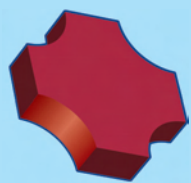


L'OSPEDALE

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

DCOOS3399
NAZ/185/2008

Posteitaliane

N° 3/11

Relazione annuale
del Presidente Nazionale
A.N.M.D.O.

Alla ricerca del dubbio
perduto

La "bellezza" di lavorare
in sanità

Costruire l'architettura
aziendale della sicurezza
e gestione del rischio

Il Capitolato Tipo si rinnova.
Quale Capitolato Tipo
per il futuro.

La Medicina Nucleare:
attualità e prospettive

"Ciogorì*, il gran monte"

Poster

La profilassi della malattia
tromboembolica: valutazione
dell'aderenza alle Linee
di Indirizzo Aziendali
per la Prevenzione
delle Complicanze
TromboEmboliche
nell'Azienda Ospedaliero –
Universitaria di Bologna

ORIZZONTI



EDICOM

info@gsanews.it • www.gsanews.it



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 64 - Numero 3 - luglio-settembre 2011

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. 5.000 copie

Diffusione media: N. 4.813 copie

Certificato CSST N.2010-2085 del 31 Gennaio 2011

Società di Revisione: METODO

Tiratura del presente numero: 5.000 copie

associato a:

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

CSST CERTIFICAZIONE
STAMPA SPECIALIZZATA
E TECNICA

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



In copertina:
Ospedale centrale
di Bolzano

Relazione annuale del Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

Gianfranco Finzi

8

Alla ricerca del dubbio perduto

Ugo Luigi Aparo, Andrea Aparo

12

La "bellezza" di lavorare in sanità

Cesare Catananti

18

Costruire l'architettura aziendale della sicurezza e gestione del rischio

Ermes Carlini

24

Il Capitolato Tipo si rinnova. Quale Capitolato Tipo per il futuro

Gianni De Togni

32

La Medicina Nucleare: attualità e prospettive

Stefano Fanti, Ilaria Grassi, Paola Caroli

38

"Ciogorì*, il gran monte"

Alberto Appicciafuoco

42

Poster 37° Congresso Nazionale ANMDO

48

La profilassi della malattia tromboembolica: valutazione dell'aderenza alle Linee di Indirizzo Aziendali per la Prevenzione delle Complicanze TromboEmboliche nell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Tagliioni Martina, Pieri Giulia, Palareti Gualtiero

64

ORIZZONTI

72

Relazione annuale del Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

Gianfranco Finzi

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

Ancora una volta è tempo di bilanci e riflessioni. Si chiude un quadriennio di crescita dell'associazione dal punto di vista scientifico e professionale e ciò mi porta ad esaminare quanto nel 2007 il direttivo nazionale, la segreteria scientifica e sindacale ed il sottoscritto avevamo proposto di attuare. Il Programma che vi era stato presentato è possibile sintetizzarlo nei seguenti punti:

- potenziamento del rapporto con le Istituzioni nazionali e regionali e con le forze politiche rappresentative del Paese;
- rinforzo del ruolo sindacale considerato come tutela della professionalità e dei legittimi interessi della categoria;
- riaffermazione del ruolo scientifico e ulteriore impegno nella promozione dello sviluppo della ricerca in tutti gli aspetti concernenti la professione;
- promozione dell'immagine della categoria con tutte le iniziative volte a riaffermare il ruolo fondamentale e insostituibile della Direzione Sanitaria sia a livello aziendale che di presidio;
- riaffermazione della centralità della Direzione Sanitaria e dei suoi medici in tutte le funzioni di governo tecnico sanitario delle strutture ospedaliere e territoriali;
- impegno per la formazione di base, specialistica e post specialistica;
- adozione di una forte iniziativa associativa nei confronti dei giovani;
- rafforzamento del rapporto interassociativo nella prospettiva di creare una rete di associazioni nella Sanità

pubblica rivolta al coordinamento e all'integrazione dei principali momenti operativi;

- realizzazione di forti e crescenti rapporti internazionali, in particolare con i Paesi dell'Unione Europea.

