetto a: qualità, costi, tempi (Gasparre 2004, anche di seguito).

UNA STRUTTURA PER PROCESSI (SCHEMA ISO)

La struttura orientata per processi ha punti di forza nella flessibilità, bassi tempi di realizzazione, favorisce la visione d'insieme del paziente, promuove il lavoro in equipe e la cooperazione, focalizza sulla creazione di valore. Ha punti di debolezza nel fatto che vanno individuati i veri processi "core", nella rivoluzione culturale che induce in termini di assetti di potere, nei sistemi di ricompensa, nella formazione, negli aspetti di relazione, e nella mancanza di garanzia di alta specializzazione circa le prestazioni fornite. Chi intenda organizzare per processi deve tenere conto del tendenziale annullamento dei confini intra- e inter- organizzativi, del fatto che la progettazione organizzativa e la valutazione delle performance sono lavori di squadra, del rispetto necessario nei confronti dei medici process owners -hanno responsabilità totale sui processi di competenza-, della necessità di ampia delega decisionale ai membri, dell'utilizzo obbligatorio della formazione trasversale, della creatività, del problem solving,

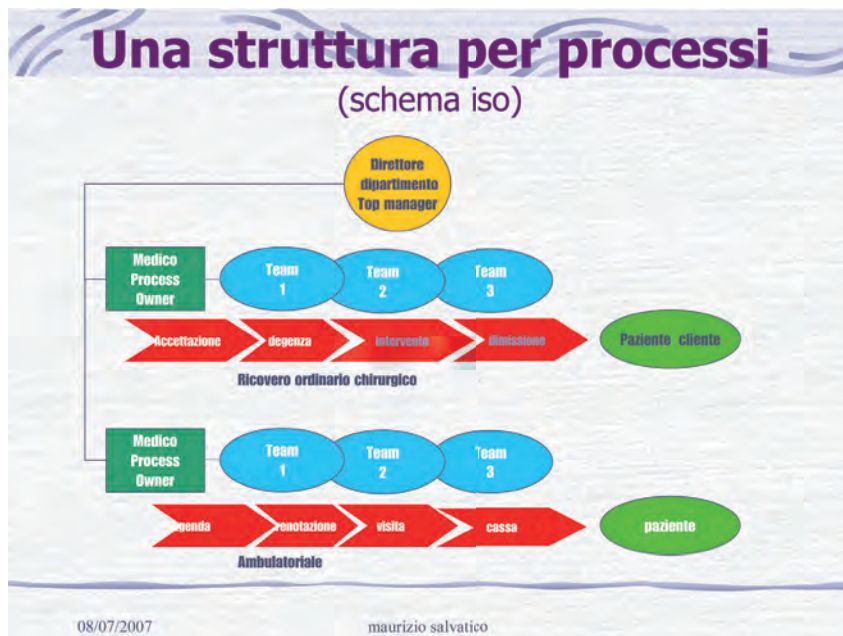


Figura 3: organizzazione per processi proposta

di una logica collaborativa che deve permeare il comportamento di tutti. L'articolazione dipartimentale, introdotta da tempo, è stata negli ultimi anni attuata e tarata rispetto alla realtà operativa del vecchio ospedale, perseguendo l'obiettivo non ancora raggiunto di un approccio realmente integrato e multidisciplinare al paziente. La definizione di una nuova struttura organizzativa, con al vertice il Responsabile del Dipartimento - con funzioni gestionali - e poi i diversi Primari - con ruoli eminentemente clinici - ha trovato capienza sia nel già consolidato assetto per aree funzionali omogenee, sia nella contiguità - rispettosa dei criteri dipartimentali - con la quale il progetto originale andava a distribuire le Unità Operative. Il nuovo assetto organizzativo presuppone la piena operatività del modello dipartimentale strutturale, con Caposala - che sovrintendono i diversi blocchi di assistenza graduata - e il Direttore del Dipartimento, che cura e concorda i percorsi, che fa da garante del sistema; ai Primari e ai Medici è invece demandata la presa in carico degli aspetti clinici e specialistici nella loro complessità.

CONCLUSIONI

L'Ospedale nel nuovo modello per intensità di cure implica il superamento della suddivisione per funzioni con l'organizzazione per processi, il cambiamento dei processi produttivi e di schemi mentali consolidati. Si passa dalla visione tolemaica a quella copernicana. Come la terra attorno al sole, è il medico che gira attorno al paziente, che sta al centro, con i suoi bisogni clinici. Questi ultimi, valutati, sono soddisfatti in un reparto di cura razionale, calibrato e ottimizzato su quantità e qualità dell'assistenza.

CRITICITÀ RISCOSE NELL' ESPERIENZA

- 1) Anche se possiamo essere soddisfatti rispetto alla media nazionale, dal concepimento al parto di un nuovo ospedale passano tempi lunghi, circa dieci anni.
- 2) È necessario avere le idee chiare fin dall'inizio, ma anche essere pronti a modificare il layout tecnico e organizzativo in corso d'opera, cosa non facile da gestire isorisorse.
- 3) Oltre all'evoluzione di scenario

scientifico e organizzativo, in un lasso di tempo così lungo si creano inevitabilmente variazioni e incertezze politiche, e cambi di governo locale e di amministrazione; la mancanza di un piano sanitario regionale in Piemonte dal 1999 ad oggi non è stata certo di aiuto; l'elemento funzionale e di "media" dirigenza spesso rappresenta l'unica continuità possibile per lunghi periodi in Azienda.

4) Ad esempio, rispetto ad un disegno di ospedale generale a carattere territoriale, qualche tempo fa ci furono fortissime spinte ad una modifica in senso mono-pauci specialistico, tecnicamente poco percorribili e poco sostenibili in termini di bisogni di salute della popolazione che hanno semplicemente fatto perdere un anno.

5) È importante la discussione e formazione sul nuovo modello di cure, in quanto i Primari la percepiscono come perdita del possesso del territorio, o perdita di status; anche il contratto di lavoro attuale non aiuta, sostanzialmente privilegiando le responsabilità di struttura rispetto a quelle professionali.

6) Grandi talenti clinici spesso non sono grandi talenti organizzativi, deve passare il messaggio del sostanziale miglioramento dell'attività clinica con il nuovo modello.

7) Con l'innovazione del tutor e della presa in carico del paziente, anche gli aiuti vengono responsabilizzati, vanno bene chiarite da un regolatore del processo le difficoltà nell'attribuzione del ricovero a livello di assistenza e branca specialistica di competenza.

8) L'assenza di veri dipartimenti sposta il punto di partenza più in basso, come anche le quotidiane croniche carenze di organico.

9) Il ruolo dei caposala nel processo è fondamentale, dinamico, ma anche premiante ed emendante vecchie frustrazioni; da noi tutti sono stati disponibili fin dall'inizio, pur esprimendo preoccupazioni e richieste formative.

ERRORI DA NON RIPETERE

- 1) Opinion leaders clinici favorevoli. Avremmo dovuto spingerli a spendersi di più con i colleghi meno convinti.
- 2) Visite guidate ad altri ospedali. Chi vi ha partecipato (forse già più sensibile all'argomento rispetto agli altri) spesso è tornato arricchito ed entusiasta, avremmo dovuto farne di più, con più partecipanti, forzando i riluttanti.
- 3) Difesa dai guastatori. Spesso nelle plenarie, condotte "inter pares", un singolo oppositore riusciva a bloccare i lavori di tutti.
- 4) La Direzione strategica deve fornire formalmente ritorni sulla condivisione o meno del progetto e orientamenti precisi sulle scelte da intraprendere per raggiungere gli obiettivi prefissati. Altrimenti si rischia di dover partire "da zero" più di una volta.
- 5) L'insufficiente, e piuttosto generalizzata, attitudine dirigenziale a chiarire in modo univoco le criticità organizzative, i rapporti di responsabilità clinica, le relazioni interprofessionali è da correggere prima di partire con il processo, trattandosi di elemento basilico e fondante.

BIBLIOGRAFIA

- Afessa B. et al. *Evaluating the performance of an institution using an intensive care unit benchmark* Mayo Clin Proc. 2005;80:174-180
- American Thoracic Society *What is the purpose of an intensive care unit?* American Thoracic Society Website
- Autori Vari *Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza* Supplemento al n.6 Monitor Agenzia Servizi Sanitari Regionali
- Beglimger JE *Quantifying patient care intensity: an evidence-based approach to determining staffing requirements* Nurs Adm Q. 2006 Jul-Sep;30 (3):193-202
- Carayon P. Gurses A. *A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units* Intensive and critical care Nursing vol 21,5 oct 2005:284-301
- Contini V. et al. *L'Ospedale per intensità di cure* Atti 10° Congresso Nazionale FADOI Congresso Nazionale FADOI Napoli 2005
- Dix R. *Psychiatric intensive care and low secure units past, present and future* Journal of Psychiatric Intensive Care vol 1 n.1:1-2
- Cuppone T. *La degenza ordinaria per l'alta intensità di cura* Atti 1° convegno nazionale di organizzazione, igiene e tecnica ospedaliera I nuovi ospedali: esperienze a confronto tecnologia ed umanizzazione nella realizzazione di ospedali ad alta complessità assistenziale Grado 10-11 aprile 2003
- Gasparre A. *Introduzione alla progettazione organizzativa* Materiale per Facoltà Economia Genova 6/11 a.a.2004-2005
- Grossi I. et al. *Sperimentazione d un settore di degenza dipartimentale chirurgica nell'asl12 di Biella* Atti 32° convegno nazionale A.N.M.D.O. Europa, regioni e sanità: evoluzione delle competenze della direzione sanitaria Lecce 21-23 settembre 2003
- Guzzanti E. *L'ospedale nel terzo millennio: considerazioni e prospettive* Atti Convegno Internazionale L'ospedale nel terzo millennio Alba, 17 maggio 2006
- Keepnews D. *Nursing intensity and hospital payment* Policy Polit Nurs Pract 7,2006; 237-239
- LaFranca G. *Disposto per intensità di cura* Morgagni-Pierantoni, Forlì Tecnica Ospedaliera 1, 2006: 38-44
- LaFranca G. *Il nuovo ospedale* Mondovì, Cuneo Tecnica Ospedaliera 9, 2005: 34-38
- LaPietra L. *Il day hospital oncologico* Atti 1° convegno nazionale di organizzazione, igiene e tecnica ospedaliera I nuovi ospedali: esperienze a confronto tecnologia ed umanizzazione nella realizzazione di ospedali ad alta complessità assistenziale Grado 10-11 aprile 2003
- Laureano R. et al. *La medicina interna nell'ospedale organizzato secondo il modello per livelli di intensità delle cure 2*, 2006 Medicina Italia
- Marcolongo A. Virgili G. *Nuovi modelli per le degenze* Atti 1° convegno nazionale di organizzazione, igiene e tecnica ospedaliera I nuovi ospedali: esperienze a confronto tecnologia ed umanizzazione nella realizzazione di ospedali ad alta complessità assistenziale Grado 10-11 aprile 2003
- Marcolongo A. Tosato F. *Area dei trattamenti, osservazione breve e intensiva* Atti 4° convegno nazionale di organizzazione, igiene e tecnica ospedaliera I nuovi ospedali: esperienze a confronto Ospedali in rete e servizi di pronto soccorso Grado 6-7 aprile 2006
- Mauri M. *Un ospedale per il terzo millennio: linee guida per un nuovo modello di ospedale polispecialistico ad alta tecnologia ed assistenza* Management Medico n.1 2004: 3-15
- Mauri M. *L'ospedale del futuro: due ipotesi dimensionali* Management Medico n.2 2004 :3-16
- National Health Service United Kingdom *Data Dictionary Clinical Care Intensities level of resources and intensity of care in a particular ward* NHS Website
- Silvestri N. *Il day hospital chirurgico polispecialistico* Atti 1° convegno nazionale di organizzazione, igiene e tecnica ospedaliera I nuovi ospedali: esperienze a confronto tecnologia ed umanizzazione nella realizzazione di ospedali ad alta complessità assistenziale Grado 10-11 aprile 2003
- Tonutti G. Bambini C. *Le degenze ordinarie: dall'organizzazione divisionale a quella dipartimentale: esperienze a confronto: l'ospedale di Udine e l'ospedale della Versilia* Atti 1° convegno nazionale di organizzazione, igiene e tecnica ospedaliera I nuovi ospedali: esperienze a confronto tecnologia ed umanizzazione nella realizzazione di ospedali ad alta complessità assistenziale Grado 10-11 aprile 2003

ARJOHUNTLEIGH



ArjoHuntleigh è dedicata
a migliorare la qualità e
l'efficienza dell'assistenza.

Il nostro approccio è basato su una profonda comprensione delle necessità di quanti sono coinvolti nel processo di assistenza - Operatori, Pazienti e Strutture di assistenza e cura. Da qui, sviluppiamo e forniamo soluzioni integrate per l'assistenza a persone con funzionalità motoria ridotta e annesse condizioni.

Visitaci a PTE Expo Verona dal 26 al 28 maggio 2009

...with people in mind

Il Gruppo GETINGE è leader globale nella fornitura di attrezzature, ausili e sistemi che contribuiscono a migliorare la qualità e il rapporto costi/efficienza nel campo dell'assistenza sanitaria e delle scienze biologiche. Attrezzature, assistenza tecnica e tecnologie sono fornite sotto i marchi ArjoHuntleigh, GETINGE e MAQUET.

www.ArjoHuntleigh.it

L'appropriatezza dei ricoveri in un reparto di Malattie Infettive

Riassunto

Gli autori affrontano il tema dell'appropriatezza dei ricoveri in degenza ordinaria all'interno del reparto di Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena mediante un'analisi sui pazienti dimessi nell'anno 2005.

In particolare è stato effettuato un approfondimento relativamente ai ricoveri dei pazienti HIV positivi.

Irene Cocchi*, **Roberto Esposito***, **Rosella Molinari****, **Miglioli Mauro****, **Anselmo Campagna*****, **Alessandro Callegaro*****

* Struttura Complessa di Malattie Infettive Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

** Ufficio Assicurazione Qualità - Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena

*** Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

INTRODUZIONE

La normativa di riferimento¹⁻² ha confermato il principio secondo il quale un servizio pubblico deve garantire prestazioni appropriate. Agli operatori sanitari, e principalmente ai medici, si chiede di rivolgere il proprio impegno professionale verso attività appropriate e clinicamente utili. Gli autori sono convinti che i medici svolgano un ruolo fondamentale nel costruire un sistema che garantisca equilibrio tra erogatori ed utilizzatori dei servizi. Tale sistema può essere supportato da azioni volte a regolamentare in modo diretto il lato dell'*offerta* - la disponibilità dei servizi- oppure migliorando il governo della *domanda* mediante il coinvolgimento dei medici prescrittori che con le loro scelte condizionano l'orientamento dei pazienti.

APPROPRIATEZZA: NORMATIVA E DEFINIZIONI

Il Decreto legislativo n°229 del giugno 1999 "Norme per la razio-

nalizzazione del Servizio sanitario nazionale"³ mette in evidenza come siano "posti a carico del Servizio Sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono escluse dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie che:

- non rispondono a *necessità assistenziali tutelate* in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale;
- non soddisfano il principio dell'*efficacia e dell'appropriatezza*, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le

medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'*economicità* nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza."

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali d'Assistenza"⁴ identifica 43 DRG che "presentano un *profilo organizzativo potenzialmente inappropriato*, o per i quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione". E' un elenco di categorie diagnostiche per le quali "sulla base delle rilevazioni regionali dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità, fatta salva, da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali". In regione Emilia Romagna ne sono stati progressivamente individuati altri ed oggi possiamo contare 3 principali elenchi di DRG potenzialmente inappropriati:

- 43 DRG dell'Allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 -Classificazione dei LEA- (vedi Tabella I).
- 27 DRG dell'accordo Regione Emilia Romagna e MMG (vedi Tabella II);
- 63 DRG ad alto rischio di inappropriatezza dell'Allegato 8 della Delibera Giunta Regionale 1 marzo 2000 n°319 -Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia Romagna-(vedi Tabella III)⁵.


PAROLE CHIAVE:

Pazienti, appropriatezza, DRG, HIV, ambulatori, criteri

Tali elenchi possono essere considerati un riferimento utile per definire quote di casistica trasferibile dalla degenza ordinaria a livelli di intensità assistenziale inferiore quali il day hospital o l'ambulatoriale. Anche il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005⁶ dedica spazio al tema dell'appropriatezza e la richiama come elemento per assicurare l'etica del sistema e come principio che condiziona l'essenzialità delle prestazioni, "le quali non possono essere considerate essenziali se non sono appropriate". Utilizzare il criterio dell'*essenzialità* significa che in ogni momento non deve essere erogato niente di più e niente di meno di ciò che, essendosi a priori dimostrato efficace nel caso specifico, risulta strettamente indispensabile, accettabile e sicuro per il paziente⁷.

Prima di proseguire appare utile definire il termine "appropriatezza": l'appropriatezza è quella condizione che si realizza quando al paziente "giusto" viene reso il servizio giusto, al momento giusto e nella giusta quantità⁸. L'appropriatezza è una dimensione della qualità sanitaria che si realizza quando servizi o prestazioni efficaci vengono prescritti ed erogati solo per pazienti o per problemi di salute per i quali hanno indicazione, al momento giusto ed al livello organizzativo ottimale⁹. Possiamo distinguere l'appropriatezza in:

- **Appropriatezza Clinica** intesa come erogazione di una prestazione efficace ed indicata per il bisogno del paziente;
- **Appropriatezza Organizzativa o Assistenziale** intesa come utilizzo del miglior contesto per erogare la prestazione;

■ **Appropriatezza Temporale** intesa come tempestività, utilizzo al momento giusto della prestazione, né troppo tardi né troppo precocemente.

Inoltre in tema di appropriatezza di ricovero può essere seguita un'ulteriore distinzione parlando di:

- **Appropriatezza generica** quando ci si limita a valutare se la prestazione è da erogare al livello di intensità assistenziale prescelto (degenza ordinaria, day hospital, ambulatorio ecc);
- **Appropriatezza specifica** quando si valuta se una determinata prestazione è effettivamente indicata in un determinato soggetto.

Per completezza può essere utile riportate l'affermazione secondo la quale sostanzialmente "i ricoveri ordinari *inappropriati* sono ricoveri per problemi clinici che possono essere trattati con *efficacia e sicurezza* per il paziente, in regimi alternativi alla degenza ordinaria"¹⁰.

CONTESTO, OBIETTIVO E METODO

A motivo di un certo *affollamento* del reparto di Malattie Infettive -Occupazione Media percentuale nell'anno 2005 del 92%- gli autori si sono posti il problema di indagare l'appropriatezza dei ricoveri in questa struttura. La percezione di alcuni professionisti è stata quella di una certa *discrepanza* tra la indiscussa appropriatezza attribuita ai ricoveri di pazienti con alcune diagnosi considerate "importanti" e le effettive buone condizioni di salute dei medesimi pazienti. Gli autori hanno cercato di dimostrare come non sempre tale considerazione aprioristica abbia portato ad effettuare ricoveri appropriati. L'analisi è stata condotta utilizzando le informazioni contenute nelle *Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)* e nella *Lettera Informatizzata di dimissione*.

1. Buiatti E. Come è cambiata la domanda di salute. I nuovi bisogni richiedono una revisione dei Lea. *la Professione, medicina, scienza etica e società*, FNOMCeO N°3/2005, pp.7-8.
2. Spadonaro F. Le tre ere del SSN: Equità, Efficienza e Appropriatezza. *la Professione, medicina, scienza etica e società*, FNOMCeO N°3/2005 pp.8-9.
3. Decreto Legislativo n°229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n°419", Gazzetta Ufficiale n°165 16/07/1998.
4. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", Gazzetta Ufficiale n°33 08/02/2002.
5. Delibera Giunta Regionale n°319 del 1 marzo 2000 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia Romagna", Bollettino Ufficiale n°79 04/05/2000.
6. Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003 "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005", Gazzetta Ufficiale n°95 18/06/2003.
7. Montaguti U., Per raggiungere l'appropriatezza negli interventi serve una metodologia di gestione dei quadri clinici. "Il disease management" Atti del II congresso scientifico SIMEF, 2003.
8. Piano Sanitario Regionale 1999/2001 Regione Emilia Romagna, Bollettino Ufficiale n°50 02/05/2000, 3.7 p.144; 1.6 pp.74-75.
9. Forino A. Logic of appropriateness, *Dedalo* N°1/2005, pp 25-34.
10. Gonnella J.S., "Le Funzioni degli Ospedali e la Responsabilità dei Medici". Dal Convegno -Appropriatezza dei ricoveri ospedalieri: criteri di valutazione e strategie per il miglioramento- Bologna 16 settembre 2005.

Tabella I - 43 DRG presenti nell'Allegato2C del DPCM 29 novembre 2001

N°DRG	Descrizione DRG
006	Decompressione tunnel carpale
019	Malattie dei nervi cranici e periferici
025	Convulsioni e cefalea, età >17 no CC
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	Interventi extraoculari eccetto orbita età >17
041	Interventi extraoculari eccetto orbita età 0-17
042	Interventi sulle strutture intraoculari (eccetto retine, iride, cristallino e trapianti di cornea)
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
065	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)
119	Legatura e stripping vene
131	Malattie vascolari periferiche no CC (eccetto urgenze)
133	Arterosclerosi no CC (eccetto urgenze)
134	Ipertensione (eccetto urgenze)
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)
158	Interventi su ano e stoma
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 senza CC (eccetto ricoveri 0-1 g)
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 senza CC (eccetto ricoveri 0-1 g)
163	Interventi per ernia età 0-17 (eccetto ricoveri 0-1 g)
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 no CC
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17 (eccetto urgenze)
187	Estrazione e riparazione dentaria
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)
222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)
232	Artroscopia
243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)
262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)
267	Interventi perianali e pilonidali
270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no CC
276	Patologie non maligne della mammella
281	Traumi pelle, sottocute e mammella no CC
282	Traumi pelle, sottocute e mammella età 0-17 (eccetto urgenze)
283	Malattie minori della pelle con CC
284	Malattie minori della pelle no CC
294	Diabete età >35 (eccetto urgenze)
301	Malattie endocrine no CC
324	Calcolosi urinaria no CC (eccetto urgenze)
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età >17 no CC (eccetto urgenze)
364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno
395	Anomalie dei globuli rossi età >17 (eccetto urgenze)
426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)
429	Disturbi organici e ritardo mentale
467	Altri fattori influenzanti lo stato di salute (eccetto urgenze)

L'appropriatezza dei ricoveri è stata valutata facendo riferimento ad un elenco di *criteri* decisi internamente che vengono di seguito specificati:

- 1) valutazione non solo del DRG prodotto ma della **effettiva situazione clinica** deducibile da "diagnosi principale" e "altre diagnosi"¹¹, presenti in SDO: ad esempio i DRG 182-183 possono essere prodotti da diagnosi di gastroenterite infettiva banale cod.009.0 oppure da disenteria amebica cod.006.0;
- 2) presenza di segni/sintomi di **criticità clinica** con necessità di **monitoraggio clinico continuo**:
 - alterazione stato di coscienza e dei parametri vitali
 - ematemesi, melena
 - ipovolemia, squilibrio elettrolitico
 - insufficienza renale acuta, squilibrio acido base
- 3) necessità di **procedure diagnostiche e/o terapeutiche** importanti:
 - monitoraggio dei parametri vitali
 - ossigenoterapia e supporto ventilatorio
 - alimentazione parenterale
- 4) **dati socio-sanitari** limitanti la possibilità di gestione ambulatoriale:
 - tossicodipendenza
 - mancanza di abitazione di supporto familiare di risorse materiali
 - immigrazione, clandestinità
 - malattia psichiatrica.

DISCUSSIONE

Descrizione dell'attività

Le modalità di ricovero in degenza sono sostanzialmente 4:

- 1) punto di accesso *ambulatoriale* di Malattie Infettive;
- 2) invio da *Pronto Soccorso*;
- 3) trasferimento *interno da altro reparto*;
- 4) trasferimento da *reparto di altro ospedale* (pubblico o privato).