Esaminando il programma di lavoro che avevamo proposto posso con serenità affermare che gli obiettivi che nel 2007 ci eravamo prefissati sono stati in gran parte raggiunti. Dal punto di vista dei rapporti istituzionali, l'impegno dell'ANMDO è stato pienamente rispettato attraverso una partecipazione attiva al dibattito istituzionale, contribuendo sia a concretizzare il "passato" che a rappresentare un punto di riferimento fondamentale per la costruzione della Sanità del "futuro".

Tutto si conferma con:

- la partecipazione ai dibattiti e alle discussioni congressuali di esponenti politici nazionali tra i quali ricordo il senatore Daniele Bosone, Raffaele Calabrò, Michele Saccomanno, e Benedetto Della Vedova.
- le audizioni in Senato per il parere dell'Associazione sui Disegni di Legge quali il Biotestamento, i principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale e le Disposizioni in materia di assicurazione per la responsabilità civile delle aziende sanitarie e l'attività libero professionale intramuraria e l'esclusività del rapporto di lavoro.
- l'attività di relazioni pubbliche avviate

e mantenute dal sottoscritto e con il valido supporto del prof. Aparo con le istituzioni (Camera e Senato) e con singoli esponenti politici.

Dal punto di vista sindacale al fine di mantenere la nostra autonomia e al contempo garantire la rappresentatività sindacale, l'attività portata avanti nell'ultimo quadriennio è stata caratterizzata da importanti e storici mutamenti di alleanze che hanno portato all'accordo siglato il 18 maggio 2008 tra ANMDO ed ANPO. L'accordo con l'ANPO- ASCOTI- FIALS- MEDICI ha rappresentato un'intesa di valenza strategica, che ha portato a riaffermare i valori di autonomia della nostra professione nelle sue fondamentali espressioni: igienistica e organizzativa. Le basi dell'intesa strategica tra ANMDO e ANPO è stata diretta al rilancio del ruolo delle direzioni tecnico-professionali e all'assunzione di un maggior peso nell'equilibrio con le direzioni politiche. L'impegno alla divulgazione delle attività sindacali è testimoniato tra l'altro da:

- la partecipazione dell'ANMDO il 9 Giugno 2010 al Convegno sul Contratto Nazionale di lavoro organizzato dal Presidente Nazionale dell'ANPO ASCOTI FIALS MEDICI, Prof. Raffaele Perrone Donnorso, al fine di commentare il nuovo contratto, innovativo per numerosi aspetti normativi (procedimenti disciplinari, assicurazione ed altro).
- il seminario di studio "Relazioni sindacali e rapporto di lavoro della dirigenza medica alla luce del Dlgs 150/2009 e della legge 122/2010" che si è svolto a Bologna il 15 gennaio 2011 e che ha avuto come relatori la Dr.ssa Marta Branca (Direttore



Amministrativo dell'Azienda Ospedaliera S. Filippo Neri di Roma e già negoziatore per l'ARAN) e dal dr. Antonio Carbone (direttore Medico di Presidio Ospedale S. Paolo di Civitavecchia ASL RMF – Componente Segreteria Sindacale Nazionale); seminario che è stato organizzato al fine di approfondire con i rappresentanti sindacali Regionali i riflessi di questi decreti.

Nel corso degli ultimi quattro anni la promozione e la migliore formazione tecnica e culturale sono state garantite attraverso, manifestazioni intellettuali specifiche e scambi culturali con associazioni estere che hanno i nostri stessi scopi sociali. Un esempio è l'accordo siglato il 19 dicembre 2009 a Parigi con l'ADH attraverso la partecipazione attiva ai rispettivi Congressi Nazionali e contribuendo reciprocamente ad arricchire con articoli originali le rispettive riviste delle due Associazioni L'Ospedale e JADH (Journal de l'Association des directeurs d'Hopital).

Il 23 dicembre 2010 è stato ufficializzato l'ingresso nell'EAHM- European Association Hospital Managers dell'ANMDO. Oggi posso dire con orgoglio che l'ANMDO è entrata ufficialmente in Europa!

L'impegno dell'associazione a rivestire un ruolo sempre più alto a livello europeo è testimoniato dalle nomine assegnate al sottoscritto e al Prof. Aparo,

rispettivamente come componente del Board Editoriale e vicepresidente del Comitato Scientifico ed alla cooptazione di entrambi nel Comitato Esecutivo della EAHM. Negli incontri tenutisi a Bruxelles l'ANMDO è stata quindi invitata a giocare un ruolo importante nella realizzazione di profonde riflessioni sulle strategie gestionali e organizzative e sull'etica manageriale, promuovendo la competenza professionale e rimarcando quanto sia importante confrontarsi a livello europeo al fine di ricercare soluzioni comuni alle grandi problematiche che devono essere affrontate nell'ambito dei servizi sanitari nazionali. La nostra associazione assume una visibilità mai avuta a livello internazionale.

Parimenti sono state sviluppate iniziative culturali ed accordi di collaborazione con associazioni vicine per interessi culturali ed attività quali la Società Italiana Di Igiene Medicina Preventiva e sanità pubblica (S.It.I.), la Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità (S.I.A.I.S.) e la Federazione delle Associazioni Regionali degli Economi e Provveditori della Sanità (FARE), creando così le basi per gli approcci multi-professionali e team multidisciplinari delle varie problematiche di interesse comune.

Da sempre l'ANMDO è impegnata nella ricerca, nell'innovazione e nella divulgazione della "Best Practice" attraverso

gruppi di lavoro dedicati alla realizzazione di ambiziosi progetti che hanno portato alla pubblicazione di linee guida quali:

- "Il governo etico";
- "Linee Guida per l'accreditamento delle centrali di sterilizzazione";
- "Linee Guida per il corretto utilizzo degli antisettici-disinfettanti";
- "Linee guida per la gestione delle operazioni di pulizia e sanificazione nelle strutture ospedaliere";
- "Linee guida all'accreditamento volontario dei fornitori di servizi di pulizia e sanificazione ospedaliera";
- "Le acque in ambito sanitario: caratteristiche, usi, problematiche e indicazioni sulle metodologie di controllo".

Un altro lavoro che ha visto la sua conclusione proprio in questi ultimi giorni e che sarà oggetto del seminario "Il Capitolato tipo si rinnova" che si svolgerà il 9 Giugno è la realizzazione del "Capitolato Tecnico d'appalto dei servizi di sanificazione ambientale in Sanità." Infatti nel settembre 2010 abbiamo dato il via ai lavori di un gruppo di studio interdisciplinare il cui obiettivo era quello di elaborare un nuovo capitolato funzionale dei servizi di igiene ambientale in sanità. A tal scopo è stato costituito un gruppo di studio composto da professionisti appartenenti ad aziende del settore e ad associazioni nazionali rappresentative dei profili coinvolti nell'articolata filiera della gestione dei servizi alberghieri in Sanità. Un altro traguardo importante raggiunto all'inizio del 2011 è stato l'inserimento dell'ANMDO nell'albo Nazionale dei Provider di eventi formativi residenziali. La volontà di accrescere culturalmente la nostra professione, si è concretizzata attraverso lo sviluppo di progetti sperimentali che riguardano corsi di alta formazione che possano promuovere la qualità della nostra figura professionale.

Sono stati proposti momenti formativi qualificati e basati sull'esperienza pro-

fessionale “Experience Based Knowledge”.