Il reparto nel periodo di riferimento -anno 2005- ha dimesso 492 pazienti, 225 ricoverati direttamente dalla Struttura di Malattie Infettive, gli altri

ricoverati dal Pronto Soccorso, da altri reparti o da altri ospedali. La **Tabella A** riporta la distribuzione dei pazienti secondo le modalità descritte.

Colpisce come quasi la metà -46%- dei ricoveri considerati provenga dall'Accesso Ambulatoriale interno di Malattie Infettive e quindi come il ricovero avvenga in gran parte per decisione diretta dei medici della struttura stessa. Essendo questo *l'unico presidio infettivologico* della provincia di Modena, riceve pazienti da molteplici fonti di invio, sia interne che esterne all'azienda, con richiesta di prestazioni ambulatoriali e di consulenza che, dopo essere state espletate, possono portate al ricovero dei pazienti.

Dei 225 pazienti provenienti dal generico Accesso Ambulatoriale interno di Malattie Infettive ben 117 provengono dal punto di accesso specifico denominato "Ambulatorio HIV". Per gli altri 108 ricoveri l'accesso alla degenza è stato determinato:

- 43 da altro Pronto Soccorso della provincia e della regione;
- 14 da altre strutture interne al Policlinico (Ambulatorio di Pneumologia e Dermatologia, Day Hospital di Ematologia e Reumatologia, Ambulatorio di post ricovero di Chirurgia, Osservazione Breve Oncologica);
- 13 ricoverati a seguito di una visita ambulatoriale (ordinaria o urgente). Si tratta per lo più di invii da parte dei Medici di Medicina Generale;
- 11 ricoverati a seguito di controllo post ricovero nel reparto di Malattie Infettive;
- 5 ricoverati a seguito di un accesso all'ambulatorio interno "Epatiti";
- 3 dal Pronto Soccorso trattati ambulatorialmente nell'immediato e, per mancanza di posti letto, ricoverati successivamente;
- 3 provenienti rispettivamente da SERT, Carcere e libera professione;
- 16 provenienza assimilabile alle categorie precedenti ma non documentabile.

Tabella II - 27 DRG dell'accordo Regione Emilia Romagna e MMG

N°DRG	Descrizione DRG
014	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto A.I.T.)
019	Malattie dei nervi cranici e periferici
025	Convulsioni e cefalea, età >17 no CC
065	Turbe dell'equilibrio
088	Malattie polmonari cronico-ostruttive (COPD)
089	Polmonite semplice e pleurite, età >17 con CC
090	Polmonite semplice e pleurite, età >17 no CC
091	Polmonite semplice e pleurite, età <18
127	Insufficienza cardiaca e shock
131	Malattie vascolari periferiche no CC
133	Arterosclerosi no CC
134	Ipertensione
142	Sincope e collasso no CC
182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 con CC
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 no CC
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17 (eccetto urgenze)
208	Malattie delle vie biliari no CC
243	Affezioni mediche del dorso
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche no CC
256	Altre diagnosi sistema muscolo-scheletrico e tess.connettivo
294	Diabete età >35
324	Calcolosi urinaria no CC
395	Anomalie dei globuli rossi età >17
426	Nevrosi depressiva
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva
429	Disturbi organici e ritardo mentale
467	Altri fattori influenzanti lo stato di salute

N.B. Il DRG 014 è stato in un secondo momento eliminato dal gruppo in quanto la Regione Emilia Romagna ha accertato che al suo interno vengono classificate malattie la cui gravità non consente, in molti casi, di escludere a priori la necessità di un ricovero ordinario.

Tabella A - Provenienza dei ricoveri

Modalità di ricovero	N°ricoveri	%ricoveri
Accesso Ambulatoriale di Malattie Infettive	225	46
Pronto Soccorso	141	29
Trasferimento Interno	78	16
Trasferimento da altro ospedale	48	9
Totale	492	/

11. Si fa riferimento alla Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, Versione italiana della ICD-9-CM (International Classification of Diseases -9th revision- Clinical Modification) -2002- Ministero della Salute.

Il totale dei pazienti HIV positivi è di 176 pazienti ricoverati -Tabella B-, di cui 125 inviati dallo specialista interno e 117, come abbiamo visto, provenienti dall'ambulatorio HIV, essendo il reparto "Centro di riferimento" provinciale per questa patologia. La quasi totalità dei è in follow-up presso gli ambulatori dedicati, che costituiscono anche il primo riferimento in caso di nuovi eventi clinici ed il tramite per l'accesso alla degenza.

Criteri di analisi dei ricoveri

Pur considerando i diversi metodi di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, nel nostro caso sono stati identificati ed impiegati alcuni criteri ad hoc (vedi contesto, obiettivo e metodo), mediante i quali si è tentato di andare oltre la semplice selezione dei DRG inappropriati.

Sono stati valutati i singoli ricoveri e considerati inappropriati i casi in cui, valutando l'effettiva situazione clinica, in assenza di *criticità* e/o di condizioni che imponessero il *monitoraggio clinico continuo*, senza la necessità di effettuare *procedure diagnostico-terapeutiche* importanti ed in assenza di *dati socio-sanitari* limitanti, appariva possibile la gestione del problema di quel momento in modo alternativo alla degenza ordinaria.

Considerazioni generali

L'utilizzo dei criteri sopra esposti ha portato ad una valutazione insolita: fra i casi di polmonite (DRG 89-90) che di norma vengono considerati potenzialmente inappropriati, ne sono stati considerati tali solo 4 su 15 in quanto negli altri casi vi era sempre qualche elemento *clinico* che rendeva il ricovero giustificabile; viceversa alcuni ricoveri di pazienti HIV positivi, di norma considerati appropriati, sono risultati non esserlo.

Tabella III - 63 DRG ad alto rischio di inappropriata in Regione Emilia Romagna

N°DRG	Descrizione DRG
019	Malattie dei nervi cranici e periferici
025	Convulsioni e cefalea, età >17 no CC
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	Interventi extraoculari eccetto orbita età >17
041	Interventi extraoculari eccetto orbita età 0-17
042	Interventi sulle strutture intraoculari
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
065	Turbe dell'equilibrio
088	Malattie polmonari cronico-ostruttive (COPD)
089	Polmonite semplice e pleurite, età >17 con CC
090	Polmonite semplice e pleurite, età >17 no CC
091	Polmonite semplice e pleurite, età <18
119	Legatura e stripping vene
127	Insufficienza cardiaca e shock
131	Malattie vascolari periferiche no CC
133	Arterosclerosi no CC
134	Iperensione
142	Sincope e collasso
158	Interventi su ano e stoma
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 senza CC (eccetto ricoveri 0-1 g)
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 senza CC
163	Interventi per ernia età 0-17
182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 con CC
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 no CC
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17
187	Estrazione e riparazione dentaria
208	Malattie delle vie biliari no CC
222	Interventi sul ginocchio
225	Interventi sul piede

Tabella B - Pazienti con HIV

Modalità di ricovero	N°ricoveri	Pazienti con HIV
Accesso Ambulatoriale di Malattie Infettive	225	125
Pronto Soccorso	141	20
Trasferimento Interno	78	21
Trasferimento da altro ospedale	48	10
Totale	492	176

N°DRG	Descrizione DRG
229	Interventi su mano e polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, no CC
232	Artroscopia
243	Afezioni mediche del dorso
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche no CC
256	Altre diagnosi sistema muscolo-scheletrico e tess.connettivo
262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto ulcere della pelle o cellulite no CC
267	Interventi perianali e pilonidali
270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no CC
276	Patologie non maligne della mammella
281	Traumi pelle, sottocute e mammella no CC
282	Traumi pelle, sottocute e mammella età 0-17
283	Malattie minori della pelle con CC
284	Malattie minori della pelle no CC
294	Diabete età >35
295	Diabete età <35
301	Malattie endocrine no CC
321	Infezioni del rene e delle vie urinarie età >17 no CC
322	Infezioni del rene e delle vie urinarie età 0-17 no CC
324	Calcolosi urinaria no CC
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età >17 no CC
332	Altre diagnosi rene e vie urinarie età >17 no CC
339	Interventi sul testicolo non per neoplasia maligna, età >17
340	Interventi sul testicolo non per neoplasia maligna, età 0-17
342	Circoncisione età >17
343	Circoncisione età 0-17
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne no CC
364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno
395	Anomalie dei globuli rossi età >17
426	Nevrosi depressiva
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva
429	Disturbi organici e ritardo mentale
467	Altri fattori influenzanti lo stato di salute

I risultati della valutazione sono stati scomposti secondo la modalità di accesso in degenza ordinaria -Tabella C-.

Come si può vedere 64 ricoveri sono da considerarsi inappropriati. E' interessante notare che questi ricoveri hanno richiesto 420 giornate di degenza. Se fossero stati evitati il reparto di Malattie Infettive avrebbe avuto a disposizione per tutto l'anno 2005 mediamente 1 posto letto al giorno in più per una migliore capacità recettiva. La Durata Media di Degenza di questi ricoveri è di 6,4 giorni, decisamente più bassa di quella relativa all'insieme del campione. Ciò dipende dal fatto che si tratta in gran parte di ricoveri a bassa complessità clinica, come è dimostrato dal modesto peso medio DRG che essi realizzano (0,75), inferiore alla metà di quello calcolato sul campione complessivo. Infine non vi è grossa differenza nella percentuale di inappropriata fra i ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso (14%) e quelli decisi all'interno del reparto di Malattie Infettive (16%): anzi la percentuale è maggiore fra questi ultimi. Questo mostra che l'intervento diretto dei medici di reparto non sempre riesce ad esercitare una selezione efficace sui casi da ammettere alla degenza. Si tenga inoltre conto del fatto che la decisione di accettare il paziente può essere solo formalmente presa dal reparto: l'invio da altri Pronto Soccorso o da reparti interni al Policlinico è spesso deci-

Tabella C - Provenienza dei ricoveri inappropriati

Modalità di ricovero	n°ricoveri	n°ricoveri inappropriati	giornate di degenza inappropriate
Accesso Ambulatoriale di Malattie Infettive	225	36	268
Pronto Soccorso	141	21	100
Trasferimento Interno	78	3	20
Trasferimento da altro ospedale	48	4	32
Totale	492	64	420

Tabella D - Motivo di ricovero e diagnosi (ICD-9-CM -2002-)

Diagnosi nei casi con infezione da HIV	n° ricoveri	Ricoveri Inappropriati
AIDS e situazioni simili per impegno assistenziale	56	0
Problema prevalente Cirrosi Epatica	19	0
Trapiantati di fegato e trapiantandi	14	0
Malattie minori HIV-correlate o sospette tali	36	8
Malattie legate a tossicodipendenza, disagio psichico	21	6
Malattie varie non direttamente correlabili ad HIV	30	8
Totale	176	22

so mediante una telefonata, senza una preliminare valutazione diretta del caso e la decisione di ricoverare risente di questo “condizionamento” esterno.

Risultati specifici

Un approfondimento analitico è stato fatto sui *pazienti con infezione da HIV*. Colpisce la presenza di ricoveri inappropriati provenienti dall'ambulatorio HIV, sede dove il controllo dovrebbe essere più serrato. D'altra parte l'idea stessa che ricoveri di pazienti con infezione da HIV possano essere inappropriati è piuttosto nuova. Questi ricoveri sono sempre stati in qualche modo considerati corretti “a priori”, tanto che non sono mai stati contestati casi con la codifica di questa diagnosi. L'inappropriatezza è divenuta evidente da quando sono disponibili le nuove terapie, che hanno aumentato la sopravvivenza e ridotto la morbilità AIDS correlata, facendo emergere l'incidenza di patologie “comuni” non legate all'infezione da HIV.

In *Tabella D*- si mettono in evidenza i ricoveri dei pazienti HIV positivi correlati ai casi inappropriati.

Tutti i casi definibili come **AIDS o come situazioni assimilabili** per impegno assistenziale sono stati considerati appropriati, per la gravità clinica che li caratterizza e per l'impegno assistenziale che richiedono. In questo gruppo vi sono molti ricoveri ripetuti: i 56 riportati sono in

realità prodotti da 28 pazienti. Analogamente sono stati considerati tutti appropriati i ricoveri per **cirrosi epatica** perchè si tratta di situazioni tutte caratterizzate dall'imminente rischio di criticità. Anche in questi casi i ricoveri sono spesso ripetuti: a 19 ricoveri corrispondono 13 pazienti.

Il gruppo “**trapiantati-trapiantandi**”: questi sono 10 pazienti che hanno richiesto 14 ricoveri, in attesa del trapianto di fegato o per problemi subentrati dopo lo stesso. Essendo il trapianto in pazienti HIV-positivi un'attività piuttosto complessa, è difficile considerare inappropriati questi ricoveri.

I ricoveri inappropriati si concentrano nei restanti 3 gruppi diagnostici della *Tabella D*.

Con l'introduzione di terapie antiretrovirali efficaci, le “**patologie minori**” **HIV-correlate**, fra cui sono compresi gli effetti avversi dei farmaci, si presentano spesso senza *drammaticità clinica* risultando, quindi, gestibili attraverso un iter ambulatoriale.

Le “**patologie legate a tossicodipendenza e disagio psichico**” comprendono anche condizioni molto importanti quali sepsi ed endocardite; nel valutare l'appropriatezza si è tenuto conto del fatto che, per pazienti di questo tipo, il ricovero può essere *l'unica strada percorribile* per trattare patologie di rilevanza anche modesta. Sono stati pertanto considerati inappropriati

solo alcuni casi in cui la motivazione clinica del ricovero era del tutto inconsistente.

Le “**patologie varie non direttamente correlabili ad HIV**” sono il fenomeno emergente fra la popolazione HIV-positiva. Esse comprendono situazioni cliniche molto varie che vanno dalle patologie biliari, alle vasculopatie, dal diabete con le sue complicanze allo scompenso cardiaco. In questo campo si generano ricoveri inappropriati quando non si tiene conto che, in presenza di un buon controllo della malattia di base, un quadro sindromico può essere valutato e trattato secondo i principi generali della metodologia clinica. In altre parole, se un paziente HIV-positivo con una situazione immunitaria soddisfacente ha i sintomi di una bronchite, può effettivamente avere solo la bronchite ed essere trattato senza effettuare un ricovero.

Obiettivi, ipotesi e strumenti di miglioramento

Dopo il superamento della fase in cui lo strumento principale nella gestione dei problemi dei pazienti affetti da HIV era il Day Hospital, ci si è spostati sull'utilizzo dell'ambulatorio-HIV, che al momento è ancora organizzato in funzione del follow-up periodico e della terapia antiretrovirale. Rimane da migliorare la *gestione dei nuovi eventi clinici* che interessano i pazienti in follow-up: questa è affidata prevalentemente alla discrezionalità dei singoli medici e si dimostra, come abbiamo rilevato, non del tutto efficace nell'evitare i ricoveri inappropriati. Per migliorare la gestione tutti i professionisti coinvolti, assieme alla direzione aziendale, sono impegnati in modo sinergico per adeguare l'organizzazione interna ai cambiamenti subentrati in questo ambito. Un'ipotesi su cui si sta lavorando è quella di revisione di un'area ambulatoriale già presente, da adeguare

dal punto di vista organizzativo per eseguire una diagnostica di base e per un breve follow-up. Questa soluzione potrebbe diventare uno strumento vincente anche rispetto alle inapproprietezze riscontrate fra i ricoveri di pazienti *non HIV*. Come già accennato, questi casi producono DRG di peso modesto, ed anche le diagnosi confermano che si tratta per lo più di situazioni clinicamente banali (infezioni respiratorie semplici, sindromi mononucleosiche, virosi, ecc) che potrebbero essere gestite con presa in carico ambulatoriale dei pazienti. Quest'area potrebbe inoltre agire come "filtro" rispetto all'accesso alla degenza ordinaria sia inserendo, quando possibile, i pazienti verso un iter ambulatoriale sia costruendo con le numerose fonti di provenienza dei pazienti un sistema di relazioni che consenta di migliorare la qualità degli invii. L'invio "facile", basato su un sospetto diagnostico non sufficientemente supportato e documentato, è esperienza quotidiana. Basti citare quanto si verifica con i pazienti stranieri extracomunitari: l'interpretazione scorretta dei dati epidemiologici o l'effettiva difficoltà che si può incontrare nella gestione di questi pazienti, fa propendere per un sospetto diagnostico in senso infettivologico senza un'adeguata valutazione degli elementi oggettivi. Su 94 ricoveri riguardanti stranieri extracomunitari, 19 sono risultati essere inappropriati, rappresentando quasi il 30% dei ricoveri inappropriati totali. L'invio incongruo non produce solo ricoveri inappropriati, ma produce anche situazioni in cui, pur essendo del tutto giustificabile il ricovero, può essere messa in discussione la collocazione del paziente presso il reparto di Malattie Infettive. Ad esempio i ricoveri con diagnosi di Meningite. Se si comprendono tutte le etiologie e tutte le forme cliniche, i casi nel 2005 sono stati 58. Rappresentano una quota importante

dell'attività del reparto sia sul piano quantitativo (18% dei ricoveri non HIV) che su quello qualitativo (26% dei punti DRG realizzati con i ricoveri non HIV). Accanto a questi sono stati individuati altri 15 casi ricoverati per "sospetta meningite" con diagnosi non confermata. Questo non deve scandalizzare vista la potenziale gravità del problema di salute ma, in alcuni di questi casi, la sintomatologia si è esaurita in poche ore spontaneamente o per effetto di semplici provvedimenti terapeutici. Sarebbe verosimilmente bastata una decisione dopo una breve osservazione clinica. Un'ipotesi migliorativa pertanto potrebbe essere quella di utilizzare lo strumento dell'Osservazione Breve Intensiva presente nel nostro Policlinico, anche perchè più del 50% di questi pazienti sono stati inviati dal Pronto Soccorso. Di questi 15 casi, 8 erano ricoveri francamente inappropriati e fra i rimanenti sono state poste diagnosi di emorragia subaracnoidea, TIA, colpo di calore, intossicazione da psicofarmaci. Questo panorama diagnostico fa supporre la possibilità di ricovero in altri reparti specialistici. Un'ulteriore area di miglioramento è quindi costituita dalla revisione dei percorsi di alcune categorie di malati con possibilità di ricovero alternativa a quella del reparto di malattie infettive. Un altro esempio può essere costituito dai ricoveri per tubercolosi. Anche qui per oltre il 20% dei casi la diagnosi di accettazione non è stata confermata. Presumibilmente l'ammissione al reparto dovrebbe essere più rigorosa, supportando le fonti di invio nel raggiungere una maggiore accuratezza diagnostica iniziale, che dovrebbe andare oltre il semplice sospetto clinico. Quanto detto risulta ancor più valido se si considera che le forme tubercolari "vere" costituiscono un impegno notevole per il reparto: i 31 ricoveri appartenenti alla nostra casistica

hanno costantemente occupato 1,8 posti letto/die nell'anno. Si tenga altresì conto del fatto che il mandato del reparto di Malattie Infettive, rispetto alla TBC respiratoria, è di ricoverare solo le forme contagiose a fini di isolamento.

A conclusione, si ritiene possa meritare considerazione il dato relativo ai "trasferimenti interni" che, come messo in evidenza in Tabella A, costituiscono il 16% della casistica considerata e dal punto di vista qualitativo il Peso Medio DRG di questi ricoveri risulta quasi doppio del peso medio DRG del totale dimessi. In questo gruppo si concentra buona parte dei casi clinicamente più complessi: vi sono 13 trasferiti da Rianimazione/TIPO, di cui 6 esitanti in DRG 483 (tracheostomizzati), 7 casi con DRG chirurgico di peso superiore a 3 punti. In questo gruppo i ricoveri inappropriati sono pochi in quanto l'accordo con il medico di reparto può essere concluso in tempi congrui, di norma non in condizioni d'urgenza e quindi con una efficace selezione in ingresso da parte dei clinici. L'impegno nella presa in carico di problematiche complesse deve essere bilanciato da una disponibilità degli altri reparti ad accogliere pazienti provenienti da Malattie Infettive.

Da quanto detto si mette in evidenza una certa versatilità della Struttura di Malattie Infettive, capace di estendere la propria attività anche ad ambiti non di stretta competenza pur di favorire una gestione dei pazienti reali rispetto a standard teorici. Tutto ciò con l'intento di mantenere quella capacità di rivedere e verificare costantemente la modalità di presa in carico, finalizzata all'individuazione dei percorsi più adeguati ed efficaci da garantire al paziente e ad un uso corretto e razionale delle risorse aziendali.

EIRE

L'EVENTO INTERNAZIONALE DEDICATO AL MERCATO DEL REAL ESTATE ITALIANO E DELL'AREA MEDITERRANEA.




EIRE
EXPO ITALIA REAL ESTATE
5TH EDITION

9 - 12 giugno 2009
fieramilano

Exhibition Office: Ge.Fi. S.p.A. Via Achille Papa, 30 - 20145 Milano
Tel. +39 02 319 119 11 Fax +39 02 319 119 20
e-mail: italiarealestate@gestionefiere.com

www.italiarealestate.it

Soluzioni per la sanità IPC Sanivap e IPC HDS, sistemi per la disinfezione



IPC ha creato due soluzioni ad hoc per la sanificazione e la disinfezione degli ambienti sanitari.

IPC Sanivap, già utilizzato in centinaia di ospedali in Europa e validato in strutture d'eccellenza in Italia, utilizza la forza del vapore ad alte temperature per igienizzare e disinfettare in maniera sicura ed immediata, senza utilizzare sostanze chimiche.

IPC HDS è il nuovo carrello e sistema di disinfezione che limita al minimo il rischio di trasmissione e riproduzione dei microorganismi patogeni grazie all'utilizzo di plastiche e microfibre antibatteriche e soluzioni no-touch. Protocolli specifici guidano gli operatori al miglior utilizzo dei due sistemi che sono più rapidi e facili da utilizzare rispetto alle metodologie tradizionali.



IPC

Integrated Professional Cleaning

info: 0421.205511
www.ipcleaning.com



Mappatura del rischio clinico e contenimento della spesa assicurativa

Riassunto

L'incidenza del costo dei premi assicurativi da responsabilità civile terzi/operatori (RCT/O) nei bilanci delle Aziende Ospedaliere da anni ha mostrato un andamento crescente con delle ovvie ricadute sulla spesa sanitaria. Il presente lavoro è stato motivato dalla necessità di offrire una puntuale valutazione del profilo di rischio clinico ad un' Azienda Ospedaliera composta da 5 Presidi che conta 852 posti letto e 2232 dipendenti. Sono state analizzate le richieste di risarcimento giunte nel periodo dal 1999 al 2006. E' stata quindi condotta un'analisi statistica delle stesse, per valutarne l'andamento nel tempo e la tipologia, le unità operative coinvolte, le caratteristiche degli eventi, i tempi di gestione e lo stato dei sinistri, nonché gli importi liquidati. Da ultimo, si è proceduto ad un confronto tra le coperture assicurative in precedenza stipulate dall'AO e quella da ultima attivata, che ha visto la realizzazione di un notevole risparmio, conseguito attraverso l'attività di mappatura del profilo del rischio clinico in particolare e aziendale in generale, nonché attraverso un'efficace gestione dello stesso tramite interventi di prevenzione nei reparti.

Alessandra Currò*, Fabio Buzzi**

*Azienda Ospedaliera di Circolo di Melegnano,

**Direzione del Dipartimento di Medicina Legale e Sanità Pubblica dell'Università

INTRODUZIONE

Con questa nota si vuole illustrare la conseguita riduzione della spesa per la copertura assicurativa responsabilità civile-terzi-operatori (RCT/O) da parte di un'Azienda Ospedaliera (d'ora in poi brevemente AO) lombarda, ottenuta mediante puntuale monitoraggio del profilo del rischio clinico e consensuale adozione delle adeguate misure di prevenzione.

L'AO è costituita da cinque Presidi Ospedalieri (PO), tre dei quali con Pronto Soccorso e gestisce, con 2232 dipendenti, un numero complessivo di 852 posti letto; non vi operano specialità cliniche ad elevata complessità.

Per implementare la conoscenza analitica del rischio assicurativo sono state analizzate le richieste

di risarcimento giunte all'attenzione dell'Ufficio Affari Legali negli otto anni comprese tra 1999 e 2006, che assommano ad un totale di 506; 390 di esse concernono richieste di risarcimento danni avanzate da, o per conto, del danneggiato per allegati documenti attribuiti all'attività assistenziale, mentre 116 concernono le cosiddette denunce cautelative che l'AO invia *sua sponte* all'Assicurazione, pur in assenza di iniziative esterne.

E' preliminarmente opportuno precisare che le categorie adottate per la classificazione (che possono apparire di opinabile connotazione lessicale) sono quelle specificamente previste dalla disposizioni adottate in materia dalla Regione Lombardia, alle quali ci si è necessariamente uniformati, anche per soddisfare

l'ovvia esigenza di poter confrontare i dati raccolti nelle diverse AO della regione.

E' pure opportuno precisare che si è dovuto tener conto di tutte le fattispecie dannose, non soltanto di quelle generate da eventi avversi pertinenti all'assistenza medica erogata ai pazienti: infatti, nella stima patrimoniali del rischio che si accollano le imprese assicuratrici valutano normalmente l'intero stato operativo delle AO e, di conseguenza, chiedono di conoscere tutte le componenti di rischio che confluiscono nella garanzia assicurativa prestata, sia per proporzionare il premio, sia per prevenire i costi gestionali dei sinistri, nei quali incidono ovviamente non solo la magnitudo di ogni singolo sinistro, ma anche la numerosità complessiva.

D'altronde, è precipuo interesse del contraente la polizza di evitare "scoperture" foriere di inconvenienti patrimoniali e, come si vedrà, le richieste risarcitorie per danni extra-assistenziali sono decisamente numerose. Infine, è anche il caso di precisare che, per ragioni di semplificazione espositiva, gli eventi denunciati sono stati definiti "errori" a prescindere dall'effettiva prova tecnica/giuridica che avessero effettivamente le caratteristiche della malpratica assistenziale. (Fig. 1)

Statistica degli eventi dannosi

Le 390 richieste di risarcimento sono distribuite nel corso degli otto anni secondo un trend decrescente negli anni 2002-2003; il 2004 ha invece registrato un incremento, ma i dati degli anni

**PAROLE CHIAVE:**

Responsabilità civile terzi/operatori, sinistri, eventi avversi, gestione del rischio clinico, franchigia, premio.

2005-2006 lascerebbero invece presumere una loro riduzione. (Fig. 2)

L'analisi dei dati con riferimento al rapporto del presunto danneggiato con l'AO, mette in luce che il 93% delle richieste di risarcimento sono generate da eventi che coinvolgono i pazienti, il 4% da eventi che coinvolgono i dipendenti e il restante 3% da eventi che hanno colpito terzi in rapporto estemporaneo/occasionalmente con la struttura. (Fig. 3)

Per quanto riguarda le conseguenze dannose, le lesioni personali incidono per il 78% delle richieste, i decessi per circa il 10%, i danni a cose (furti, smarrimenti, danneggiamenti, etc.) per l'8% e i danni patrimoniali per il 3%. (Fig. 4)

Le Unità Operative (UO) nelle quali si sono prevalentemente concentrate le richieste risarcimento sono risultate rispettivamente: Ortopedia-Traumatologia (20%), Pronto Soccorso (20%), Chirurgia Generale (10%), Ostetricia-Ginecologia (9%), Struttura (7%), Medicina Generale (5%), Anestesia e rianimazione (5%), Otorinolaringoiatria (3%).

La categoria Struttura comprende tutti gli eventi dannosi verificatisi nell'ambito dell'AO con modalità non attinenti al contesto assistenziale, quali, (ad esempio: cadute da letti/barelle, infortuni avvenuti sulle scale, negli ingressi, nei parcheggi, nei viali di accesso, etc.) (Fig. 5).

Tipologia e distribuzione dei risarcimenti

La tipologia e la distribuzione delle richieste di risarcimento per gli eventi verificatisi in ambito as-

sistenziale è la seguente: errori diagnostici (25%), errori chirurgici (20%), errori terapeutici (13%),

cadute (11%), errori in procedure invasive (6%), smarrimento di effetti personali detenuti dai pazienti in degenza (5%). (Fig. 6)

In Ortopedia-Traumatologia le fattispecie più frequenti attengono a: errori chirurgici (48%), errori diagnostici (16%), errori terapeutici (16%), infezioni (9%). (Fig. 7)

In Pronto Soccorso le fattispecie più frequenti attengono a: errori

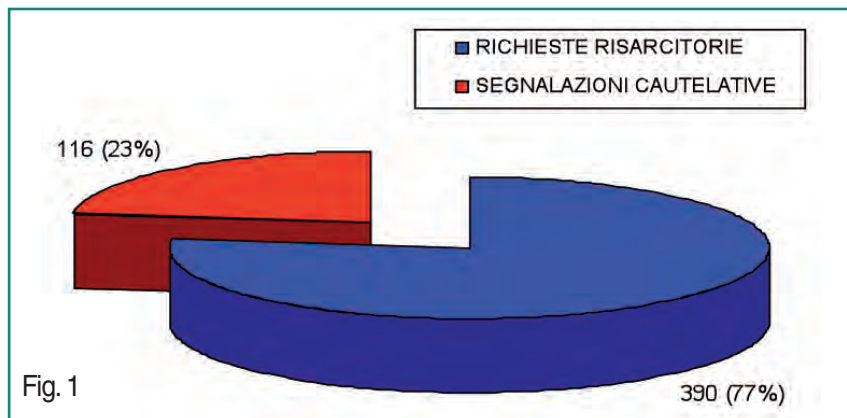


Fig. 1

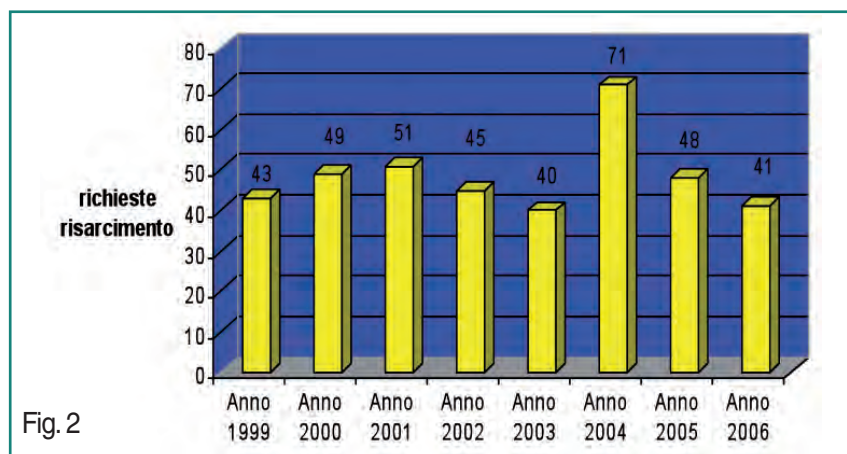


Fig. 2

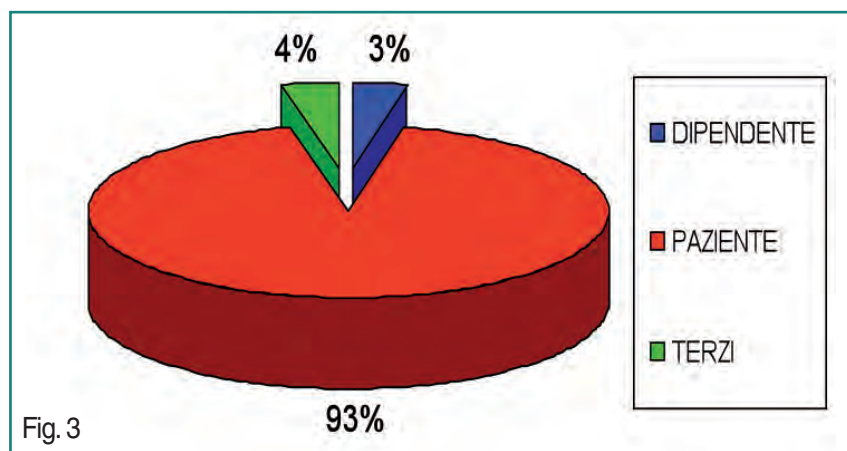


Fig. 3

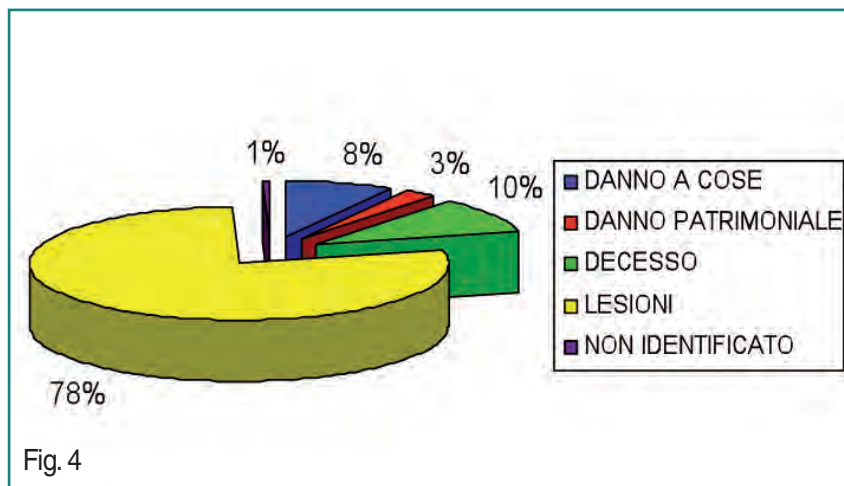


Fig. 4

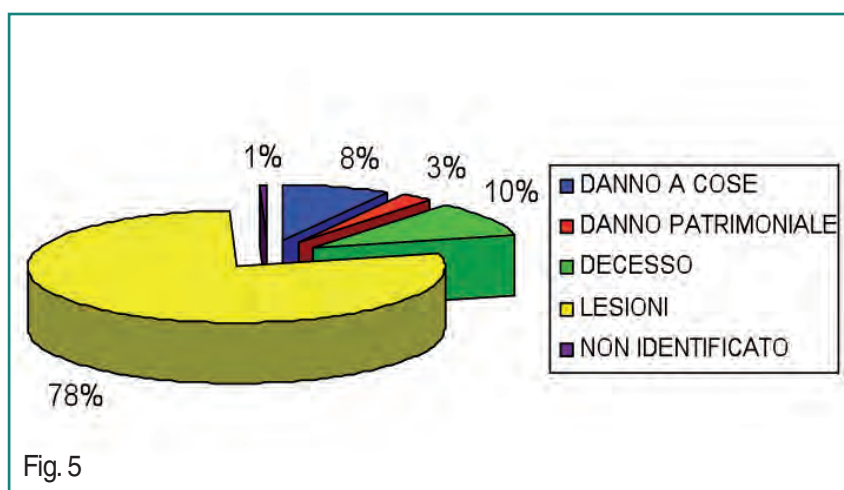


Fig. 5

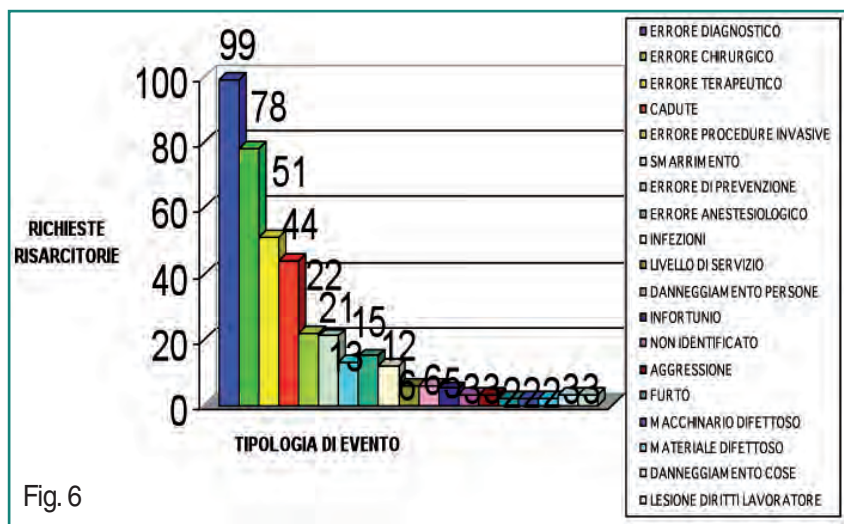


Fig. 6

diagnostici (64%), errori terapeutici (17%), smarrimenti (6%), livello di servizio (4%), cadute (3%). Nella categoria "Livello di servizio" sono compresi gli eventi connessi ad inadeguatezze logistiche/com-

portamentali di indole non strettamente medica, che possono comunque comportare problemi/disagi al paziente (ad esempio: tempi di attesa elevati, rifiuto di ricovero, comportamenti relazionali

scorretti/ineducati, o "aggressivi" da parte del personale sanitario, mancato accudimento di minori, anziani, o pazienti psichiatrici, incompleta informazione sui rischi e i possibili effetti avversi di procedure/terapie atte a provocare intolleranze, o nocimenti al paziente, ecc.) (Fig. 8)

In Chirurgia Generale le fattispecie più frequenti attengono a: errori chirurgici (50%), errori anestesio- logici (16%), errori diagnostici (14%) (Fig. 9).

In Ostetricia-Ginecologia le fattispecie più frequenti attengono a: errori terapeutici (30%), errori chirurgici (28%), errori diagnostici (14%) (Fig. 10).

In Medicina Generale le fattispecie più frequenti attengono a: errori diagnostici (26%), smarrimento di effetti personali (21%), errori terapeutici (16%), cadute (16%) (Fig. 11).

Il 44% delle richieste risarcitorie risulta formalizzata nel medesimo anno di accadimento dell'evento; circa il 36% l'anno successivo; nel complesso, il 78% delle richieste è presentato entro i 5 anni successivi l'evento, con una media di 536 giorni di latenza; un evento del 1973 è stato denunciato nel 2006, ben 30 anni dopo.

Le latenze nelle denunce degli eventi variano naturalmente in funzione della tipologia degli stessi: sono infatti più tempestive le richieste inerenti danni a cose, furti, smarrimenti, cadute, macchinario difettoso, aggressione, con un range cronologico che si è esteso tra 7 e 80 giorni, mentre, ad esempio, per gli errori terapeutici e chirurgici va da 500 a 800 giorni, per quelli anestesio- logici è mediamente di 139 giorni e giunge fino a 2426 giorni per le infezioni (Fig. 12).

Gestione cronologica dei sinistri

Le richieste risarcimento pervenute negli 8 anni analizzati evi-

denzia come esse risultino chiuse nella misura del 72%; in tale numero il 39% appartiene a sinistri per i quali è stato corrisposto risarcimento e il 33% appartiene a sinistri che sono stati aperti sotto il profilo gestionale, ma che non hanno avuto seguito sul piano patrimoniale (Fig. 13).

Risultano ancora in gestione il 28% dei sinistri aperti.

Facendo riferimento alle richieste risarcitorie pervenute nel periodo 1999-2003 (complessivamente pari a 227), delle quali si possiedono i dati più completi, l'intervallo temporale intercorrente tra la data della richiesta risarcitoria e la data della chiusura del sinistro dimostra che: il 15% circa delle richieste viene chiuso (anche senza seguito) nell'arco dello stesso anno, il 33% circa nell'arco dell'anno successivo e il 18% circa entro i 2 anni seguenti, raggiungendosi così il valore cumulativo dell'83% dei sinistri chiusi entro 3 anni dalla denuncia.

Costo dei sinistri

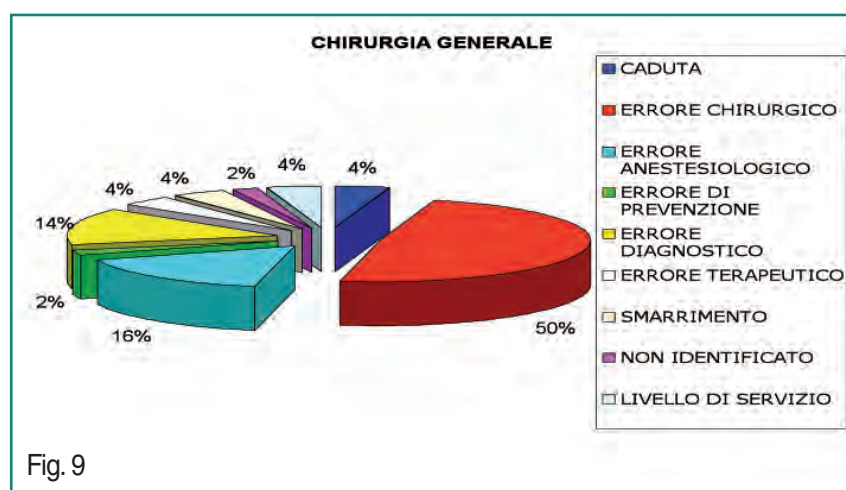
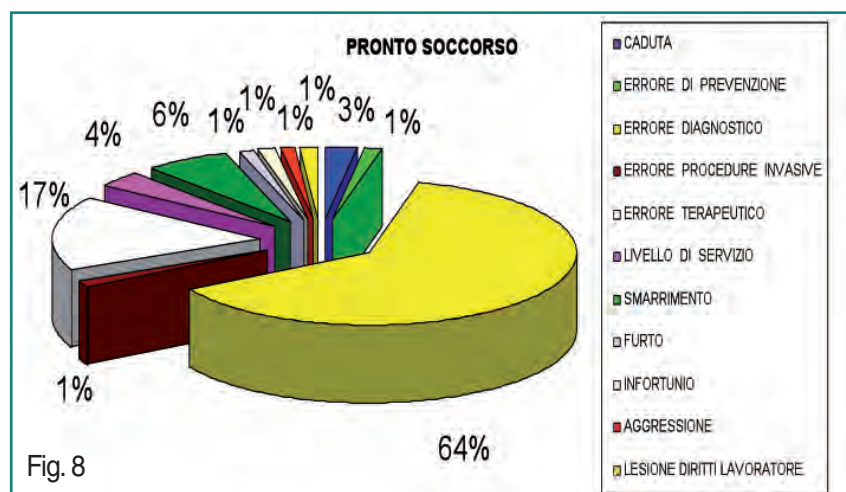
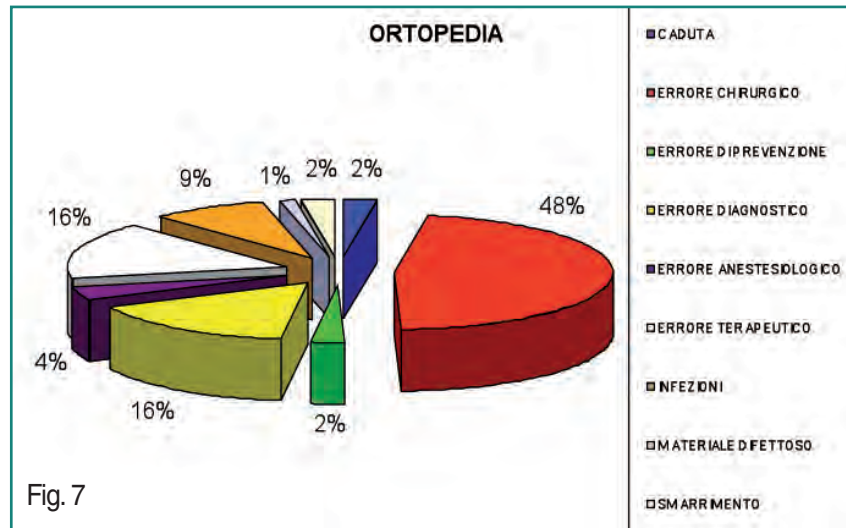
Le richieste risarcitorie cui ha fatto seguito una liquidazione del danno sono pari al 39% del totale di quelle pervenute e sono "costate" oltre 5 milioni di euro.

Il 30% degli importi liquidati è stato generato da errori diagnostici; seguono gli errori chirurgici col 23% e gli errori terapeutici col 14%.

L'importo massimo liquidato è stato di quasi € 400.000 per un errore diagnostico in ambito isto-patologico (mancata diagnosi di melanoma) (Fig. 14).

Le specialità di Pronto Soccorso, Ostetricia-Ginecologia, Pronto Soccorso e Chirurgia Generale corrispondono alla massima parte delle somme liquidate (Fig. 15).

Le richieste risarcitorie pervenute nell'intero arco degli 8 anni ana-



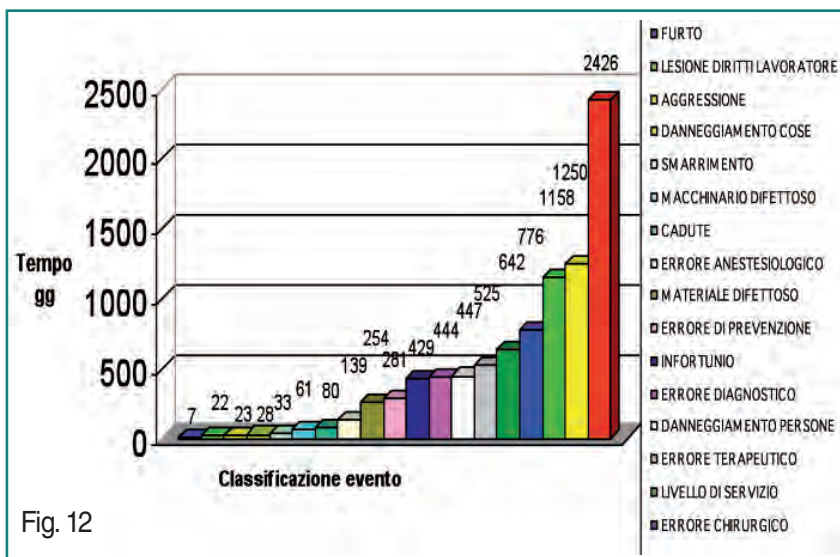
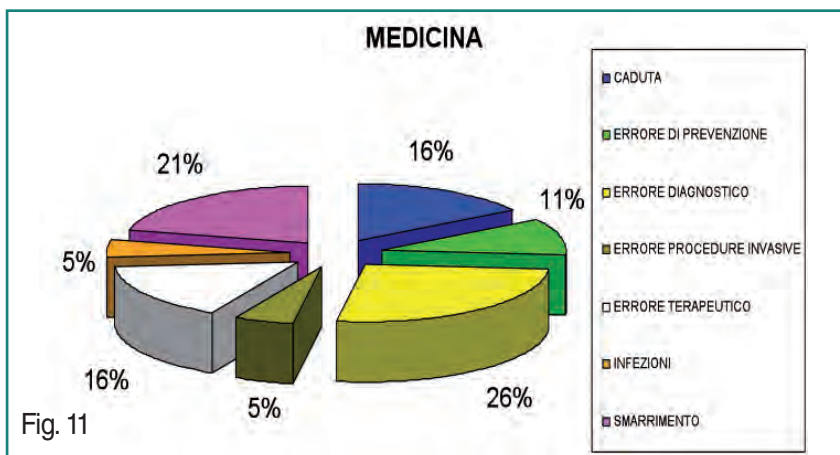
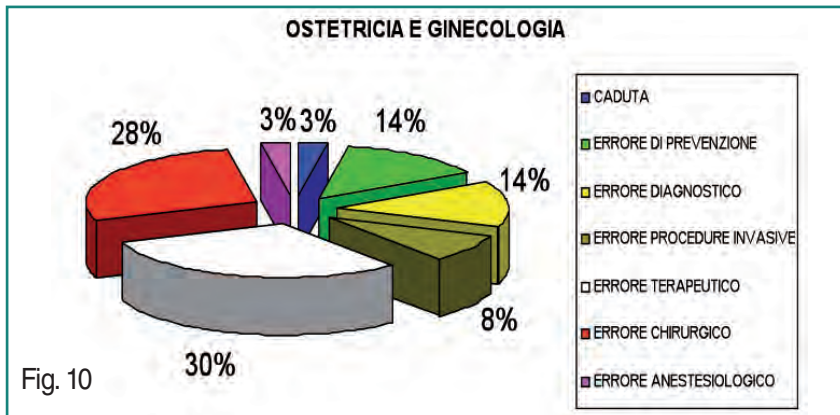
lizzati e ancora in gestione costituiscono circa il 28% dell'intero campione.

Mediamente, il 66% di tali sinistri ha una riserva nota e le riserve complessive ammontano a 998.025 €,

mentre la media per sinistro è di € 13.671.