L'Associazione ha già realizzato infatti la prima edizione del corso “Percorso di Management in Sanità”, un corso di alta formazione professionale dedicato ai ruoli di Alta Direzione e di Responsabilità strategica, gestionale e operativa delle aziende sanitarie, che affronta i temi della managerialità e della gestione complessa che sotto l'attenta e responsabile direzione del presidente della Regione Sicilia, dr. Rosario Cunsolo è iniziato a Catania il 19 Maggio u.s. Seguiranno in autunno le edizioni di Pavia, sotto la guida del nostro vicepresidente Prof. Gabriele Pelissero, di Pisa grazie alla guida del prof. Gaetano Privitera e chiuderemo con l'edizione di Napoli, in collaborazione con l'amico Prof. Italo Angelillo.

Nel 2009 è stato avviato un processo di elaborazione delle idee dei giovani colleghi attraverso la costituzione di una sezione denominata “ANMDO ÈLITE”, un progetto necessario al consolidamento della rete dei giovani dotati di spirito di iniziativa e di innovazione. Il Programma del prossimo quadriennio è incentrato sull'innovazione, perché, facendo sempre tesoro della nostra memoria storica, abbiamo il dovere di adeguare la nostra professionalità alle istanze di cambiamento che avanzano. Non per niente in questo congresso è stato lanciato il concorso “Il direttore Sanitario del 2025”.

Certamente dovrà essere rivisitata e ridisegnata la figura professionale del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Medico di Presidio.

Per i nostalgici e gli orfani del D.P.R. 128 sarebbe meraviglioso poter fare di nuovo affidamento su una legge mansionario, ma i tempi non lo consentono più, la politica stessa non lo consentirebbe.

E allora? E' necessario per prima cosa ridisegnare la formazione dei medici di Direzione Sanitaria.

L'innovazione che prongo sarà quindi basata:

1. Sulla comunicazione

Sentirsi parte di una organizzazione reale che propone riflessioni e promuove cultura della conoscenza, nonché realizzare una rete di connessione delle informazioni per offrire servizi di supporto per le problematiche dei professionisti.

Il rafforzamento delle attività di comunicazione prevede anche il consolidamento del rapporto con le Istituzioni nazionali e regionali, con le forze politiche ed imprenditoriali del Paese, in particolare con il Ministero della Salute, gli Assessorati alla Sanità delle Regioni e le Pubbliche Amministrazioni, l'incremento della diffusione delle opinioni ed idee su questioni che incidono sull'organizzazione sanitaria e di conseguenza sulla nostra professione. La Segreteria Sindacale si prefigge di informare continuamente tutti gli iscritti relativamente alle problematiche sindacali e alle innovazioni normative specifiche che interessano gli associati tramite l'aggiornamento del sito dell'ANMDO e la creazione di un'area dedicata a dare risposte ai quesiti degli iscritti.

2. Sull'attività Scientifica

Consolidare le attività di collaborazione con altre associazioni e società scientifiche, sviluppare le attività per la rivista l'Ospedale, attraverso la quale è necessario divulgare esempi di “Best Practices”.

Sarà inoltre compito della Presidenza e della Segreteria Scientifica avviare iniziative tese alla promozione di attività rivolte al mondo dell'Università e a quello dell'impresa. L'incentivazione di queste attività avrà l'obiettivo di coinvolgere tutti gli iscritti e di accrescere la formazione e la cultura professionale fornendo, pertanto, anche un servizio alle Aziende Sanitarie.

3. Sulla Tutela della professionalità: la promozione della cultura della competenza

La complessità del sistema sanitario pone con forza il problema dell'ade-

guata competenza professionale a garanzia del corretto funzionamento del servizio sanitario nazionale; non più una singola professione ma la valorizzazione di diverse competenze e diversi gradi di professionalità coordinati in aree tematiche organizzate.

4. Sull'attività di Formazione: proporre momenti formativi qualificati

L'Associazione ha già in corso infatti la realizzazione di un progetto per un corso di alta formazione specificamente preparato per i medici di direzione sanitaria, anche in collaborazione con le altre Associazioni e con le Università.