Il costo medio dei sinistri liquidati è di € 34.000.

Le denunce cautelative inoltrate d'iniziativa dell'AO negli 8 anni che



sono ancora in gestione costituiscono il 14% del campione complessivo delle segnalazioni cautelative. Mediamente il 53% di tali denunce ha una riserva nota. Le riserve concernenti queste denunce cautelative ammontano a € 30.000.

Nel novero di queste riserve la maggior parte dell'accantonamento è disposto per errori diagnostici e per errori chirurgici, generati per la massima parte nell'ambito operativo delle seguenti specialità: Pronto Soccorso, Ortopedia-Traumatologia, Chirurgia e Ostetricia- Ginecologia.

Costi delle polizze.

Per quanto concerne i costi delle polizze, dal 1998 al giugno 2002 l'AO era assicurata con la Compagnia che definiremo cripticamente X, con premio di € 1.605.074 al 2001.

Il sistema di copertura era "loss occurrence" (copertura delle richieste risarcitorie per eventi accaduti nel periodo di validità della polizza, anche se denunciati successivamente)

In questo contesto, per le denunce inoltrate dal 1999 al 2006 in relazione al periodo di competenza, cioè fino al giugno 2002, la Compagnia X ha liquidato complessivamente 120 sinistri per un totale di € 4.876.471.

Allo stato attuale, nel predetto contesto gestionale, risultano aperti 25 sinistri, con un importo a riserva complessivo di € 575.625.

Dal giugno 2002 al 31.12.2006 l'AO è stata assicurata dalla Compagnia Y, al costo annuo di € 1.800.000 circa e con mutamento del sistema di copertura in "claims made" (copertura delle richieste risarcitorie per eventi accaduti e denunciati nel periodo di validità della polizza).

A fronte di un premio annuo di € 1.800.000 circa, suscettibile di "regolazioni" (cioè adeguamenti) a fine anno (per un importo totale di € 8.066.747 per l'intero periodo di competenza contrattuale dal 2002 al 2006), in relazione alle denunce inoltrate dal 2002 al 2006 sono stati liquidati 31 sinistri, per un ammontare complessivo di € 296.742; ne rimangono aperti ancora 57, per i quali è stato messo a riserva l'importo di € 422.400; la garanzia postuma si estenderà ancora per 2 anni.

E' pertanto evidente il notevole contenimento dei costi da parte delle Assicurazioni con il passag-

gio dal sistema "loss occurrence" a quello "claims made".

Difatti, con il sistema "loss" la Compagnia si impegnava a tenere indenne l'assicurato per tutti quegli eventi avversi avvenuti durante il periodo di validità della polizza, anche se con manifestazione successiva al suo termine, accettando così richieste risarcitorie presentate persino 10 o più anni dopo il termine del contratto.

La copertura "claims", invece, tiene indenne l'assicurato solo per le richieste risarcitorie che vengono presentate nel periodo di validità della polizza (con l'aggiunta di alcuni anni, in caso di eventuale estensione) e che scaturiscono da eventi avversi verificatisi nello stesso periodo di validità (o limitatamente alla retroattività concessa, solitamente due anni), escludendo pertanto la copertura assicurativa di tutti gli eventi avversi accaduti nel periodo di validità della polizza, ai quali seguono richieste risarcitorie oltre il termine di copertura della stessa, nonché delle richieste risarcitorie relative ad eventi avversi accaduti nel periodo precedente la stipula del contratto. La formula *claims* evita pertanto all'assicuratore l'onere di dover prevedere quante richieste risarcitorie giungeranno dopo la scadenza contrattuale della polizza, per le quali, tra l'altro, sarebbe obbligato a predisporre delle riserve, con somme a garanzia non attendibilmente prevedibili.

L'AO ha contribuito alla riduzione dei costi della copertura assicurativa RCT/O (responsabilità civile terzi e dipendenti) dimostrando tangibilmente alle Assicurazioni l'implementazione di un'efficace gestione del rischio clinico, con la corrispettiva dimostrazione della riduzione degli eventi avversi, sia di carattere assistenziale, sia di carattere generico.

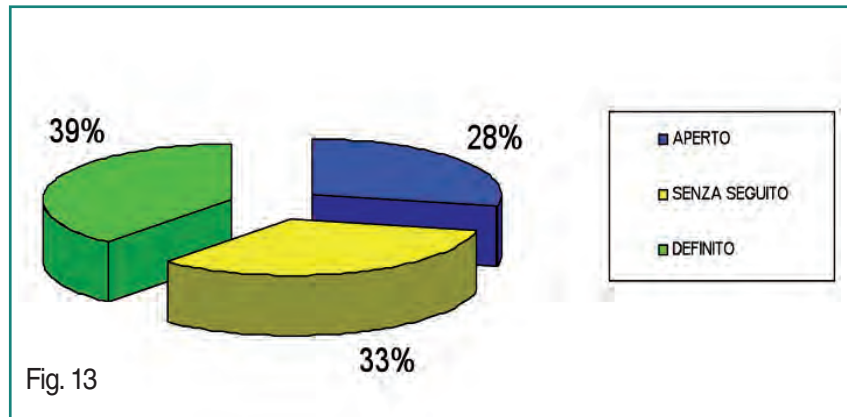


Fig. 13

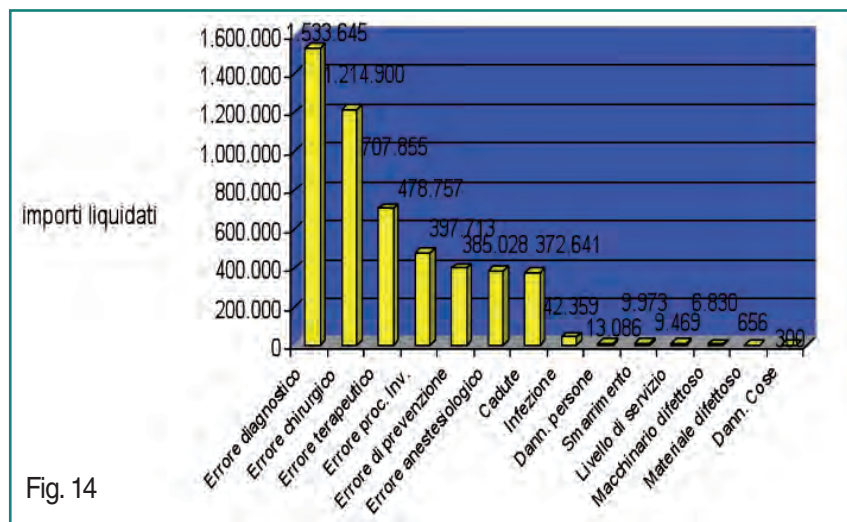


Fig. 14

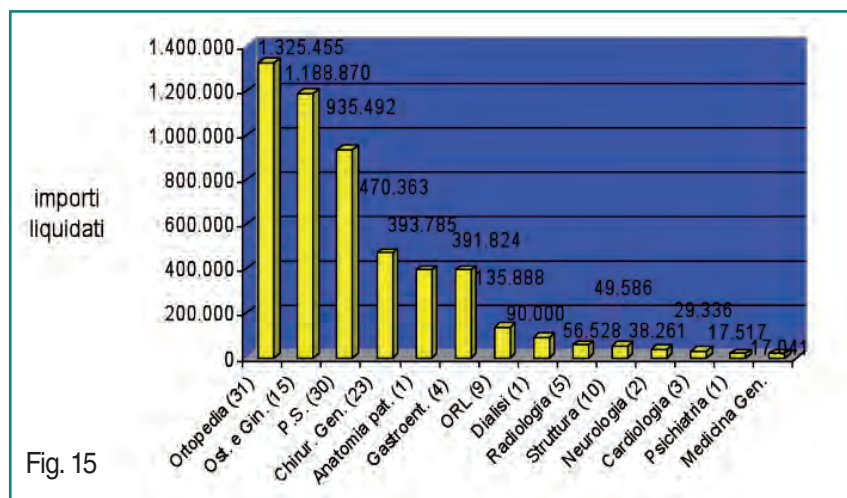


Fig. 15

Invero, nel dicembre 2006 si è proceduto al rinnovo delle coperture assicurative aziendali con una gara a procedura negoziata che è stata vinta dalla Compagnia Z. Per quanto concerne in particolare il settore RCT/O si è ottenuta la riduzione a circa la metà del premio

assicurativo precedentemente richiesto, accettando una franchigia complessiva annua di € 275.000, ma con un considerevole aumento delle garanzie prestate (aumento del massimale annuo, aumento del massimale per sinistro, retroattività illimitata, aumento del ter-

Compagnia Y

Effetto: 30.06.02
Scadenza: 31.12.2006
Premio annuale: € 1.920.420,40
Franchigia aggregata annua: no
Massimale/sinistro: € 5.500.000
Massimale/annuo: € 25.000.000
Termine denuncia sinistro: 30 giorni
Retroattività: dall'1.10.99 al 30.06.02

Compagnia Z

Effetto: 01.01.2007
Scadenza: 31.12.2009
Premio annuale: € 809.000,02
Franchigia aggr. annua: € 275.000
Massimale/sinistro: € 7.500.000
Massimale/annuo: € 40.000.000
Termine denuncia sinistro: 60 gg
Retroattività: illimitata

mine cronologico di validità per la denuncia dai sinistri).

Il raffronto tra il profilo assicurativo precedente e quello contrattato dal 2006 è sinteticamente riepilogato nello schema seguente.

CONCLUSIONI

L'attività di risk management, intensivamente condotta in questi ultimi anni - già prima che la Regione Lombardia emanasse specifiche disposizioni in merito - nel contesto assistenziale dell'AO dalla quale sono stati tratti i dati qui presentati, ha dimostrato di essere il più efficace mezzo per ridurre, o quanto meno stabilizzare, l'andamento statistico degli eventi avversi da malpratica medica e, conseguentemente, per fornire alle Assicurazioni una base idonea a ridimensionare il costo dei premi pretesi in epoca precedente.

Questo *modus operandi* necessita di larghe intese operative con le Assicurazioni, alle quali le aziende devono evidentemente fornire il più dettagliato profilo del rischio clinico nei diversi ambiti operativi, e, per converso, devono pretendere di conoscere con precisione il costo dei sinistri effettivamente esborsato e non soltanto come importo teoricamente messo a riserva.

Sembra ormai ineluttabile che per ottenere un sostanzioso ridimensionamento dei premi si debbano accettare delle franchigie, con presa a carico economica diretta dei sinistri di costo inferiore da parte delle aziende.

A questa presa a carico deve peraltro corrispondere un altrettanto diretto coinvolgimento delle aziende nella gestione medicolegale e legale dei sinistri, al fine di verificare la fondatezza delle pretese risarcitorie e preordinare, congiuntamente con le Assicurazioni, le possibili misure sia sul versante conciliativo, sia sul versante difensivo.

Si tratta di una strategia che è assolutamente necessario adottare, onde tutelare adeguatamente l'interesse delle aziende stesse, se non altro perché la gestione dei casi sotto franchigia da parte delle Assicurazioni a nome e per conto delle aziende, ma con oneri economici interamente a loro carico può evidentemente portare a modalità liquidatorie non sufficientemente attente.

Con ciò non si vuol dire che l'intera gestione liquidatoria debba essere assunta in proprio dalle aziende, ma che essa deve essere implementata in maniera sinergica e paritetica, in un contesto operativo nel quale le Assicurazioni possono/debbono mettere

in campo il loro specifico know how nella trattazione economica dei sinistri, concertando armoniosamente l'entità delle offerte che, diversamente, potrebbe essere formulata autocraticamente secondo criteri quantitativi non del tutto rispettosi dell'interesse delle aziende al contenimento dei risarcimenti, risultando gli stessi sotto franchigia e, quindi, non assumendo rilievo economico per le Assicurazioni.

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 9001:2000 - UNI EN ISO 13485:2004 / UNI EN ISO 14001:2004 / OHSAS 18001:1999 / CE 0434 - DIR. 93/42 EEC / UNI EN 14065: 2004

Servizio clienti: Travagliato (Bs) - tel. 030 6869311 - fax 030 660507 - sanita@padanaeverest.it - www.padanaeverest.it

La qualità percepita all'atto della dimissione: l'esperienza dell'ASO S. Giovanni Battista di Torino

Riassunto

La riduzione della degenza media e l'aumento dei ricoveri per patologie cronico invalidanti portano a considerare le dimissioni non più come atto conclusivo del ricovero. Al fine di migliorare gli esiti delle cure erogate e la continuità assistenziale si è voluto verificare come le indicazioni fornite dal personale sanitario al momento della dimissione siano recepite e applicate nella quotidianità. È emerso che la pianificazione delle dimissioni non è ancora attuata, e la dimissione stessa è vista come mera conclusione della degenza; il consenso informato viene spesso percepito come una formalità a cui dover ottemperare; l'educazione terapeutica è ancora una attività trascurata e poco considerata, malgrado ne sia riconosciuta l'utilità.

M. Rapellino*, **I. Di Marco****, **P. Borelli***, **S. Soldi***, **R. Cerri****,
M. Caserta**, **A. Ragaccio***, **M. Cunazza***, **M. Prozio****

*S.C. Qualità e Risk Management Ospedaliero A.S.O. S. Giovanni Battista di Torino

**S.C. Ufficio Relazioni con il Pubblico A.S.O. S. Giovanni Battista di Torino

INTRODUZIONE

La dimissione rappresenta la conclusione di una fase acuta di malattia e la conseguente reintegrazione, nei casi in cui il paziente non necessiti di un trasferimento a strutture di supporto, nella quotidianità, rappresentata dal rientro nella propria abitazione e dall'auspicabile recupero delle consuete abitudini di vita.

In virtù dei progressi medico scientifici e per ragioni di carattere economico la degenza media in ospedale si è ridotta notevolmente: l'adattamento alle nuove regole imposte dalla malattia avviene quindi solo in parte durante il ricovero e non ha tempo e modo per essere vissuto ed elaborato all'interno delle mura ospedaliere. La malattia è inoltre condivisa con altri soggetti esterni che fungono da supporto nella gestione della malattia stessa: le famiglie, i medici di medicina generale, il volontariato, i servizi territoriali lavorano con il malato per

la guarigione e/o il contenimento della malattia e degli esiti della stessa.

Le difficoltà derivate dalla contrazione della degenza media e dall'aumento delle patologie cronico invalidanti hanno portato ad una riconsiderazione delle dimissioni, viste non più come atto conclusivo del ricovero, ma come elemento di congiunzione nel percorso assistenziale del paziente. L'OMS definisce la continuità delle cure come uno degli assi portanti della qualità delle cure stesse: i diversi Servizi che intervengono nel percorso devono perciò essere coordinati, affinché vi sia condivisione del progetto di cura fra il paziente ed i professionisti della salute. La necessità di limitare le spese derivate dal prolungamento inappropriato delle giornate di degenza è diventata oggetto di studio in Italia solo recentemente: in altri Paesi infatti la ricerca è iniziata da tempo e ha portato alla realizzazione di studi pilota indirizzati al cambiamento dell'organizzazione e

delle culture professionali. La ricerca di Shepperd⁽⁵⁾ nelle conclusioni focalizza l'attenzione sulla necessità di pianificare le dimissioni e di valutare i risultati di quelle inadeguate o effettuate con ritardo. Altri Autori⁽⁴⁾ valutano i processi che portano a dimissioni infruttuose e concludono affermando l'importanza di pianificarle prendendo precocemente in esame i bisogni sociali e prevedendo le potenziali necessità del paziente, in modo da integrare e superare la mera trasmissione di informazioni tecniche legate alla malattia. Una delle linee guida sulla dimissione maggiormente citate⁽³⁾, alla luce dei cambiamenti organizzativi dovuti all'abbreviarsi delle giornate di degenza, propone un piano di dimissione che prende in esame ciò che deve essere fatto per preparare e rendere efficaci le dimissioni stesse verso il paziente e verso i familiari o i caregiver. Si sottolinea inoltre come il successo nell'applicazione di un programma per le dimissioni è insito nella precocità della sua attuazione e nel saper prevedere i problemi potenziali che il paziente potrebbe avere per poter agire di conseguenza. La Joint Commission International⁽²⁾ definisce il piano di dimissione come un processo formalizzato nelle organizzazioni sanitarie che attivano un programma di continuità di cure e follow up specifico per ogni paziente; la sua attuazione garantisce che il paziente rimanga ricoverato solo a causa della sussistenza di problemi clinici.

Appare evidente come il rientro al proprio domicilio, soprattutto nei casi in cui il soggetto sia un paziente complesso o per patologia o per condizioni socio culturali, debba essere programmato con cura, condiviso con il soggetto

**PAROLE CHIAVE:**

Comunicazione, pianificazione, dimissione

interessato e affrontato con molta attenzione da parte dell'Ospedale, anche per evitare ri - ospedalizzazioni nel breve periodo. A tale proposito gli operatori sanitari dovrebbero fornire al paziente in dimissione istruzioni il più possibile comprensibili e complete riguardo al proseguimento delle cure e al follow-up, nell'ottica di un miglioramento complessivo degli esiti delle cure e della continuità assistenziale. Il processo di Accreditamento Istituzionale ha gettato le basi per una uniformità procedurale all'interno dell'Azienda S. Giovanni Battista di Torino (Molinette), attraverso l'individuazione di precisi indicatori riguardanti le varie fasi del ricovero. La Direzione Sanitaria, oltre all'attivazione di Corsi di Formazione specifici, ha inviato ai Direttori delle Strutture Complesse aziendali dell'area sanitaria indicazioni su come migliorare la qualità della documentazione di dimissione; tali indicazioni riguardano, tra le altre, l'opportunità di pianificare la dimissione fin dall'inizio del percorso di cura e di coinvolgere i familiari del paziente, e la necessità di concordare il momento della dimissione e di avvisare il paziente con un anticipo di almeno 24 ore.

L'analisi delle segnalazioni degli utenti (anni 2002- 2003) evidenziava come principale motivo di disservizio la dimensione interpersonale (30-40% dei reclami): nello specifico le principali problematiche si riferivano alla comunicazione ed all'informazione. Nel 2005 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha attivato un'ulteriore indagine volta ad approfondire gli aspetti sopra citati, e la ricerca sulla qualità della comunicazione percepita dal paziente ricoverato ha rilevato come la maggior carenza informativa riguardasse la dimissione. Al fine di migliorare gli esiti delle cure erogate al paziente e la continuità assistenziale, si è voluto verificare come le indicazioni che il personale sanitario è tenuto a fornire al paziente stesso al momento della dimissione siano state recepite e applicate nella quotidianità, ascoltando direttamente gli utenti in merito alla qualità dell'informazione da loro ricevuta. Attraverso la raccolta delle esperienze dei pazienti potrebbero emergere lacune informative che diventano evidenti nel momento in cui il paziente si trova a dover gestire autonomamente il post-ricovero. Nella ricerca sono state coinvolte alcune Associazioni di Volontariato presenti in

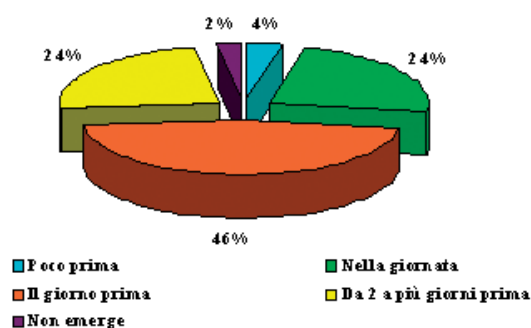
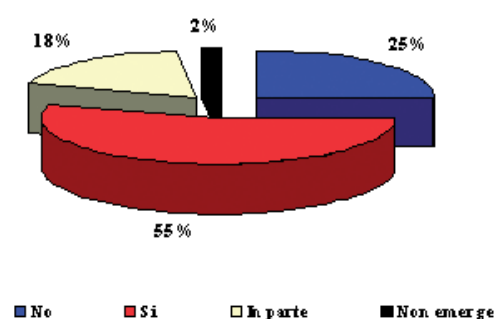
Azienda (Federazione Europea delle Associazioni di Volontariato, Cittadinanza Attiva - Tribunale dei Diritti del Malato, Associazione Volontari Ospedalieri), i cui componenti, presenti quotidianamente nei reparti al fianco dei ricoverati, sono sembrate le persone più idonee ad individuare il momento opportuno per spiegare al paziente le finalità del progetto e raccogliere l'adesione allo stesso.

MATERIALI E METODI

Lo studio, descrittivo e non generalizzabile, è volto a valutare la qualità delle informazioni ricevute dal paziente riguardo al percorso clinico assistenziale successivo alla dimissione.

L'indagine ha coinvolto otto Strutture Complesse appartenenti alle discipline di medicina generale e specialistica, e di chirurgia generale e specialistica; i Coordinatori Infermieristici di tali Strutture avevano il compito di segnalare ai Volontari, attraverso una griglia di rilevazione, i pazienti con caratteristiche corrispondenti ai criteri di inclusione.

La popolazione è rappresentata da pazienti ricoverati nelle Strutture Complesse scelte per la conduzione della ricerca; nel campione non probabilistico di tipo propositivo i pazienti sono stati inseriti secondo i seguenti criteri di inclusione: persone dimesse che necessitino di cure al domicilio, di età compresa fra 18 e 75 anni, con conoscenza della lingua italiana e capacità di sostenere un colloquio telefonico,

Informazione sulla data di dimissione**Indicazioni sull'utilizzo della lettera di dimissioni**

e che abbiano dato il consenso all'intervista (dichiarato durante il ricovero). La numerosità del campione è stata determinata dalla saturazione delle risposte.

Si è scelto di utilizzare un'intervista semi-strutturata focalizzata: l'intervistatore decide la sequenza delle domande da porre in base all'andamento del colloquio con il soggetto intervistato. Occorre aver ben presente gli argomenti e i temi da trattare, e collocarli all'interno di una griglia di domande predeterminate. Questo tipo di intervista, fondata sul principio della non direttività, consente all'intervistato di esprimere i propri pensieri liberamente, senza troppe inferenze da parte dell'intervistatore; non ha pretesa di rappresentatività statistica e di generalizzazione dei dati raccolti. Le domande sono state estrapolate, adattandole alla realtà aziendale, dai requisiti della Joint Commission International riguardanti la dimissione.

Hanno acconsentito ad essere intervistate 161 persone, delle quali 83 (51,5%) sono state disponibili al colloquio telefonico, previsto 7-10 giorni dopo la dimissione. La maggior parte degli intervistati vive a Torino (60%) o nella prima cintura (23%); il 14% vive solo, mentre i rimanenti vivono con altri familiari. La scolarità degli intervistati è risultata di livello medio-basso: solo il 4% di essi è laureato e il 35% ha un diploma di scuola media superiore. Ciò può essere messo in rapporto con la loro età, superiore ai 60 anni nel 56% dei casi. Nella maggior parte dei casi (81%) i pazienti conoscevano già l'ospedale Molinette, e la loro degenza ha avuto una durata media di 9,6 giorni (da un minimo di 2 a un massimo di 40). Alla dimissione il 53% dei pazienti non necessita di aiuto, mentre il 43% ha bisogno di un supporto per le proprie attività di vita quotidiane.

Nei reparti inseriti nello studio l'educazione terapeutica è effettuata successivamente alla valutazione dei bisogni, ma, qualora le necessità si riferiscano a tecniche ritenute complesse (come

ad esempio la gestione dei respiratori a domicilio), questa attività è svolta dal medico specialista. Per le persone che non necessitano di un proseguimento di cura organizzato, le informazioni al medico di famiglia sono trasmesse con la lettera di dimissione.

RISULTATI

Nella descrizione dei risultati si procede indicando lo standard della Joint Commission International da cui è stato tratto lo spunto per le domande. Per ogni argomento, al fine di sottolineare il metodo di raccolta delle informazioni, viene riportata virgolettata una frase desunta dalle interviste.

ACC.3.4 Laddove opportuno, la pianificazione per l'invio e/o la dimissione comincia all'inizio del percorso di cura e, se indicato, coinvolge i familiari del paziente

Nel 46% dei casi i pazienti sono stati informati della propria dimissione il giorno antecedente, e il 28% di essi ha ricevuto la comunicazione solamente qualche ora prima (Fig. 1). Il più delle volte (57%) il momento delle dimissioni non è concordato, ma semplicemente comunicato.

Dai racconti dei pazienti si rileva che una vera e propria pianificazione delle dimissioni non è ancora attuata, in quanto questo aspetto del processo è ancora letto come conclusione della degenza. In generale, la comunicazione della data di dimissione coglie il paziente impreparato; questo sottolinea come la persona spesso non conosca nemmeno un'ipotetica durata della degenza. "...no, non sono stato informato, perché le dimissioni le fanno loro, le decidono loro, le fanno al pomeriggio. Mangi a mezzogiorno e poi via!..."

ACC.3.2.1 Le istruzioni di follow up sono fornite in forma e maniera comprensibile

ACC.3.2.2 Le istruzioni includono l'eventuale ritorno in ospedale per il

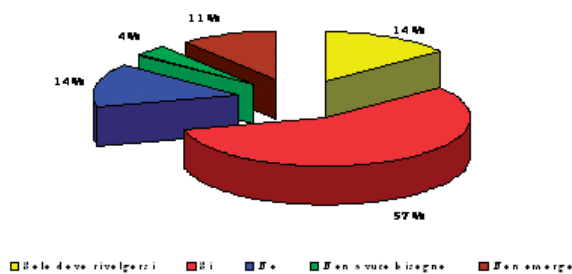
follow up

La documentazione ricevuta è stata definita dai pazienti con diverse terminologie (foglio, lettera, relazione, cartella clinica, ecc.), tutte riconducibili alla lettera di dimissione, consegnata nel momento in cui essi sono stati dimessi. In allegato alla lettera vengono di solito consegnati i referti diagnostici (84%). La documentazione clinica è quasi sempre consegnata da un medico di reparto, che nella maggioranza dei casi è diverso da quello che aveva comunicato la data di dimissione. In un caso essa è stata consegnata dal primario e in due dalla segreteria, dopo che il medico aveva comunque precedentemente comunicato la dimissione al paziente. Nel 55% dei casi la spiegazione verbale della lettera di dimissione viene considerata esaustiva, per gli altri le informazioni sono parziali o assenti. In questi casi, le spiegazioni sugli effetti della terapia o sul proseguimento delle cure sono state delegate al medico di famiglia o allo specialista curante (Fig. 2). "...no, è passato il primario, mi ha detto che avevo il..., di fare una cura e basta e stop, tutto lì, e che oggi la mandiamo a casa e bon, mi hanno dato solo la lettera senza spiegarmi né la cura, né niente...l'unica cosa che mi hanno detto è di rivolgermi al mio medico specialista, quello mi hanno detto..."

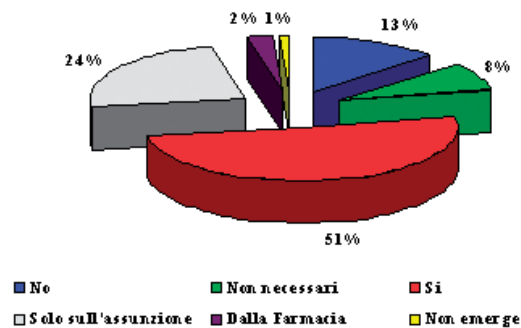
Le informazioni riguardanti il proseguimento delle cure o l'effettuazione degli esami di controllo dopo la dimissione ospedaliera sono fra loro differenti poiché legate al percorso assistenziale post-ricovero. Nel 57% dei casi l'informazione ricevuta riguardante i controlli post-dimissione è risultata completa di data e ora dell'appuntamento, indicazione della sede e del tipo di documentazione da portare (Fig. 3). Il 73% dei pazienti è stato prenotato direttamente dalla struttura; le persone dimesse senza alcuna prenotazione successiva hanno ricevuto l'indicazione di recarsi dal medico di famiglia (39%).

Dall'analisi delle interviste è emerso che mentre l'informazione è dettagliata-

Indicazione sul luogo e sulla documentazione da portare ai controlli



Informazione ricevute sui farmaci prescritti



ta se riguarda aspetti pratici (orario di prenotazione, tipologia di visita, ecc.), è lacunosa per ciò che riguarda le spiegazioni sul percorso di cura o della malattia e sulla prognosi. E' ancora presente la cultura di separazione tra ospedale e territorio, fra medici ospedalieri e medico di famiglia. A quest'ultima figura è demandata la comunicazione più approfondita sul processo di cura, il che evidenzia ancora una scarsa interazione fra i vari elementi del sistema socio-sanitario.

PFE.1.2.2. I pazienti e i familiari sono stati informati riguardo la loro partecipazione alle decisioni terapeutiche

PFE.1.2.3 I pazienti e i familiari sono stati informati riguardo la loro partecipazione al processo di cura

"...mi ha spiegato il mio dottore specialista cosa mi era successo, e che era scritto tutto sulla cartella...no loro non mi hanno detto proprio niente..."

La partecipazione alle decisioni terapeutiche dei pazienti e dei familiari avviene qualora essi ricevano un'informazione completa e comprensibile che permetta una piena condivisione del processo di cura e quindi di essere parte attiva nel prendere le decisioni concernenti la salute. Solo il 55% degli intervistati ritiene di essere stato completamente informato di tutte le decisioni terapeutiche. In alcuni casi (10%), su indicazione del paziente, le informazioni sono state date ai familiari o al medico curante. Sebbene la maggior parte delle persone ritenga di essere stata informata sull'andamento della

malattia, va rilevato come nel 14% dei casi questi aspetti siano anch'essi demandati al medico di famiglia. Nella maggior parte dei casi, il consenso è stato raccolto seguendo una corretta prassi (46%), nel 7% dei casi è stato raccolto nella sala diagnostica poco prima dell'effettuazione dell'esame, al 2% degli intervistati non è stato richiesto alcun tipo di consenso a procedure invasive.

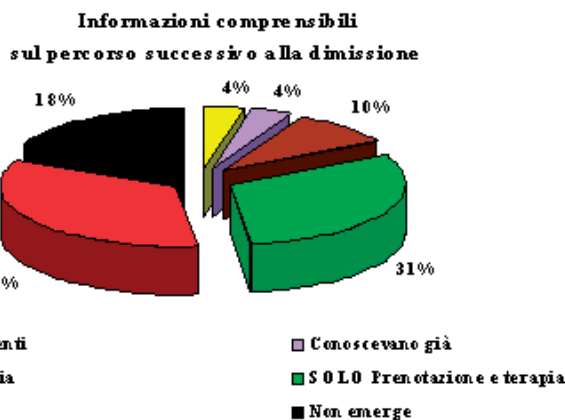
L'informazione ricevuta sul processo di cura continua a rimanere un punto critico della comunicazione con il paziente ed i familiari. L'asimmetria informativa, costante e tuttora presente, non mette sempre in grado il paziente di riconoscere ciò che gli potrà essere utile per affrontare attivamente e con maggiore consapevolezza il proprio percorso di malattia. Uno strumento importante e facilitante la relazione tra l'operatore ed il paziente, quale è il consenso informato, non è completamente utilizzato come tale, ma viene ancora letto quasi esclusivamente come una formalità a cui dover ottemperare.

PFE.3.1 Quando opportuno, i pazienti e i familiari sono educati circa la sicurezza e l'uso efficace dei farmaci e i potenziali effetti collaterali dei farmaci. L'educazione terapeutica di pazienti e familiari prevede, a seconda del trattamento del paziente, l'informazione e l'addestramento sull'uso sicuro dei farmaci, sull'utilizzo in sicurezza delle apparecchiature mediche, sulle possibili interazioni tra farmaci e alimenti, sulle modalità tecniche riabilitative. In

particolare, per quanto riguarda le informazioni sui farmaci, il 51% degli intervistati ritiene di averle ricevute, il 24% ritiene di averle avute esclusivamente rispetto alla modalità di assunzione e il 13% afferma di non averle avute (Fig. 4). "...a casa ho cercato di organizzarmi su come prenderli, mi è venuto qualche dubbio perché adesso ho dei disturbi e non so se è per i medicinali o per qualche altra cosa."

Riguardo la comprensibilità delle informazioni inerenti il processo di cura dopo la dimissione, il 34% ha dichiarato di averle ricevute in modo chiaro e completo, mentre il 41% degli intervistati ha dichiarato di averle ricevuto solo per quanto riguarda la terapia e/o il follow-up (Fig. 5).

Dai colloqui con i pazienti emerge con chiarezza che l'educazione terapeutica intesa come processo continuo, integrato alle cure e centrato sulla persona sia ancora una attività trascurata e poco considerata, nonostante essa sia ritenuta necessaria dalla maggior parte dei soggetti intervistati. La lettura attenta dei loro racconti ha infatti messo in luce come spesso i curanti si limitino a comunicare alcuni aspetti del processo di cura, prevalentemente finalizzati a informare sulle prescrizioni da seguire nella fase del post-ricovero. L'educazione terapeutica come momento strutturato di apprendimento e di accompagnamento del paziente e dei suoi familiari nel percorso di malattia, finalizzato a mantenere e migliorare la qualità di vita del soggetto e a realizzare la continuità assistenziale, non ha



ancora sufficiente spazio nelle attività previste durante il ricovero.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati confermano la presenza dei problemi emersi nella precedente ricerca (URP 2005): l'informazione legata alla dimissione non è pianificata ed è vista come la parte conclusiva del ricovero anziché come la parte iniziale del successivo percorso di cura. Permane la consuetudine di delegare al medico di base la responsabilità di completare ed approfondire le informazioni legate al problema di salute; ciò avviene attraverso la lettera di dimissione senza un reale coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari. Non sono state rilevate modalità comunicative facilitanti l'interazione fra il medico ospedaliero e il medico di famiglia, anche se l'attuale organizzazione delle cure, articolata in strutture specialistiche e specifiche secondo le necessità del paziente e secondo livelli di complessità (degenze, DH, ambulatori, RSA, ADI ecc), renderebbe necessario un passaggio informativo e relazionale che dia sviluppo ad un modello di gestione delle cure maggiormente integrato. La nuova proposta di Piano Sanitario Regionale considera prioritario permettere la nascita di nuove connessioni fra ospedale e territorio affinché la continuità delle cure diventi agita e non solo dichiarata. La cura delle dimissioni è quindi una premessa, un tassello di congiunzio-

ne nelle varie fasi del percorso assistenziale. Lo studio precedentemente citato⁽³⁾ prende in esame ciò che deve essere fatto per preparare e rendere efficaci le dimissioni limitando gli effetti secondari alla contrazione della degenza e alla parcellizzazione delle cure. I punti da considerare sono: le informazioni da raccogliere al momento dell'accoglienza, l'utilizzo di linguaggio semplice, le informazioni da comunicare per iscritto, la necessità dell'educazione terapeutica, la lettera di dimissione, l'inserimento del caregiver nel processo assistenziale.

Nel nostro contesto, per realizzare un embrionale sistema che faciliti le dimissioni complesse sarebbe opportuno poter agire su due piani:

a livello sovra aziendale definire le modalità di interazione con il territorio e con i medici di base superando gli attuali ostacoli burocratico-amministrativi e culturali;

a livello aziendale implementare il piano di dimissioni per pazienti con percorsi di cura complessi.

I due punti sono complementari, l'attuazione del secondo facilita la realizzazione del primo. Il percorso del paziente non si arresta alla fase ospedaliera o territoriale: nel *continuum* delle cure la persona con problemi di salute ha la necessità di utilizzare più servizi, ed un' Azienda Ospedaliera quale le Molinette, sebbene senza territorio, ha la necessità di realizzare interventi integrati con chi di volta in volta si prende carico

del paziente. Identificare i punti critici su cui incidere per pianificare le dimissioni, potrebbe prevedere una riorganizzazione delle attività assistenziali.

Al fine di non sottrarre tempo da dedicare alla "cura" ad un organico già sottoposto a notevoli carichi di lavoro, si potrebbe prevedere una formazione specifica ed una redistribuzione delle competenze (ad esempio ipotizzando un reimpiego di operatori che pur con elevata professionalità non sono più idonei allo svolgimento delle quotidiane attività di reparto e della normale attività assistenziale per inabilità, età elevata, ecc.), così come descritto in altri studi⁽¹⁾, dove la riassegnazione delle competenze ha portato ad un miglioramento delle cure, un'elevata soddisfazione del paziente e del personale, un basso scostamento dal programma di dimissioni. La complessità della malattia e dei suoi percorsi deve essere alleviata attraverso una corretta informazione ed attraverso la creazione di un sistema multiprofessionale integrato che si prenda carico delle persone e non solo della malattia e che sia in grado di fornire soluzioni differenziate secondo i diversi bisogni.

BIBLIOGRAFIA

Blankenship J, Winslow S. Admission – Discharge – Teaching Nurses: Bridging the Gap in Today's Workforce. *J Nurs Adm* 2003; 33: 11-13

Joint Commission International Accreditation. Standard per ospedali. 2nd ed. Milano: Libreria Bocca 2003

Planning your patient's discharge. *LPN* 2006; 2: 10-12

Pearson P, Procter S, Wilcockson J, Allgar V. The process of hospital discharge for medical patients: a model. *J Adv Nurs* 2004; 46: 496-505

Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004 Issue 1, art. n.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub2.

UN MONDO DI SOLUZIONI A PORTATA DI MANO...

- PULIZIE CIVILI ED INDUSTRIALI
- PULIZIE E SANIFICAZIONI OSPEDALIERE
- MANUTENZIONI TECNICHE E PULIZIE CRIOGENICHE
- HANDLING
- GESTIONE RIFIUTI ED AREE VERDI
- SERVIZI ALBERGHIERI
- FACILITY MANAGEMENT

Partner insostituibile per un successo sicuro e personalizzato, Palmar è sinonimo di professionalità. Nata per soddisfare le più varie ed esigenti richieste del mercato dei servizi aziendali, ambientali ed alla persona, opera con successo anche nel facility management.

Grazie all'altissima qualità espressa e di anno in anno implementata, varca nel 2002 i confini italiani, entrando a far parte del Gruppo Compass, leader mondiale della ristorazione collettiva e presente in ben 90 Paesi con 400.000 dipendenti.

SINCERT [CERTO] [CERTO]
n° 104/E n° 36/A
UNI EN ISO 9002 UNI EN ISO 14001

 **Eurest Services**

PALMAR S.p.a. Sede Centrale: Via Pavia, 105/h - 10090 CASCINE VICA RIVOLI (Torino)

Tel. +39 011 9552500 r.a. - Fax +39 011 9571077 - E-mail: info@palmar.net - www.palmar.net

Uffici: Centro Fiere Lingotto - Via Nizza, 294 - 10126 Torino - Tel. +39 011 6644266 - Fax +39 011 6634647

Filiale di Lainate: Via Bergamo, 29 - 20020 Lainate (MI) - Tel. +39 02 93309811 - Fax +39 02 93309820 -

Filiale di Castrocielo: Via Casilina Sud, 126 - 03030 Castrocielo (FR)

- Tel. +39 0776 79349-403400 - Fax +39 0776 403166-79348



La valutazione del medico ospedaliero quale strumento per il miglioramento

Riassunto

I sistemi di valutazione del medico ospedaliero rappresentano una importante leva per il raggiungimento di un clima interno organizzato favorevole alla produttività in grado di mantenere un ottimale livello di motivazione degli operatori e spingere gli stessi alla crescita professionale in un'ottica di miglioramento ed innovazione dei servizi erogati. Per raggiungere questo scopo il sistema di valutazione deve essere in grado di svincolarsi da modelli burocratico-giuridici basati sulla valutazione di criteri e parametri derivati per lo più dalle norme contrattuali e riuscire a cogliere maggiormente gli aspetti qualificanti dell'attività e delle competenze professionali del medico ospedaliero al fine di apportare significativi benefici in termini di qualità e sicurezza delle cure. Alla luce di tali considerazioni viene descritta la metodologia usata da Joint Commission International per la valutazione del medico ospedaliero.

Paolo Cantaro, Salvatore Scarlata

Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino Catania

Il sistema di valutazione del medico ospedaliero trova il suo principale riferimento normativo nell'art. 15 del D.Lgs. 502/92 che, nel disciplinare i principi e le disposizioni riguardanti la dirigenza medica e delle professioni sanitarie, rimanda alla contrattazione collettiva nazionale per la definizione, tra l'altro, dei criteri generali per la valutazione e verifica degli incarichi e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato a funzioni attribuite ed a connesse responsabilità di risultato.

Tuttavia, un aspetto peculiare del modello di valutazione italiano è rappresentato dall'intreccio tra la normativa prevista per tutte le amministrazioni pubbliche (D.Lgs. 165/01) con quella riguardante il personale del SSN (D.Lgs. 502/92). Anche se il quadro normativo di riferimento prevede spazi di autonomia che permettono di

svincolarsi dal classico modello del pubblico impiego, permane spesso un approccio giuridico e burocratico attento più alla applicazione delle norme contrattuali che al perseguimento di obiettivi di miglioramento propri di specifiche realtà aziendali.

La dirigenza sanitaria si caratterizza per lo svolgimento, in forma fortemente relazionale e personalizzata e in condizioni di elevata autonomia tecnico-professionale, di mansioni e funzioni nell'ambito di indirizzi e programmi finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni sanitarie complesse, appropriate e di qualità. In aggiunta a questi aspetti, l'organizzazione sanitaria presenta oggi nuovi bisogni: lo sviluppo di una organizzazione orizzontale con lavoro in équipes, le politiche per la revisione ed il miglioramento della qualità, l'uso di strumenti informatici nella rac-

colta ed elaborazione di dati, lo sviluppo delle capacità manageriali del dirigente pongono nuove esigenze di valutazione delle capacità professionali del medico. A causa della rilevanza quantitativa e, soprattutto, qualitativa del fattore "personale" nelle combinazioni produttive delle aziende sanitarie, la gestione del personale è quindi una delle variabili organizzative fondamentali e diventa cruciale gestire e sviluppare le risorse umane presenti in azienda. Gli strumenti di valutazione dovrebbero pertanto essere in grado di cogliere gli aspetti specifici del funzionamento del sistema sanitario fornendo un'importante leva al raggiungimento di un clima interno organizzato favorevole alla produttività in grado di mantenere un ottimale livello di motivazione degli operatori e spingere gli stessi alla crescita professionale in un'ottica di miglioramento ed innovazione dei servizi erogati. In tale ottica l'azienda dovrebbe essere soprattutto in grado di mettere in atto una strategia valutativa volta ad orientare i comportamenti professionali verso i propri obiettivi e priorità incentivando nei medici lo sviluppo delle capacità gestionali e professionali maggiormente qualificanti quali la gestione delle relazioni con pazienti e colleghi, l'organizzazione del lavoro individuale e di gruppo, l'utilizzo delle risorse professionali e tecnologiche affidate. E' altresì rilevabile come nella pratica attuazione l'approccio valutativo sia prevalentemente

**PAROLE CHIAVE:**

Valutazione, qualità, risorse umane

La metodologia Joint Commission International**Staff Qualifications and Education (SQE)****Politiche e procedure scritte per:**

- reclutamento di personale qualificato, secondo "job description" esplicitate e scritte
- inserimento e formazione individualizzati
- educazione continua
- supervisione
- valutazione delle competenze necessarie all'esercizio delle specifiche responsabilità assegnate
- chiaro ed obiettivo sistema di valutazione della performance del personale

(Fig. 2)

orientato ad una categoria basata sul rispetto formale della norma, e non sui risultati, oscurando così ogni istanza finalizzata al miglioramento. Limiti alla realizzazione di modelli di valutazione maggiormente aderente a principi aziendali sono possono essere individuati nelle limitate risorse finanziarie a disposizione per il rinnovo contrattuale, nell'esistenza di una autonomia professionale che offre pochi spazi alla valutazione degli atti o delle competenze professionali, nell'alta qualificazione professionale di alcune prestazioni sanitarie che, di difficile apprendimento, si prestano difficilmente a giudizi di merito.

A fronte delle tradizionali forme di valutazione previste dalle norme contrattuali, che si riducono ad un confronto negoziale fra la parte pubblica e le organizzazioni sindacali, fondamentalmente basate sulla verifica di aspetti

tecnico-professionali e gestionali degli operatori, innovative esperienze pongono l'enfasi su diverse categorie di valutazione e su aspetti multifattoriali in cui le competenze professionali vengono coniugate con le regole dell'organizzazione. E' il caso della metodologia usata da Joint Commission International (JCI) nell'ambito degli strumenti di gestione e valutazione del personale ed applicata in alcuni ospedali siciliani nell'ambito di un progetto biennale siglato con la Regione Siciliana per la gestione del rischio clinico.

L'approccio usato da JCI differisce sostanzialmente dalle tradizionali forme di valutazione in uso presso il nostro Paese, spesso di tipo burocratico e giuridico, poiché pongono al centro del processo la necessità di dimostrare l'esistenza di un sistema coordinato, e al tempo stesso efficient-

te ed uniforme, di verifica delle qualifiche e della formazione del personale atto a far sì che solo persone qualificate ed esperte siano adibite a svolgere mansioni sanitarie complesse, e senza supervisione, atte a soddisfare i bisogni dell'utenza.

In tale ottica, il percorso di JCI per la valutazione dei professionisti sanitari prevede quale momento fondamentale la raccolta, verifica e valutazione delle credenziali di ciascun professionista coinvolto nei processi di assistenza clinica e a diretto contatto con il paziente. Il termine "credenziali", pressoché sconosciuto in Italia, si riferisce all'insieme dei titoli accademici, di abilitazione, studio, addestramento ed esperienza che sono ritenuti indispensabili per l'esercizio della professione medica e lo svolgimento dell'attività sanitaria senza supervisione (fig.1).

JCI pone in particolare l'accento sulla necessità che le credenziali, ed in particolare l'abilitazione, siano raccolte, verificate presso le fonti primarie (Università, Ordine dei Medici, ecc), valutate in relazione ai fabbisogni dell'ospedale e dei suoi pazienti ed inserite in un archivio aggiornato per la loro periodica verifica e rivalutazione. La valutazione delle credenziali deve essere effettuata anzitutto all'atto della nomina in ruolo, nell'ambito della definizione dell'orientamento del personale neoassunto, e successivamente con frequenza periodica, secondo modalità definite dall'ospedale, o ogni qualvolta vengono introdotte tecniche nuove o nuove responsabilità, in modo da determinare se le qualifiche sono idonee per continuare ad erogare prestazioni sanitarie all'interno dell'ospedale.

Attraverso tale percorso si vuole essenzialmente valutare se un medico è idoneo, in funzione



FTA 107 T.O.S.
L'innovativa porta
automatica pieghevole
antipanico per ingressi
reparto e filtri operatori

Porta chiusa per controllo accessi



Apertura automatica a consenso



Simulazione emergenza antipanico



Porte Ospedaliere

BAGNARA di ROMAGNA · RA
☎ 0545 76009 - Fax 0545 76827
milano pescara roma
02 8394231 085 4483020 06 88566005
www.ponzi-in.it

delle responsabilità da assegnare, a contribuire alla realizzazione della mission ospedaliera e definire quali prestazioni cliniche è qualificato ad eseguire. Quest'ultimo aspetto, ovvero le decisioni sulle prestazioni da affidare e/o revocare ad un singolo medico, viene indicato con il termine "privilegio" e vuole fornire garanzie che le prestazioni cliniche sono effettuate da soggetti le cui performance e risultati clinici sono stati valutati sulla base di un percorso decisionale documentato che fornisce così le basi per una valutazione continua del medico effettivamente orientata ai fabbisogni dell'ospedale e degli utenti.

Tale sistema ha importanti risvolti sulla qualità dei servizi, soprattutto in relazione al fatto che diventa indispensabile poter dimostrare di possedere precisi standard minimi di attività per poter svolgere determinate funzioni, fornendo così precise garanzie agli utenti in merito alla sicurezza delle prestazioni.

Con l'utilizzo degli standard derivati da JCI l'ospedale assume un ruolo di maggiore responsabilità perché chiamato a anzitutto a definire le responsabilità di ciascun membro del personale in un documento aggiornato, la *job description*, che diventa la base per l'assegnazione degli incarichi, l'orientamento al lavoro e la valutazione dell'adempimento delle responsabilità attribuite. Quindi diviene essenziale non solo osservare le leggi e i regolamenti che definiscono i livelli di formazione, le capacità e i requisiti del personale, ma anche definire in maniera attiva conoscenze e capacità coerenti con la mission ospedaliera ed i bisogni dei pazienti.

L'attuale sistema di valutazione

utilizzato nel nostro Paese prevede un percorso eterogeneo, affidato ad organismi diversi, Collegio Tecnico e Nucleo di Valutazione, differenziato per neoassunti, responsabili di struttura complessa e semplice, e con diverse finalità quali la verifica dei risultati di gestione o di attività professionali. Al fine di consentire un miglioramento della qualità delle cure è opportuno un orientamento dell'attuale sistema di valutazione verso un modello meno formale ma maggiormente centrato sulle prestazioni e le competenze professionali, prevedendo al riguardo, sulla base degli standard di Joint Commission International, la definizione di un set di items in grado di cogliere gli aspetti qualificanti del sistema sanitario italiano e di apportare così significativi benefici in termini di qualità e sicurezza delle cure.

BIBLIOGRAFIA

Del Vecchio M. (2000), «La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche», Azienda Pubblica, anno XIII n. 2/3, pp. 159-168.

Longo F. (2000), «Organizzazione e gestione del personale, in Bergamaschi M. (a cura di), L'organizzazione nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, Milano.

Joint Commission Interantional Accreditation (2003), «Standard per ospedali», Traduzione italiana a cura di Progea Consulenza, Milano

Joint Commission Interantional Accreditation (2005), «Standard per Patologia o per Specifici Programmi di Cura», Traduzione italiana a cura di Progea Consulenza, Milano.



Cisa Sistemi di Sterilizzazione: *Qualità, Affidabilità, Sicurezza, Assistenza, Bassi costi di gestione.*

Studio, ricerca e sviluppo di tecnologie innovative, sono solo alcuni dei principi che CISA segue da sempre nella produzione delle proprie apparecchiature, comprendenti tra le altre unità di lavaggio, disinfezione e sterilizzazione fino ad arrivare ai più avanzati software di gestione, tracciabilità e controllo e dei prodotti.

Le apparecchiature CISA, al fine di garantire sempre la massima sicurezza, sono progettate in conformità con i più sofisticati metodi di controllo per la sicurezza: tutte le apparecchiature, controllate interamente da sistemi a logica programmabile per la gestione dei cicli, sono provviste di un sistema di autodiagnosi e monitoraggio.

Le soluzioni tecniche studiate sulle macchine prodotte sono tali da consentire un alto risparmio energetico: con Aquazero, l'ultimo sistema all'avanguardia brevettato da CISA, i consumi d'acqua per un ciclo di sterilizzazione saranno ridotti di oltre il 90%, di oltre il 75% quelli energetici.

CISA, attraverso un'assistenza tecnica (pre e post vendita) capillare ed altamente specializzata, garantisce che le proprie apparecchiature forniscano le migliori prestazioni, in qualsiasi luogo del mondo esse vengano installate.

Sterilizzatrici a gas Plasma



Autoclavi e Termidisinfettori



Sistemi trattamento Endoscopi



Lavaccessori e Arredi



Centrali di Sterilizzazione



Assistenza Clienti



Software



ITINERIS
Sistemi di Sterilizzazione



ITINERIS
Sistemi di Sterilizzazione



endo
ITINERIS - s.p.a.



NCS-WEB
Sistemi di Sterilizzazione



RMS-WEB
Sistemi di Sterilizzazione

Le nuove esigenze formative

Riassunto

Il turn over delle conoscenze scientifiche, la richiesta ai professionisti ed alle organizzazioni sanitarie di dimostrare la qualità del loro agire, ma anche il continuo cambiamento dei contesti professionale ed organizzativo, pongono la formazione come elemento essenziale nei sistemi sanitari e richiedono una sua evoluzione rispetto a finalità, contenuti, tempi e modi.

Il fine della formazione è quello di garantire alla società persone preparate, capaci di rimanere tali nel tempo e nei mutevoli contesti. È quindi necessario porre attenzione in modo sistematico alla "manutenzione" dei professionisti, che devono dimostrare nel tempo la loro competenza.

Nel campo sanitario questo vuol dire da un lato porre attenzione all'acquisizione delle conoscenze (knowledge), alla formazione di sensibilità ed orientamenti (attitude), all'applicazione delle conoscenze (practice), dall'altro sviluppare le capacità di adattarsi efficacemente alle situazioni ed ai cambiamenti (capability) e rivedere sistematicamente il proprio operato (appraisal).

Accanto al progresso scientifico e tecnologico che modifica il modo di operare, c'è il tema della "persona" professionista, il cui modo di essere influenza significativamente i risultati del sistema. Pertanto accanto alle più recenti innovazioni tecnologiche, è necessario investire sulla buona pratica professionale dimostrandola nel tempo, sul lavoro di gruppo, sull'aver buoni rapporti con i pazienti, sul saper insegnare ed essere tutor, sul saper essere manager della propria attività, sul saper sviluppare attività di ricerca, sul saper gestire la propria salute, sull'essere rispettoso del codice deontologico.

tempo la loro competenza, è invece una acquisizione più recente.

Una riflessione specifica sulla formazione è ancor più indispensabile per quanti operano nelle direzioni sanitarie ed ospedaliere perché si tratta di uno dei settori a più rapida evoluzione ed obsolescenza rispetto alle conoscenze tecnico scientifiche, rispetto alle regole del gioco (impianti organizzativi, normative presenti o assenti) e rispetto al ruolo da interpretare per creare valore nell'organizzazione e nel sistema (4).

Su questo problema, in Italia, fino ad ora si è intervenuto a vari livelli: sull'impianto organizzativo del SSN attraverso il varo del programma ECM (Accordo Stato-Regioni 20 dicembre 2001), nel sistema contrattuale prevedendo una valutazione annuale e periodica dei professionisti (10), nel sistema universitario avviando, tra le altre, la riforma delle scuole di specializzazione (13). L'esistenza di questi strumenti e processi rappresenta certamente una opportunità e, al di là dei giudizi sull'impatto operativo degli stessi, rafforza il concetto che la formazione è proprietà del sistema ed elemento caratterizzante l'intero arco della vita professionale.

A valle di questo si tratta di dar corso a meccanismi operativi che garantiscano al professionista la capacità di operare efficacemente e con soddisfazione nel sistema e, allo stesso tempo, al sistema di avvalersi di un professionista "adeguato" rispetto alle continuamente mutevoli domande lungo tutto l'arco della vita professionale.

Silvio Brusaferrò, Federico Farneti, Manola Lisiero, Chiara Perinotto, Adriana Moccia

Dipartimento di Patologia e medicina sperimentale e Clinica Università degli Studi di Udine

INTRODUZIONE

Il turn over delle conoscenze scientifiche, la richiesta ai professionisti ed alle organizzazioni sanitarie di dimostrare la qualità del loro agire, ma anche il continuo cambiamento dei contesti professionale ed organizzativo, sono tratti caratteristici riconosciuti come propri da tutti i sistemi sanitari. In questo scenario la formazione dei professionisti acquista nuova luce fino ad essere identificata come elemento essenziale per la governance dei sistemi. A fronte di questa nuova rilevanza è evidente la necessità di una evoluzione della

formazione rispetto a finalità, contenuti, tempi e modi (1,6).

Se questo è vero a livello internazionale lo è tanto più nella realtà italiana, dove tradizionalmente dopo la formazione di base il professionista si è preoccupato di adeguare la propria professionalità, anche se spesso in modo volontario e con forme e tempi da lui stesso determinati.

La necessità da parte delle organizzazioni sanitarie di porre attenzione in modo sistematico alla "manutenzione" della loro risorsa più importante rappresentata dai professionisti, così come la necessità da parte di questi ultimi di dimostrare nel

**PAROLE CHIAVE:**

Formazione continua, operatori sanitari, competenze, evidenze scientifiche

IL PROFESSIONISTA NELL'ARCO TEMPORALE DELLA VITA PROFESSIONALE

Ai fini della presente riflessione, l'arco della vita professionale oggi può essere immaginato attraverso varie fasi:

- una fase iniziale dove avviene la impostazione e formazione di base del professionista (corsi di laurea magistrali e specialistici), che generalmente rappresentano un momento unico soprattutto per le figure mediche;
- delle fasi dove si approfondiscono e acquisiscono specifiche competenze in alcuni settori (es. scuole di specializzazione, master di 1° e 2° livello); in questo caso occorre differenziare i momenti in larga parte unici e vissuti a inizio carriera per le figure mediche, come le scuole di specializzazione, e i momenti che possono essere anche plurimi e giocati durante tutto l'arco della vita lavorativa come i master;
- una fase lunga quanto la vita professionale nella quale si fa "manutenzione" continua rispetto ad una preparazione di base ma, talora, anche si rivoluziona il proprio essere professionisti, ovvero si crea una discontinuità con la propria preparazione di base sia perché voluta (ad esempio esiste una precisa volontà di cambiare area lavorativa da parte dell'operatore) sia perché richiesta (quando il settore di competenza ha subito un cambiamento radicale).

Prendendo come riferimento per la formazione questo arco temporale, si possono considerare le sue finalità

ultime come il garantire alla società ed ai sistemi sanitari professionisti esperti e capaci di raggiungere il miglior risultato possibile sulla base delle evidenze e delle buone pratiche disponibili in un dato settore e che sanno rimanere tali nel tempo e nei mutevoli contesti.

A fronte di questa valenza continua ed unitaria bisogna riconoscere che ognuna delle fasi identificate richiede modelli e metodologie diverse che non possono essere confuse per evitare l'errore di utilizzare strumenti inappropriati e conseguentemente ottenere esiti non voluti o spreco di risorse.

La formazione lungo tutto l'arco della vita professionale deve venir identificata e percepita come proprietà di sistema, garantendo che i diversi attori e le diverse fasi condividano un filo logico, ovvero delle finalità, dei valori e degli stili, così come sottolineato anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che nel World Health Report del 2006 ribadisce la necessità di sviluppare reti di conoscenza e strategie formative comuni, che diffondano e facciano condividere il più possibile le buone pratiche basate sull'evidenza scientifica (30). Questa affermazione trova oggi un importante banco di prova negli accordi tra SSN/SSR e Università, nell'evoluzione dei meccanismi di funzionamento delle aziende, nei sistemi di educazione continua in medicina, nelle politiche che le regioni e le aziende a livello locale mettono in atto per la "manutenzione" dei professionisti, nelle "regole del gioco" che i vari attori del sistema mettono in atto rispetto ai processi formativi,

tra i quali non dobbiamo dimenticare i provider privati (8) e le associazioni dei cittadini (7, 2). Tutti questi momenti richiedono una forte "intelligenza" di sistema, oltre ad una condivisione di valori ed alla capacità di dialogo, che implica il rispetto delle parti e delle loro differenze, l'ascolto reciproco e la motivazione a raggiungere un obiettivo comune.

LE COMPONENTI DEL PROCESSO FORMATIVO

Ogni processo formativo deve tener conto di diversi assi rispetto ai quali misurarsi, ma deve definire a priori i propri obiettivi e scegliere gli strumenti più adeguati per raggiungerli. Un asse è dato dalla relazione tra conoscenza e pratica che a sua volta ha due valenze: la ricerca traslazionale, ovvero la traslazione delle conoscenze scientifiche acquisite dalla ricerca in pratiche utilizzabili nelle attività assistenziali (19), e l'acquisizione e applicazione concreta delle conoscenze e pratiche raccomandate (21).

Il primo aspetto sta trovando sempre più attenzione, dove con il termine medicina traslazionale si includono:

- gli studi delle scienze di base che definiscono gli effetti biologici delle terapie negli umani;
- gli studi negli umani che definiscono la biologia della malattia e costituiscono il fondamento scientifico per lo sviluppo di nuove o migliorate terapie per le patologie umane;
- gli studi non clinici e non su umani condotti con l'intento di migliorare le terapie in ambito clinico o di sviluppare principi per l'applicazione di approcci terapeutici alle patologie umane;
- qualsiasi trial clinico che abbia tra gli end points tossicità e/o efficacia.

La sfida in questo settore sta nel trasformare le scoperte delle scienze di base in studi clinici, e questi ultimi in pratica medica e politiche sanitarie.

Sebbene possa sembrare semplice a parole, risulta invece piuttosto critica sia l'applicazione di nuove conoscenze, sia, soprattutto, la dismissione di pratiche o terapie standard meno efficaci dell'atteso ma ormai radicate (21). Si incontrano maggiori difficoltà nel traslare le conoscenze scientifiche nella pratica quotidiana piuttosto che nel creare evidenze scientifiche (33), in quanto per riuscire in questo non semplice compito sono richiesti determinati presupposti, quali le capacità di formulare domande cliniche pertinenti e trovare risposte ad esse basate sull'evidenza, di valutare correttamente le revisioni della letteratura, e di capire quando e come incorporare le nuove scoperte nella pratica (28).

Affrontare anche nei percorsi formativi questa tematica vuol dire lavorare per gestire ed accrescere la catena del valore della conoscenza, sapendo però che il processo non si sviluppa in modo lineare ma include alcune contraddizioni, ad esempio la creazione di nuove evidenze e/o conoscenze porta alla contemporanea distruzione/eliminazione di alcune precedenti, oppure la necessità di diffondere e replicare dei risultati che allo stesso tempo debbono essere protetti (19).

Il secondo aspetto tradizionalmente può essere esplorato attraverso la triade conoscenza (Knowledge) – orientamento (Attitude) – pratica (Practice) dove:

- per conoscenza (“knowledge”) si intende la capacità di ottenere le informazioni, attraverso differenti modi di acquisizione delle idee determinati da comprensione, esperienza, immaginazione, memoria, giudizio, astrazione, ragionamento, e la capacità di utilizzare le informazioni stesse;
- per orientamento (“attitude”) si intende una qualità strettamente correlata ai valori professionali e personali degli operatori, i quali in-

fluenzano l'operare quotidiano;

- per pratica (“practice”) si intende l'applicazione di regole che portano all'azione, legata al progresso della conoscenza.

Anche Miller nel suo modello per la valutazione della competenza clinica (22) affronta lo stesso argomento, ponendo proprio la conoscenza (knows) alla base di una piramide, il cui apice è rappresentato dall'azione (does). Tra queste due qualità sono comprese la competenza (knows how) e la performance (shows how).

Un recente documento americano (3) che ha preso in esame le relazioni intercorrenti tra insegnamento ed apprendimento, spiega il processo di effettiva acquisizione delle informazioni attraverso sette principi di base:

1. la conoscenza precedente rappresenta le fondamenta su cui si costruisce la conoscenza futura: la curva dell'apprendimento progredisce lentamente accrescendosi sulle conoscenze precedenti;
2. la conoscenza precedente deve essere attivata per apprendere;
3. chi deve imparare va coinvolto attivamente nel processo di apprendimento;
4. vanno creati forti legami tra le nuove conoscenze e ciò che già si conosce, e tali legami sono più importanti delle informazioni stesse, poiché permettono di applicare facilmente i nuovi concetti a un'ampia varietà di situazioni e scelte;
5. l'apprendimento non può essere isolato dal contesto in cui si andrà ad operare;
6. la motivazione intrinseca è associata ad approcci all'apprendimento più intensi;
7. l'insegnamento dovrebbe essere perseguito in modo da sviluppare l'autonomia di chi apprende, fino a rendere progressivamente non indispensabile l'esistenza degli insegnanti.

L'attenzione a questo problema è anche enfatizzata dall'introduzione

diffusa dei sistemi per la valutazione della qualità dell'assistenza che evidenzia come molte conoscenze e pratiche raccomandate non trovano riscontro concreto, sollevando così il problema delle forme più efficaci di didattica orientata a sostenere l'adozione di comportamenti.

Molta letteratura è stata prodotta relativamente a queste tematiche, soprattutto laddove l'adesione alle pratiche raccomandate impatta significativamente sugli esiti (il non tradurre in azioni concrete determinate conoscenze aumenta la probabilità di eventi indesiderati [es. eventi avversi]) ed è accettato che il comportamento del professionista sanitario è influenzato da aspetti legati alla cultura esistente e dominante nel contesto, alla “persona” stessa, alle sue conoscenze, ai suoi valori ed alla disponibilità al cambiamento nonché alla sua attività concreta, e alle dinamiche di gruppo (25). Tutto questo ovviamente va a sommarsi a quanto determinato dal progresso scientifico e tecnologico, dalle strategie e dalle scelte istituzionali, dalle condizioni strutturali ed organizzative, dalla stesura e diffusione delle raccomandazioni tecnico scientifiche, e va tenuto in considerazione in un processo formativo capace di agire su conoscenze, orientamenti e pratiche.

Accanto alla dinamica conoscenza e pratica vi è un ulteriore asse cruciale rappresentato dalla capacità del professionista di adattarsi efficacemente alle situazioni ed ai cambiamenti (“capability”), generando nuove conoscenze e continuando a migliorare la propria performance (16). Un lavoro del Department of Health Inglese (34), ha identificato alcuni requisiti di base (“core knowledge and skills”) che ogni professionista sanitario dovrebbe possedere:

- comprendere e rispettare pienamente i diritti e la sensibilità dei pazienti e dei loro familiari, individuando e soddisfacendo i loro biso-

gni;

- comunicare in maniera efficace sia con i colleghi che con i pazienti e i loro familiari;
- considerare le informazioni relative ai pazienti come risorse privilegiate e utilizzarle in maniera appropriata, secondo il consenso espresso dal paziente e attraverso le tecnologie più efficaci;
- capire e dimostrare il funzionamento del sistema sanitario nazionale e la sua organizzazione a livello locale;
- lavorare efficacemente in squadra, riconoscendo i ruoli di altri operatori e organizzazioni coinvolti nella cura del paziente;
- dimostrare un impegno nel mantenere aggiornate le proprie competenze e abilità, attraverso l'utilizzo di nuovi approcci di apprendimento e di utilizzo delle informazioni, oltre che favorire l'insegnamento e lo sviluppo altrui;
- riconoscere e dimostrare le proprie responsabilità nel mantenere lo stato di salute dei pazienti e dei colleghi in ogni contesto sanitario.

Tra questi crediamo meritorio particolare enfasi, la capacità di comunicare in maniera efficace sia con i colleghi che con i pazienti, la capacità di lavorare in team, il mantenere aggiornate le proprie competenze e abilità, attraverso l'utilizzo di nuovi approcci all'apprendimento.

Questa dimensione, relativamente nuova, diventa però cruciale in contesti continuamente mutevoli come quelli sanitari dove nell'arco di una vita professionale il ruolo del professionista e le regole del gioco possono subire più volte cambiamenti repentini.

Favorire la capacità di adeguarsi al continuo mutamento dei sistemi è tutt'altro che semplice. Interessante in questa prospettiva appare la proposta di Mah e colleghi (20) laddove individuano quattro tendenze sulle quali investire per sviluppare la cosiddetta

“capability” nei contesti sanitari:

1. Spostarsi dalla prospettiva individuale a quella delle comunità, attribuendo sempre più rilievo all'importanza del team e della “community of practice” (comunità di pratica), ovvero un gruppo di individui uniti informalmente da pratiche condivise, mutuo impegno e risorse comuni;
2. Favorire il recupero della retorica, in quanto talora le convinzioni e il vissuto personale contano più dei fatti esterni nel raggiungimento del bersaglio; spesso nel contesto lavorativo conta più l'intelligenza emozionale di quella razionale in termini di leadership e performance;
3. Promuovere il recupero del concetto di Praxis, inteso come agire in seguito a riflessioni legate all'esperienza: se il sistema fallisce, un attento professionista può evitare il disastro ma uno che aderisce meramente alle procedure no;
4. Muovere i sistemi dall'uso del monologo a quelli del dialogo, superando i classici tre assetti mentali caratterizzanti il monologo: l'oggettivismo, dove non esistono differenze tra persone perché esistono fonti esterne di verità; il soggettivismo, dove le differenze sono l'unica realtà e condividerle è impossibile; il soggettivismo-oggettivismo, dove le differenze esistono ma non contano. Il dialogo, invece, permette ai professionisti di contribuire allo sviluppo delle soluzioni, pur mantenendo la loro opinione.

In termini più generali emerge un'esigenza di attribuire un peso maggiore agli aspetti etico-deontologici, alle attitudini dei professionisti anche in fase di selezione ed indirizzo degli stessi all'inizio dei percorsi formativi, all'abilità nelle relazioni interpersonali, da cui la necessità di introdurre nella formazione sanitaria abilità nuove, quali il lavoro di gruppo, il perseguimento della qualità, le capacità comunicati-

ve e di insegnamento, la capacità di valutare criticamente il proprio essere professionista e le proprie performance (17).

Questo vuol dire che accanto a settori come le biotecnologie, le nanotecnologie, la proteomica, le tecniche di management, l'economia sanitaria, le tecniche di imaging, l'Information Technology (IT), è necessario investire sulla buona pratica professionale dimostrandola nel tempo, sul lavoro di gruppo gestendo buone relazioni con i colleghi (multidisciplinari e multiprofessionali), sull'aver buoni rapporti con i pazienti, sul saper insegnare ed essere tutor, sul saper essere manager della propria attività, sul saper sviluppare attività di ricerca, sul saper gestire la propria salute, sull'essere rispettoso del codice deontologico.

Tutti questi aspetti peraltro vengono presi in considerazione da alcuni strumenti come l'“appraisal” (31), ovvero la capacità di rivedere sistematicamente il proprio operato, attraverso un processo strutturato che promuove la riflessione su sé stessi e le proprie performance e permette di trarre insegnamento da ciò al fine di migliorarsi continuamente. Tale strumento mira a fornire al professionista una guida per valutare periodicamente tutti gli aspetti delle proprie performance.

Un ulteriore asse da considerare è la relazione tra professionista e organizzazione. La grande attenzione sviluppatasi nella gestione dei rischi dopo la pubblicazione del documento dell'Institute of Medicine “To err is human: building a safer health system” (18), e in precedenza i modelli dimostratisi efficaci nel miglioramento continuo della qualità, hanno evidenziato che un ruolo fondamentale nella performance globale del professionista viene giocato dalle organizzazioni, tanto da coniare il termine “learning organizations” per identificare quelle capaci di promuovere e perseguire il miglioramento continuo anche at-

traverso la formazione continua del professionista.

Le learning organizations sono in grado di formare gli individui secondo le moderne concezioni dell'educazione, che prevedono la valorizzazione delle capacità individuali, l'aggiornamento dei modelli mentali, la promozione di una formazione collettiva, la creazione di una condivisione di pensiero nel sistema e una condivisione sugli obiettivi. Importanti caratteristiche riguardano inoltre il tollerare gli errori, il celebrare i successi, il credere nel potenziale umano e il riconoscere le conoscenze professionali (32).

Anche nel campo della formazione vi è la necessità di traslare le conoscenze emerse dagli studi teorici, attraverso l'introduzione di metodi e processi di insegnamento adeguati. Tali metodi vanno ricercati di volta in volta in letteratura, in modo da essere sicuri di applicare conoscenze recenti in ambito di formazione, in grado di fornire le basi per un corretto ed efficace apprendimento (27).

LE EVIDENZE SCIENTIFICHE NELLA FORMAZIONE

L'importanza delle evidenze scientifiche è ormai universalmente riconosciuta. Così come l'evidenza scientifica risulta indispensabile in ambito clinico, essa deve essere utilizzata anche nel campo dei processi educativi dei nuovi operatori sanitari, dove viene spesso sottovalutata (23). È però noto che le evidenze sono vissute ed interpretate diversamente dai vari attori interessati (stakeholders) e si diffondono diversamente tra le professioni anche in relazione alle differenti fonti informative. La gerarchia delle evidenze, inoltre, può variare tra discipline diverse, e il fattore "esperienza" ha un peso particolarmente rilevante soprattutto per professionisti a forte componente manuale (es. chirurghi, fisioterapisti, ecc.). Anche

le lobbies professionali possono influenzare pesantemente i comportamenti degli operatori sanitari, a volte anche in assenza di evidenze forti (20).

In questa prospettiva i processi educativi dei professionisti della sanità dovrebbero accompagnare informazioni qualitative a dati empirici, le definizioni dei vari argomenti dovrebbero risultare ben definite e omogenee tra operatori, andrebbe valutata l'effettiva fattibilità degli interventi ipotizzati (5).

Gli eventi formativi dovrebbero quindi essere riconsiderati, in modo da adottare soltanto, o in maggioranza, quelli riconosciuti come più efficaci, soppiantando quelli che efficaci non sono. Alcuni esempi si possono ritrovare nel manuale metodologico del Programma Nazionale per le Linee Guida elaborato dall'ISS e ASSR (9), il quale identifica una serie di interventi di provata efficacia:

- formazione tramite visite di facilitatori ("outreach visits"), ovvero professionisti con training specifici incontrano nel loro setting clinico gli operatori, dando loro informazioni sull'applicazione di linee guida nell'intento di cambiare il comportamento relativo alla pratica clinica;
- utilizzo di promemoria ("reminders") e schede di flow-chart, ottimo metodo di rinforzo;
- strategie integrate di intervento, con combinazione di interventi diversi tra loro (ad esempio, una combinazione che include due o più interventi tra audit e feedback, reminders, processi di consenso locali, marketing, ecc).
- incontri formativi interattivi (sembra che solamente i seminari e le conferenze che prevedano una partecipazione attiva abbiano un impatto concreto).

Evidenze in tal senso si possono ritrovare in molti settori di intervento sanitari condotti al fine di aumentare

l'aderenza alle pratiche raccomandate, come per esempio il lavoro di Pittet sulla compliance del lavaggio delle mani tra gli operatori sanitari (24).

Nelle strategie di formazione infine, particolare attenzione va fatta alla fase dell'"unlearning", vale a dire il processo in cui si "disimpara" una parte delle nozioni acquisite, in modo da aumentare la flessibilità cognitiva e, di riflesso, la volontà di cambiare in maniera proattiva. In questo senso si rimanda ai lavori di Rushmer e Davies per una più completa definizione e comprensione (14, 29).

I CONTENUTI DELLA FORMAZIONE

In rapporto ai nuovi obiettivi formativi da raggiungere, anche le tecniche di misurazione fino ad ora utilizzate risultano superate. Le valutazioni attuali delle competenze degli operatori sanitari, e di chi ad essi insegna, si basano per lo più su conoscenze teoriche e abilità pratiche, e vengono poco considerate importanti sfere di competenza delle professioni sanitarie. In termini generali e sistematici è essenziale definire il profilo e le competenze del professionista sanitario rispetto alle quali utilizzare i diversi strumenti. Le competenze di un professionista sanitario si declinano attraverso numerose dimensioni, riconducibili a sette grandi aree: cognitiva, di relazione, di integrazione, affettiva e morale, delle abitudini mentali, tecnica e del contesto (15). All'interno della dimensione cognitiva vi sono le abilità relative alla conoscenza (conoscenze essenziali, acquisizione autogestita delle conoscenze, il riconoscere carenze di conoscenza, la capacità di applicare le conoscenze al mondo reale) e alla capacità di porre in atto tali conoscenze (capacità astratta di risolvere dei problemi, uso dell'esperienza personale, capacità di imparare

dall'esperienza, generando dubbi, di usare risorse disponibili, di gestire le informazioni). Nella dimensione della relazione entrano in gioco le abilità comunicative, la gestione dei conflitti e il lavoro in gruppo. Nella dimensione della integrazione sono importanti la capacità di integrare aspetti scientifici, clinici, umanistici e coniugare le conoscenze in modo transdisciplinare, e un uso appropriato delle strategie di ragionamento clinico. Infine, accanto alle dimensioni affettive e morali (tolleranza verso ansia e ambiguità, intelligenza emotiva, rispetto e disponibilità per i pazienti e la società) e a quelle delle abitudini mentali (attenzione, curiosità, gestione emotiva, osservazione del proprio operato e disponibilità a riconoscere e correggere gli errori), si individuano quelle puramente tecniche (eseguire procedure e utilizzare strumenti) e del contesto in cui si opera (scenario clinico e uso del tempo).

A partire da questo quadro una ulteriore abilità richiesta al professionista è quella di saper valutare sistematicamente e criticamente le proprie performances. Uno strumento tra i più interessanti è quello dell'appraisal, che include dati sulle prestazioni cliniche, problematiche e segnalazioni emerse in ambito clinico, l'applicazione di linee guida rilevanti ed efficaci, buone relazioni con colleghi e utenti dei servizi, buona organizzazione e l'intera parte relativa all'educazione: formazione, apprendimento, addestramento pratico, insegnamento, attività di ricerca (12).

CONCLUSIONI

Sulla base delle considerazioni proposte è evidente che nell'ambito della formazione ci troviamo davanti a un campo molto ampio e soggetto a continua evoluzione ed innovazione. Esso stesso, infatti, è un sistema

complesso all'interno di sistemi complessi quali quelli educativo, sanitario e sociale. Si possono però individuare alcuni spunti e temi oggi essenziali per gli operatori sanitari: la capacità di comunicare in maniera efficace tra colleghi e con i pazienti, la capacità di lavorare in team, il mantenere aggiornate le proprie competenze e abilità (34). Anche gli approcci educativi vanno riconsiderati, non dimenticando il fatto che l'apprendimento non può essere separato dal contesto in cui l'operatore lavora, che le nuove conoscenze vanno costruite sulla base delle vecchie, che un coinvolgimento degli operatori è indispensabile nel processo di apprendimento, che un approccio interdisciplinare è in grado di influenzare positivamente l'operato dei singoli individui e delle organizzazioni responsabili dell'insegnamento stesso (11).

Queste considerazioni trovano infine riscontro in tutti i sistemi di accreditamento internazionale, che alla formazione e alle risorse umane dedicano interni capitoli (26).

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Asbjørn Holm H. *Continuing medical education. Quality issues in continuing medical education. BMJ* 1998;316:621-624.
- 2) *Associazione per i Diritti degli Utenti e Consumatori. Sito internet: <http://www.aduc.it/>.*
- 3) Blackburn GL. *Teaching, learning, doing: best practices in education. Am J Clin Nutr* 2005;82(suppl):218S-21S.
- 4) Brusaferrò S, Turello D, Calligaris L, Fiappo E, Farneti F, Quattrin R. *Profilo dei dirigenti medici operanti nelle Direzioni Mediche di presidio in Italia. L'Ospedale* 2006;3:40-44.
- 5) Campbell JK, Johnson C. *Trend spotting: fashions in medical education. BMJ* 1999;318:1272-5.
- 6) Cantillon P, Jones R. *Does continuing medical education in general practice*

make a difference? BMJ 1999;318:1276-1279.

7) *Cittadinanzattiva. Sito internet: <http://www.cittadinanzattiva.it/index.php>.*

8) *Codice Etico Assobiomedica. Disponibile su: <http://www.assobiomedica.it/Upload/C/Codiceeticogiugno2006.pdf>. Consultato il 20 novembre 2007.*

9) *Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Programma nazionale per le linee guida, maggio 2002.*

10) *Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo del servizio sanitario nazionale parte normativa quadriennio 2002/2005 e parte economica biennio 2002-2003.*

11) Cooper H, Carlisle C, Gibbs T, Watkins C. *Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review. J Adv Nurs* 2001;35(2):228-237.

12) Davies H, Khera N, Stroobant J. *Portfolios, appraisal, revalidation, and all that: a user's guide for consultants. Arch. Dis. Child.* 2005;90:165-170.

13) *Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 250 del 23 ottobre 1999 - Supplemento Ordinario n. 187.*

14) *Editor's choice. "I don't know": the three most important words in education. BMJ* 1999;318:0-.

15) Epstein RM, Hundert EM. *Defining and assessing professional competence. JAMA* 2002;287:226-235.

16) Fraser SW, Greenhalgh T. *Coping with complexity: educating for capability. BMJ* 2001;323:799-803.

17) Irvine D. *The performance of doctors: the new professionalism. Lancet* 1999;353:1174-77.

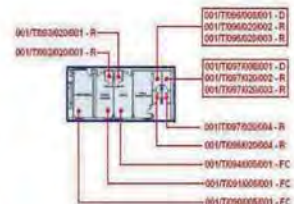
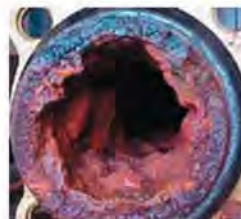
- 18) Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academies Press, 2000
- 19) Landry R, et al. *Bulletin of the WHO*, 2006;84:597-602
- 20) Mah MW, Meyers G. *Toward a socio-ethical approach to behaviour change*. *Am J Infect Control* 2006;34:73-79.
- 21) Mankoff SP, Brander C, Ferrone S, Marincola FM. *Lost in translation: obstacles to translational medicine*. *J Transl Med* 2004;2:14.
- 22) Norcini JJ. *ABC of learning and teaching in medicine: Work Based Assessment*. *BMJ* 2003;326:753-755.
- 23) Petersen S. *Time for evidence based medical education*. *BMJ* 1999;318:1223-1224.
- 24) Pittet D. *Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach*. *Emerg Infect Dis* 2001;7:234-240.)
- 25) Pittet D. *Lowbury lecture: behaviour in infection control*. *J Hosp Infect* 2004;58:1-13.
- 26) *Quality and Accreditation in Health Care Services: a global review*. Geneva 2003.
- 27) Rolfe IE, Sanson-Fisher RW. *Translating learning principles into practice: a new strategy for learning clinical skills*. *Med Educ* 2002;36:345-352.
- 28) Rosswurm MA, Larrabee JH. *A model for change to evidence-based practice*. *Image J Nurs Sch*. 1999;31(4):317-22.
- 29) Rushmer R, Davies HTO. *Unlearning in health care*. *Qual Saf Health Care* 2004;13(Suppl II):ii10-ii15.
- 30) *The World Health Report 2006. Working together for Health*, Geneva 2006.
- 31) Wilkes M, Bligh J. *Evaluating educational interventions*. *BMJ* 1999;318:1269-1272.
- 32) Wilkinson JE, Rushmer R, Davies HTO. *Clinical Governance and the learning organization*. *J Nurs Manag* 2004; 12:105-113.
- 33) Wolf FM. *Lessons to be Learned from Evidence-based medicine: practice and promise of evidence-based medicine and evidence-based education*. *Med Teach* 2000;22(3):251-59.
- 34) 'Working Together – Learning Together'. *A Framework for Lifelong Learning for the NHS*. Department of Health Publications. London, november 2001.



La nostra risposta al tuo problema della proliferazione batterica!

DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO LEGIONELLA

(secondo D.Lgs. 81/2008 e Linee Guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi del 04/04/2000)



DUE X DUE SRL - v. Lago di Alleghe 15 - 36015 Schio (VI)
 Tel: 0445.1740166 Fax: 0445.575812 E-mail: info@duexdue.com
 www.duexdue.com

GETINGE

RISPARMIA IL TUO TEMPO CON HS66 TURBO



La sterilizzatrice Getinge HS 66 Turbo, grazie alle avanzate tecnologie applicate, riduce drasticamente, fino al 35%, i tempi dei cicli di sterilizzazione.

La nuova autoclave consente di aumentare la vostra capacità produttiva utilizzando meno macchine e riducendo i tempi ed i costi totali.

LEGIONELLA: IL RISCHIO È SOTTO CONTROLLO

Due x due srl è una società di giovani professionisti che si occupa di gestione del rischio da contaminazione batteriologica, con particolare attenzione al batterio Legionella.

A fronte del rischio dovuto a tale microrganismo, sempre più diffuso data la rilevanza degli impianti idrici, soprattutto nelle collettività (RSA, ospedali, alberghi, ecc.), l'azienda propone un sistema di verifica che consiste in una sequenza ordinata di controlli, verifiche ed attività finalizzate al mantenimento entro limiti accettabili della presenza del batterio.

Le varie fasi del protocollo, da elaborarsi in sintonia con i gestori delle strutture interessate, sono così sintetizzate:

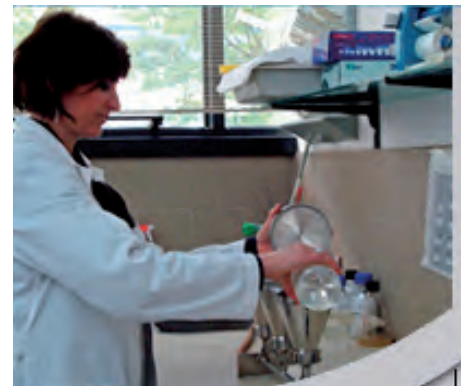
- sopralluogo preliminare per

determinare i possibili rischi, gli eventuali punti critici e le possibili attività per ridurli;

- *valutazione della situazione corrente mediante analisi microbiologiche (realizzate in modo completamente riservato), anche con possibilità di ottenere i risultati delle stesse in tempi brevi con la metodologia PCR-RT (gli esami di laboratorio sono eseguiti da ECAM srl di Schio -VI-);*

- *stesura del documento di valutazione del rischio (secondo D.L. 81/2008) comprensivo di inventario degli impianti (idraulico/aeratico a rischio Legionella secondo L. G. del 04/04/2000), pianificazione delle attività di manutenzione, pianificazione delle attività di ispezione e monitoraggio;*

- *attività di consulenza avente per oggetto la messa in sicurezza del sito;*



- *revisione biennale del Piano del Rischio.*

Tutte le attività sono svolte, a garanzia di professionalità e serietà, da personale specializzato (biologi, chimici ed ingegneri).

La società tiene incontri tecnico-informativi sul tema in oggetto (numero di partecipanti e sedi da concordarsi).

www.duexdue.com

AQUAZERO, IL FUTURO DELLA STERILIZZAZIONE È ADESSO

Aquazero è il nome dell'innovativo sistema, brevettato da CISA dopo un lungo e intenso processo di ricerca e sviluppo, che ha consentito la realizzazione di un dispositivo per il vuoto ad alte prestazioni, senza l'utilizzo di acqua nella fase di raffreddamento.

Il kit tecnologico Aquazero (di tipo a palette a bagno d'olio), si basa sul funzionamento di una pompa ad alto vuoto, che, oltre a garantire un rendimento elevato in termini di qualità della sterilizzazione, riduce al massimo il consumo di acqua necessaria durante ogni ciclo. La pompa, silenziosa ed altamente compatibile con il vapore, permette di ottenere un valore di vuoto spinto inferiore ai limiti prefissati dalla normativa di riferimento. Caratteristica importante ed imprescindibile del kit è la sua perfetta compatibilità con le autoclavi già prodotte con i sistemi precedenti: la sostituzione dei sistemi tradizionali non costituisce alcun stravolgimento, né tecnologico né funzionale, per le autoclavi nelle quali si installa un sistema con le funzionalità di Aquazero. Nell'ambito della Fiera Exposanità 2008 di Bologna, il kit ad alto vuoto è stato esposto al pubblico per la



prima volta. Grazie ad Aquazero è inoltre possibile, e tecnicamente semplice, ridurre al minimo le problematiche inerenti ai costi di manutenzione e all'alta temperatura dell'acqua, senza per questo intaccare la qualità della sterilizzazione. Manutenzione agevolata dagli ampi spazi presenti all'interno della macchina (le cui dimensioni di ingombro sono invece particolarmente contenute) e dalla possibilità di intervenire su tutti i componenti dal fronte. Negli ultimi anni CISA si è impegnata nello sviluppo di prodotti in grado di monitorare tutte le fasi della sterilizzazione,

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

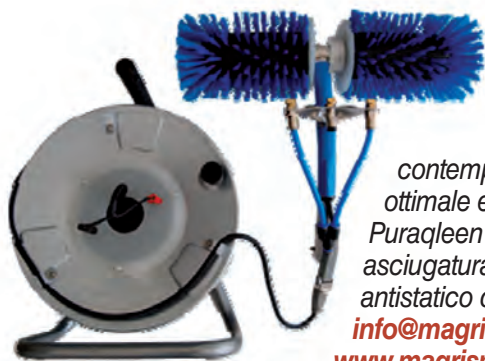
Con Aquazero, il futuro della sterilizzazione è finalmente...presente!

www.cisagroup.it

ROTAQLEEN E PURAQLEEN EFFICACIA RADDOPPIATA!

Il vetro è una delle nuove frontiere dell'architettura edilizia; finemente elegante in quella sua raffinata trasparenza che filtra luminosità all'interno ma che all'esterno sembra scintillare di luce propria. La sua bellezza nasconde però problematiche importanti: richiede una cura costante ma non tutti i punti sono facilmente raggiungibili. Basti pensare ad una vetrata imponente o ad una cupola in vetro all'interno di un centro commerciale. Magris, da sempre alla ricerca di soluzioni tecniche altamente innovative nel campo dell'igiene, fornisce la soluzione mirata al problema. Si tratta del sistema Puraqleen, già vincitore del premio Innovazione a Pulire 2005 e che da oggi si avvale del "sostegno meccanico" di Rotaqleen, per raddoppiare la qualità del risultato.

Puraqleen è un'autentica rivoluzione nella pulizia con acqua pura di vetrate e superfici lavabili: raggiunge un'altezza di 20 m senza l'ausilio di alcuna piattaforma. Grazie alla struttura compatta ed all'agile mobilità, il sistema consente di risolvere in maniera efficace i problemi legati ad accessibilità, costi, tempi operativi e, fattore non meno importante, la qualità.



info@magrisplanet.it
www.magrisplanet.it

Inoltre da oggi, per risultati ancora più performanti, si può aggiungere il meccanismo Rotaqleen che, con il suo meccanismo di spazzole rotanti, ottimizza le prestazioni di Puraqleen per una pulizia impeccabile. L'utilizzo di tubolari in materiali speciali come il titanio e il carbonio, in grado di offrire contemporaneamente leggerezza, rigidità e resistenza, consentono un'accessibilità ottimale e veloce anche di fronte a soluzioni architettoniche particolari. Per la pulizia Puraqleen utilizza acqua priva di minerali, evitando quindi macchie o strisce in fase di asciugatura e fornendo un'azione di lunga protezione contro lo sporco grazie all'effetto antistatico dell'acqua pura.



DA 70 ANNI PARTNER DELL'AMBIENTE IN CUI VIVIAMO

JohnsonDiversey è un'azienda leader nella fornitura di soluzioni professionali per la pulizia e l'igiene degli ambienti ed è impegnata nel raggiungimento dell'eccellenza in termini qualità e di salvaguardia di ambiente, salute, sicurezza.

"I nostri clienti sono alla ricerca di soluzioni per risolvere le diverse problematiche legate al lavoro, all'acqua, all'energia e oltre. Il nostro lavoro è quello di soddisfarli. Il nostro compito è quello di aiutare i nostri clienti a generare profitti che siano sostenibili e, così facendo, generare i nostri profitti utilizzandone una parte a vantaggio delle comunità in cui operiamo.

Questi sono i nostri obiettivi: di proteggere la vita ... preservare il pianeta e trasformare la nostra industria." In queste parole di Ed Lonergan, Presidente e CEO di JohnsonDiversey Inc., si riassumono sia la Vision che la Mission aziendali ormai radicate nel DNA di JohnsonDiversey e permeate in ogni singola parte dell'azienda..

Il mondo di JohnsonDiversey è quel luogo in cui i prodotti chimici nocivi sono volontariamente eliminati, in cui l'acqua e l'energia sono riconosciute come risorse preziose ed è quindi un mondo in cui vengono studiate soluzioni per preservare queste risorse.

C'è ancora di più, JohnsonDiversey si è posta co-

me scopo il continuo miglioramento degli standard qualitativi dei propri prodotti e servizi, un obiettivo ambizioso avente per denominatore comune quello di rendere la propria attività sempre più sostenibile. Per JohnsonDiversey, è fondamentale che le necessità dell'oggi non compromettano i bisogni di domani e, con ciò, fare la differenza.

Un grande impegno che vede il coinvolgimento in prima persona non solo di JohnsonDiversey, ma anche delle imprese ad essa collegate, per trasformare il proprio settore di appartenenza mettendo l'uomo e l'ambiente al centro di ogni attività. Così oggi, JohnsonDiversey è sinonimo di prodotti e macchine più sicuri, ergonomici, e sostenibili in tutto il loro ciclo di vita, dalla produzione allo smaltimento, alla formazione e consulenza per supportare i propri clienti e sensibilizzarli a generare profitti con modalità sostenibili.

www.johnsonDiversey.it



STERILIZZAZIONE RAPIDA E SICURA

Sterrad 100NX di Johnson & Johnson Medical è l'innovativo sistema realizzato per sterilizzare in modo rapido e sicuro strumenti sensibili all'umidità e al calore. E' possibile sterilizzare anche lumi a canale singolo in acciaio con diametro interno di 0,7 mm o superiore. Facilmente

trasportabile e poco ingombrante, il sistema è dotato dell'opzione doppia porta e richiede, per il suo funzionamento, solo una presa di corrente trifase. La camera di sterilizzazione è rettangolare e l'operatore può aprire e chiudere la porta mediante pulsante a pedale o comando a display.

Cicli- Il ciclo di sterilizzazione è di 47 minuti ed il trattamento avviene ad una temperatura operativa di circa 45/55°C in ambiente

a basso tasso di umidità. Il ciclo FLEX di 42 minuti è stato specificamente concepito per la sterilizzazione

degli endoscopi flessibili compatibili, aumentando la flessibilità d'uso del siste-

ma. Gestione del perossido di idrogeno- L'apparecchiatura gestisce l'agente sterilizzante in condizioni di totale sicurezza: il perossido di idrogeno, alla concentrazione di circa il 58%, viene fornito attraverso apposite cassette, ossia attraverso un sistema autocontenuto, sigillato e che, in caso di fuoriuscita accidentale, non comporta alcuna possibilità di entrarvi in contatto da parte dell'operatore. L'eventuale fuoriuscita di perossido di idrogeno è segnalata attraverso un indicatore chimico integrato nel confezionamento della cassetta. Le cassette hanno una shelf life di 15 mesi e possono essere stoccate a temperatura ambiente. Il sistema Sterrad 100NX attraverso il sistema RFID (Radio Frequency Identification) identifica le cassette, verifica la validità del lotto e riconosce una cassetta parzialmente usata. La funzione di smaltimento cassetta sposta in automatico la cassetta che gestisce l'agente sterilizzate dall'interno dello sterilizzatore al box di raccolta cassette.

Monitor del perossido di idrogeno- Attraverso l'innovativo sistema di controllo, l'apparecchiatura è in grado di misurare direttamente la concentrazione di perossido d'idrogeno all'interno della camera di sterilizzazione. L'operatore può visualizzare a display tutte le informazioni di controllo.

infoasp@ethit.jnj.com



Nacatur International

Linea 626
Dispositivi di Protezione Individuale

www.nacatur.com - nacatur@tin.it - 0721-955964

-56

È iniziato il conto alla rovescia per l'edizione 2009 del Forum PA. Vuoi sapere come l'innovazione può aumentare l'efficienza e ridurre i costi della Pubblica Amministrazione? Seguici giorno per giorno su forumpa.it e segna sull'agenda questo nuovo appuntamento di lavoro.

TELECAMERA HD PMW-10MD HD PER APPLICAZIONI MEDICALI



La massima qualità nelle immagini cliniche si esprime attraverso la telecamera Full-HD PMW-10MD di Sony: prestazioni eccezionali in un design compatto. Ideale per microscopia chirurgica ed endoscopia, questa telecamera in alta definizione di Sony mette a disposizione

crochirurgia e chirurgia alla oftalmologia, optometria e patologia. Testa camera ultra compatta: design esclusivo, compatto e leggero con meccanismo di aggancio del prisma a passo C da 1/2", in grado di offrire una grandissima qualità dell'immagine (Sensibilità F10, Rapporto S/N



del settore medicale tecnologia ed immagini di ultima generazione, integrate con la possibilità di registrare immagini statiche in JPEG e video MPEG2. La nuova telecamera Full-HD PMW-10MD offre una resa eccezionale garantita dal nuovo sensore 3CMOS Exmor™ da 1/2", una testa camera di nuova progettazione, piccola e leggera, e la possibilità di registrazione diretta di immagini fisse e in movimento. Molte le funzioni specifiche dedicate all'healthcare quali ad esempio l'uscita trigger flash e il capovolgimento dell'immagine; le applicazioni vanno dalla mi-

di 54dB, Range dinamico di 450%). Molteplici uscite: diversi i formati gestiti (1080/60i, 50i per monitoraggio e registrazione, 1080/60P, 50P per filmati e immagini statiche), su un gran numero di uscite (HD-SDI, DVI-D, Component analogica e Composite analogica). Registrazione diretta di immagini e video in HD: la registrazione diretta video HD e still images avviene su memory stick (still images) o su memory card SxS, un nuovo tipo di memoria ad alte prestazioni, disponibile in diversi formati (attualmente fino a 16GB, 70 min. di registrazione). Sono supportati i formati

GYNIOUS: LA DETERGENZA A NOLEGGIO

Gynius è il nuovo sistema di gestione della detergenza professionale progettato e realizzato da Arco-H&B per rispondere ai bisogni messi in evidenza dal mercato finale.

Si tratta di un moderno sistema di diluizione di prodotti chimici che rappresenta una vera nuova opportunità per il mercato, per svariate ragioni: innanzitutto rivoluziona il metodo di vendita, perché prevede il passaggio da euro al kg al canone mensile per la detergenza. Quindi viene introdotto il concetto di global service a fronte della vendita di taniche e flaconi con il metodo tradizionale: ne consegue che diventa possibile la vendita del detergente con un canone mensile al consumo, proprio come avviene per i beni strumentali come mezzi e macchine.

A questo punto anche gli stoccaggi di giacenza risultano ridotti, e aumenta la rotazione in magazzino abbattendo i costi per il trasporto. L'attivazione degli impianti "GYNIOUS" presso i cantieri avviene da parte dei dealers, con programmazione di tutti i consumi preventivati permettendo quindi una tracciabilità e rintracciabilità dei consumi effettuati.

Ecco allora che anche per il dealer si concretizzano diversi vantaggi strategici, tutti di prim'ordine: la possibilità di analizzare e controllare i consumi di detergente attraverso uno specifico software; il monitoraggio costante dei consumi; l'ottimizzazione delle consegne; la programmazione delle vendite; la riduzione degli spazi di stoccaggio; il miglioramento dell'impatto ambientale. Proprio quest'ultima prerogativa è valsa al sistema la segnalazione per il premio Innovazione Amica dell'Ambiente, consegnato lo scorso 25 novembre a Milano.

Il tutto si traduce in uno straordinario strumento di fidelizzazione nei confronti della clientela finale.

arcochimica@libero.it
www.arcochimica.it



JPEG e BMP. L'integrazione a sistema è assicurata dall'estendibilità del cavo testa-camera (5, 10, 15 o 20mt) e dal controllo a distanza (RS-

232C/pedale), nonché da indispensabili funzioni di Spot photometry e Image reversing.

www.sonybiz.net/health-care

iii pteexpo '09

8^a FIERA E CONGRESSO

Tecnologie, Prodotti e Servizi per la TERZA ETÀ

Veronafiere

26 - 27 - 28 Maggio 2009

I Convegni di PTE EXPO 2009

Martedì 26 Maggio 2009

L'ASSISTENZA AL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA: UN LAVORO D'ÉQUIPE - III° CONGRESSO AIOCC

PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE - III° CONGRESSO AIOCC

I MODELLI REGIONALI DI WELFARE E I SERVIZI DI ASSISTENZA:
GESTIONE DIRETTA, VOUCHER E ACCREDITAMENTO

RIABILITAZIONE E RIATTIVAZIONE DELL'ANZIANO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

SENTIERI DI CURA

EMOTIONAL CARE NELLE CASE DI RIPOSO

IL LAVORO D'ÉQUIPE

Mercoledì 27 Maggio 2009

L'ASP: FISCALITÀ E MODELLI TECNICO-CONTABILI DI GESTIONE E CONTROLLO

IL RESPONSABILE DI NUCLEO: UN RUOLO DETERMINANTE PER L'INTEGRAZIONE
PROFESSIONALE RSA / CASA PROTETTA

IL DOLORE NEL SOGGETTO ANZIANO: DALLA VALUTAZIONE AL TRATTAMENTO
III° CONGRESSO AIOCC

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: UN APPROCCIO VINCENTE
III° CONGRESSO AIOCC

NUTRIZIONE PER UNA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA

Giovedì 28 Maggio 2009

VALUTAZIONE E PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA
III° CONGRESSO AIOCC

AMBIENT ASSISTED LIVING

ACCOGLIENZA IN CASA DI RIPOSO - III° CONGRESSO AIOCC

LA CRITICITÀ ASSISTENZIALE PER LA PERSONA ANZIANA

LA CURA CENTRATA SULLA PERSONA e il DEMENTIA CARE MAPPING

LA FORMAZIONE NELLE STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI

MASTER PER COORDINATORI DI SERVIZI ALLA PERSONA



Per informazioni ed iscrizioni:

PROGETTO MEETING - Via De' Mattuiani, 4 - 40124 Bologna Tel. 051 585792 - Fax. 051 3396122 - info@progettomeeting.it

Per il programma completo dei Corsi e Convegni di PTE Expo 2009:

www.finmark-congress.it

ECOLAB®

MAGIG SOFT & FRESH

La morbidezza dei tessuti e la profumazione della biancheria sono elementi fondamentali per assicurare ai clienti un'esperienza positiva, siano essi gli ospiti di un hotel o i degenti di una struttura sanitaria.

I laboratori di Ricerca & Sviluppo di Ecolab hanno brevettato un nuovo ammorbidente solido per essiccatoi in grado di garantire straordinari risultati di finissaggio: Magic Soft & Fresh.

L'innovazione applicativa (posizionamento su un apposito supporto collocato all'interno dell'essiccatoio) e le caratteristiche fisico-chimiche fanno di tale prodotto un sistema rivoluzionario che garantisce il superamento dei limiti di un tradizionale sistema di lavaggio ad acqua.

Infatti, i normali ammorbidenti liquidi impiegati nella fase di risciacquo offrono ottime performance di morbidezza ma comportano inevitabilmente una perdita di profumazione nella

fase di risciacquo su tutta la biancheria.

Al contrario, Magic Soft & Fresh, applicato all'interno dell'essiccatoio tramite un apposito supporto di semplicissima installazione, rilascia una fresca e duratura profumazione che rimane sui tessuti anche dopo le operazioni di stiro.

Il calore dell'essiccatoio ed il contatto diretto dei tessuti con l'ammorbidente solido assicurano una profumazione eccellente ed un'ottima azione antistatica.

Massima attenzione anche alla sicurezza dal momento che Magic Soft & Fresh è corredato da certificato dermatologico ed ecologico.

In sintesi, anche per Magic Soft & Fresh vengono perseguiti i 3 obiettivi alla base di ogni prodotto o sistema Ecolab:

- Pulizia, grazie ad una fresca e persistente profumazione su tutti i tessuti
- Sicurezza, garantita dalla certificazione dermatologica ed ecologica
- Efficienza, basata su un'incredibile facilità di utilizzo ed un notevole risparmio di tempo.

www.ecolab.com

TOPCLINICA 2009: ATTREZZATURE MEDICHE E SOLUZIONI IN MOSTRA

Sin dal suo debutto, il concetto di TopClinica – indirizzata ai responsabili delle decisioni del „sistema clinica“ ed estesa sia alle funzioni che al settore specialistico – ha accolto il favore di espositori e operatori ottenendo conferma su larga scala.



Nel programma congressuale di tre giorni i blocchi tematici importanti saranno costituiti da diagnostica e terapia che hanno visto aprirsi nuove prospettive grazie al progresso compiuto dai sistemi in grado di fornire un quadro clinico. Al Congresso di TopClinica alcuni esperti provenienti dalla Germania e dai vicini stati europei mostreranno il procedimento di osservazione delle zone del cervello deputate al pensiero; rappresenteranno il cuore in 3D in tempo reale e il modo in cui individuare cellule cancerose nascoste. Il secondo punto forte del Congresso verterà interamente sulle tecnologie supportate dal computer: gli specialisti illustreranno il modo in cui la moderna tecnica per immagini rende possibili interventi terapeutici senza o quasi senza l'uso del bisturi; il modo in cui i sistemi di navigazione guidati dall'immagine consentono la pianificazione esatta e l'esecuzione quasi priva di rischi di operazioni fra le più difficili; in ultimo il modo in cui in futuro le neuroprotesi potranno far riacquistare l'udito ai sordi, la vista ai ciechi e il movimento ai paralitici. I partecipanti al congresso verranno informati dello sviluppo di farmaci sempre più intelligenti e personalizzati atti a curare persone affette da cancro, malattie cardiache e disturbi del metabolismo oltre a debellare depressione, Alzheimer e Parkinson.

TopClinica, Fiera e congresso specializzati in attrezzature mediche e soluzioni, avrà luogo dal 24 al 26 giugno 2009 nella nuova Fiera di Stoccarda.

www.topclinica.de



COVERTIK: IL DISPENSER COPRICALZARI AUTOMATICO

La Martik Srl ha ideato un distributore automatico e portatile di calzari in acciaio inox Aisi 304 che permette in pochi secondi di inserire i copricalzari per accedere in locali a contaminazione controllata.

Il suo alto livello di praticità ed economicità lo rende ideale per vari settori d'utilizzo: ospedali, laboratori a contaminazione controllata, camere bianche, sale informatizzate, industrie alimentari ecc.

Il suo funzionamento è facile: basta

inserire il piede nell'apposito vano, fare una leggera pressione sull'appoggio centrale e la calzatura verrà avvolta dal copricalzari. Inoltre, il dispenser è munito di un appoggio ergonomico per facilitare l'utilizzo dell'attrezzatura. Con la fornitura di Covertik viene dato un kit di scorta da sostituirlo all'esaurimento dei copricalzari in modo di avere sempre il dispenser pronto. I calzari possono essere in polietilene oppure in materiale "tessuto non tessuto" per far respirare il piede e vengono forniti in confezioni da 100 pezzi. L'attrezzatura occupa minimi ingombri ed è facilmente rimovibile da un reparto all'altro.

www.martik.it

HS66 TURBO: ALTA VELOCITÀ UGUALE COSTI RIDOTTI

Getinge è riuscita finalmente a coniugare due termini che spesso non vanno d'accordo tra di loro: la velocità con il risparmio delle risorse. La nuova produzione Getinge di autoclavi turbo rappresenta lo stato dell'arte nella progettazione e nella produzione di sistemi per la sterilizzazione a vapore saturo. Le autoclavi di sterilizzazione della serie HS66 turbo sono così veloci che permettono di risparmiare fino al 35% del vostro tempo senza incidere sui costi finali,

e, aggiungendo il sistema ECO system, di tagliare drasticamente anche il vostro bisogno di acqua fino al 75% per ottenere il prodotto finito: il tutto rispettando sempre gli standard e le altre normative attualmente in vigore. Il design e le soluzioni innovative della nuova autoclave Getinge HS66 turbo sono studiate per incontrare le esigenze dei clienti:

L'installazione non necessita di particolari accorgimenti e pertanto non incide sui costi di preparazione degli ambienti di lavoro.

Gli ingombri risultano estremamente

contenuti secondo lo standard della produzione Getinge e vi permettono l'installazione anche in ambienti particolarmente angusti.

Gli accorgimenti meccanici e software applicati, consentono interventi di manutenzione semplificati con il solo risultato finale di risparmiare il vostro prezioso tempo ed aumentare la produttività.

Il pannello di comando Touch Screen a colori semplifica le vostre operazioni e vi permette il rapido controllo di tutte le funzioni della macchina.

I Sensori di pressione dedicati, oltre ai sistemi di sicurezza imposti dalle attuali normative, permettono l'apertura delle porte in assoluta sicurezza.

Per quanto sopra esposto la HS66 turbo risulta la prima scelta per tutti quegli enti che vogliono unire la produttività con il risparmio garantendo nello stesso tempo agli operatori confort insieme alla certezza del risultato finale.

info@getinge.it

www.getinge.com



Carrello di pulizia

EQUIPE DES

- La vasca Des
- Il dosaggio dei liquidi in modo individuale
- Il grado di umidità ottimale

VERMOP Italia S.r.l.

Via Idiomi 3 / 19, I - 20090 Assago

Tel. +39 02 4570 6093

www.vermop.com

SALMON-GROUP



VERMOP[®]
PROFESSIONAL CLEANING SYSTEMS



PORTE OSPEDALIERE PONZI PER FILTRI INTERNI

Il nuovo ospedale si presenta efficiente, tecnologicamente avanzato e con le prestazioni di sicurezza necessarie al buon funzionamento di una struttura contemporanea. Particolare attenzione è stata posta ai requisiti di comfort per rendere gli ambienti accoglienti e rispettosi delle esigenze degli utenti. Sempre più strutture ospedaliere, pubbliche e private, scelgono per i propri ingressi l'azienda Ponzi che vanta un'esperienza consolidata e una vasta gamma di porte automatiche ad alte prestazioni. Gli ingressi automatici Ponzi privilegiano il tema dell'accoglienza e della sicurezza interna, esercitando un'azione di filtro, selezione, controllo adeguato agli standard europei e, migliorando la funzionalità interna del lay out.

Per la compartimentazione interna degli ambienti, ingresso reparti e filtri pre-operatori, sono adottate porte Ponzi scorrevoli lineari ad alto isolamento termo-acustico, oppure quando si intenda sfruttare al massimo la luce netta del vano, si adotta la porta pieghevole automatica Ponzi FTATOS, la soluzione ad ingressi collocati in varchi ristretti e privi di spazi laterali. Essa agevola il traffico di persone e di barelle e mette in sicurezza gli utenti grazie al sistema antipanico. E' basilare l'uso di questo sistema nella prevenzione delle infezioni nei reparti di rianimazione e per il blocco operatorio in quanto l'ufficio progettazione della Ponzi la propone in una diversa tipologia, con le ante in laminati plastici PHL. Essa risolve perfettamente problemi di asepsi, igiene e resiste alla pulizia da disinfettanti. Nelle strutture ospedaliere gli ingressi automatici Ponzi rendono gli ambienti sicuri e gradevoli.

www.ponzi-in.it

www.ponzi-in.it



DIRIGERE I DISTRETTI SANITARI

Il programma di formazione organizzato da SDA Bocconi School of Management "Dirigere i Distretti Sanitari" si pone l'obiettivo di presentare e discutere le funzioni aziendali di governo delle attività territoriali: programmazione e controllo e organizzazione dei distretti, monitoraggio dell'attività dei medici di medicina generale, programmazione dell'assistenza domiciliare integrata. La finalità del programma viene raggiunta attraverso la presentazione di casi, modelli e temi di discussione e il supporto delle testimonianze di responsabili aziendali. *Dirigere i Distretti Sanitari* è rivolto a quanti sono interessati a ricoprire posizioni di direzione distrettuale e intendono perfezionare le conoscenze sui moderni metodi di gestione del Distretto, acquisire le competenze e sviluppare le attitudini nella conduzione dei gruppi di operatori sanitari. In particolare, il programma è rivolto a direttori e dirigenti di distretto, responsabili U.O. assistenza sanitaria di base, responsabili U.O. territoriali in genere, responsabili di dipartimenti territoriali, responsabili controllo di gestione, responsabili uffici di staff e sviluppo organizzativo, medici e specialisti di medicina convenzionata.

Dirigere i Distretti Sanitari ha la durata di sei giorni suddivisi in due moduli:

- I MODULO: 25 - 27 marzo 2009
- II MODULO: 6 - 8 maggio 2009

I temi trattati sono numerosi e articolati:

analisi dei bisogni e strumenti di programmazione e controllo delle attività distrettuali

- programmazione e gestione di servizi di presa in carico
- governo clinico, PDTA e disease management
- governo del territorio: benchmark tra aziende italiane sul livello di costi, attività e appropriatezza dei servizi territoriali
- accordi aziendali e strumenti di budget per la Medicina Generale
- organizzazione e gestione dei servizi socio-sanitari

SICUREZZA, FUNZIONALITÀ E DESIGN: L'IMPERATIVO DI SNELL HABITAT

L'esperienza della Snell Habitat, la sensibilità di cogliere l'esigenza di un costante aggiornamento che tenga il passo con l'innovazione, la qualità rivolta alla massima attenzione nel campo sanitario, alimenta l'entusiasmo a continuare la sfida di un settore in continua evoluzione. Questo è l'impegno che l'azienda Snell Habitat quotidianamente pone nell'ospedalizzazione dei suoi prodotti, votati alla sicurezza, al benessere, alla fruibilità, all'aspetto estetico, alla gestione, al contenimento dei costi, rispettando rigorosamente le normative vigenti.

Concetti che hanno permesso di raggiungere in tempi brevi, la fiducia e la stima da parte della clientela.

La gamma dei prodotti offerti oggi da Snell Habitat è in grado di coprire le esigenze delle più moderne strutture sanitarie.

Dalle camere di degenza, ai locali farmacia, dalle neonatologie ai

locali accettazione e triage, fino alle attività di alta specialistica, ogni settore ospedaliero è supportato da Snell Habitat con prodotti adeguati e consulenza personalizzata, grazie a competenze tecniche maturate con importanti realtà italiane ed estere.

Snell Habitat, inoltre, copre con la propria produzione anche il comparto dell'arredo per case di riposo e residenza socio-sanitarie nonché tutto il brand asili nido e scuole materne con arredi dedicati.

info@snellhabitat.com

www.snellhabitat.com



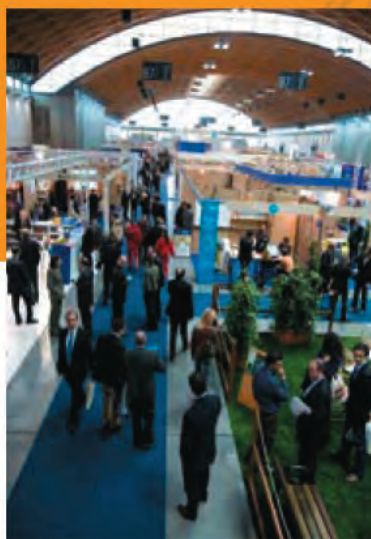
Euro P.A.

SALONE DELLE AUTONOMIE LOCALI

**Prodotti, tecnologie e servizi
per la Pubblica Amministrazione**

**1-3 aprile 2009
Fiera di Rimini - Ingresso Ovest**

Ingresso gratuito



**Le Associazioni che collaborano
con Sociale & Sanità:**

- › FIASO - Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere
- › FARE - Federazione delle Associazioni Regionali degli Economisti e Proveditori della Sanità
- › SIAIS - Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità
- › ANOSS - Associazione Nazionale Operatori Sociali e Sociosanitari
- › ANSDIPP - Associazione Nazionale dei Managers del Sociale
- › ASSNAS - Associazione Nazionale Assistenti Sociali
- › SUNAS - Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali

Mostra convegno per i decisori delle politiche sociali e sanitarie

La mostra espositiva di **Sociale&Sanità** riunisce, nell'ambito di EuroP.A., le aziende dei settori merceologici collegati alle tematiche sociali e sanitarie ed ospita i progetti e le esperienze sviluppate dalle Amministrazioni Pubbliche e dalle Cooperative al servizio della collettività.

Sociale&Sanità presenta inoltre un programma convegnistico interamente dedicato alla promozione e allo sviluppo dei servizi alla persona e della sanità.

Un momento unico di approfondimento, programmazione e congiunzione tra le esperienze pubbliche e private.

**Iscriviti a "EuroP.A. News" per essere
aggiornato in tempo reale sul Programma Convegni**

www.euro-pa.it



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



Torino

Presentazione del 35° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.

Voci diverse si accavallano negli ultimi tempi relativamente al futuro del Servizio Sanitario Nazionale. D'altronde il futuro è l'unica cosa che possiamo progettare e costruire. In Sanità, al di là delle ipotesi che circolano, le opportunità ci sono e sono ben chiare.

Occorre cortocircuitare e fare dialogare industria, servizio pubblico e organismi governativi, strutture e organizzazioni sanitarie pubbliche e private, al fine di perseguire politiche per la salute che abbiano come obiettivo la qualità, la riduzione delle disuguaglianze e la ricerca di modelli di sistema per l'assistenza sanitaria in grado di realizzare i principi di solidarietà, equità e accessibilità che devono essere garantiti in modo prioritario.

La ricerca e l'innovazione costituiscono le direttrici lungo le quali devono evolvere le conoscenze in Sanità per garantire lo sviluppo sostenibile del Servizio Sanitario Nazionale. Nell'ambito di questa sfida complessa i medici di Direzione Sanitaria devono essere in grado di gestire il futuro. Per farlo devono continuare ad aggiornare le loro competenze, avere un progetto condiviso, avere un'idea precisa del proprio ruolo, percorrere la strada della qualità, essere capaci di gestire la complessità ed essere disponibili al confronto, con l'ambizione di esportare il proprio modello e la propria professionalità consolidati di Direzione Sanitaria italiana in ambito europeo e mondiale.

Il Presidente Nazionale e La Segreteria Scientifica A.N.M.D.O.



specialisti nel settore ospedaliero e residenze per anziani

staff di biologi e tecnici
laboratorio di microbiologia
sicurezza igienica ambienti e alimenti
formazione specifica a progetto



MAGRIS
GROUP

TECNOLOGIE & SERVIZI PROFESSIONALI PER L'IGIENE
• INDUSTRIE • IMPRESE • ENTI • COMUNITÀ

SEDE:

Seriante (Bg)

showroom
self-service professionale
uffici - centro formazione
centro assistenza
piattaforma logistica

Sede Legale ed Amm.:
Via Pastrengo, sn - 24068 SERIATE (BG)
Tel. 035 4525911 (15 linee r.a.)
Fax commerciale 035 4525 -947 /acquisti -948 /amministrazione -949
info@magrisplanet.it

TRENTINO ALTO ADIGE

Bolzano

showroom
self-service professionale
uffici - centro formazione
centro assistenza
piattaforma logistica
Via dell'Adige, 5
39040 CORTACCIA (BZ)
Tel. 0471 912837
Fax 0471 201182

EMILIA ROMAGNA

Ferrara

showroom
self-service professionale
uffici - centro formazione
centro assistenza
piattaforma logistica
Via del Commercio, 65/67
44100 FERRARA
Tel. 0532 464712
Fax 0532 462799

UMBRIA

Perugia

showroom
self-service professionale
punto vendita specialistico
laboratorio chimico
uffici - centro formazione
centro assistenza
piattaforma logistica
Via Settevalli 135
06129 PERUGIA
Tel. 075 505951 /5834048
Fax 075 5054344 /5834012

VENETO

Venezia

showroom
self-service professionale
uffici - centro formazione
centro assistenza
piattaforma logistica
Via Venier, 17 d/f
30020 MARCON (VE)
Tel. 041 4567370
Fax 041 5959609

TOSCANA

Pistoia

uffici - centro assistenza
piattaforma logistica
Via Enrico Fermi, 13
51010 MASSA E COZZILE (PT)
Tel. 0573 994433
Fax 0572 386059

LOMBARDIA

Milano

showroom
uffici - centro assistenza
piattaforma logistica
c/o Centro Commerciale
IL GIRASOLE - PAD. 15/07
20084 LACCHIARELLA (MI)
Tel. 02 39292086
Fax 02 39292087

LAZIO

Roma

uffici - centro assistenza
piattaforma logistica
Via dei Castelli Romani, 81
00040 POMEZIA (RM)

MAGRIS GROUP * www.magrisplanet.it

L'innovazione che
dà sicurezza.



UP-DF750

SONY

Stampanti per mammografia estremamente affidabili.

Nel settore medicale, la qualità è fondamentale. Qualità nella diagnosi, qualità nei trattamenti e qualità delle apparecchiature. Sony ti offre la massima qualità nelle stampanti per mammografia. Da sempre fra i pionieri nello sviluppo tecnologico, Sony ha creato la prima stampante termica per il settore medicale nel 1987. Oggi, la stampante per mammografia multi-formato UP-DF750 ad alta risoluzione offre la qualità e la velocità di cui hanno bisogno personale medico e pazienti.



Le stampanti radiologiche sono disponibili presso:

FO.RA. Spa, Via A.B. Nobel, 11/A, 43100 - Parma. Tel. 0521-398011

Blesse Medica Srl, Via Inzago 48, 00135 - Roma. Tel. 06-309090

Bollino Srl, Via Delle Industrie 31, 80124 - Napoli. Tel. 081-5593453

www.sonybiz.net/healthcare