5. Sulle iniziative nei confronti dei giovani

Diffondere la nostra specifica cultura professionale incrementando il rapporto culturale fin dalla prima esperienza professionale dei giovani professionisti.

6. Sulla indignazione

Noi siamo profondamente irritati dal prevalere delle logiche politiche e dello spoil system sul valore della persona, nel senso più ampio del significato, e sul valore della professionalità.

La pratica con la quale le forze politiche al governo distribuiscono ai propri affiliati e simpatizzanti cariche professionali di rilievo deve cessare! Deve invece prevalere il merit system, in quanto la titolarità delle cariche sopra menzionate deve essere assegnata ad una valutazione oggettiva delle capacità del professionista senza tenere conto della sua appartenenza politica.

Vi chiedo quindi di contribuire alla crescita della nostra Associazione, attraverso l'impegno comune nel portare avanti il programma ANMDO così da reggere il passo con la dinamica evolutiva degli scenari economici, politici e sociali.

YES, WE CAN!!!!

Alla ricerca del dubbio perduto

Ugo Luigi Aparo* , Andrea Aparo**

*Direttore Sanitario Istituto Dermatologico dell'Immacolata-IRCCS Roma.

**Docente di Strategic Management, Sapienza Università di Roma

Henry Mintzberg, uno dei massimi esperti a livello mondiale di scienze gestionali, nel suo libro intitolato "Managing" del 2009 (1) ha affermato: "dopo anni di ricerca del Sacro Graal, è tempo di riconoscere che la gestione manageriale non è una scienza né una professione; è, invece, una pratica che si apprende innanzitutto tramite l'esperienza e che si radica in un contesto".

Non possiamo non essere d'accordo. E' un'affermazione che ben si adatta al medico di Direzione Sanitaria.

La gestione manageriale applica conoscenze scientifiche e il medico di Direzione Sanitaria deve usare tutta la conoscenza di cui può disporre. Deve possedere un insieme di competenze e strumenti di massimo livello e deve utilizzare processi di analisi che hanno le loro basi nel metodo scientifico. Tuttavia la componente scientifica della gestione manageriale efficace è limitata e dunque dipende ancora oggi in modo importante dall'arte, ovvero dal Techné; dunque servono anche abilità di tipo tecnico.

L'arte, mediante l'intuizione, porta alla comprensione e alla visione delle cose. La tecnica ha a che fare con l'apprendimento dall'esperienza, con il mettere a fuoco le cose procedendo lungo il cammino. Definirei questa abilità la serendipità del medico di Direzione Sanitaria. Il neologismo Serendipità, non molto usato nella

lingua italiana è, invece, molto diffuso nel mondo anglosassone.

Il termine *Serendipity* (2) è stato coniato nel 1754 dal letterato Horace Walpole e consiste nello scoprire una cosa non cercata e impreveduta mentre se ne sta cercando un'altra. Attenzione, non per caso o per fortuna. Le scoperte nascono poche volte dal caso e molte dall'osservazione e dalla sagacia. Non molti sanno, però, che Walpole estrasse il suo personalissimo principio in seguito alla lettura della novella dei "tre principi di Serendippo" di Cristoforo Armeno, pubblicata in lingua italiana a Venezia nel 1557 dall'editore Michele Tramezzino.

Serendippo deriva da Serendip, l'antico nome persiano di Sri Lanka.

Narra la storia che, anticamente, nel paese di Serendippo regnava il grande e potente re Graffer che aveva tre figli maschi coltissimi ma privi di esperienza. Decise pertanto che partissero per conoscere il mondo. Giunti nel paese del potente imperatore Bahram i tre principi s'imbattono in un cammelliere disperato per aver perso il suo animale. I tre, pur non avendo visto il cammello, per confortarlo, dicono al cammelliere di averlo incontrato e gli forniscono come prova tre elementi: il cammello perduto è cieco dall'occhio destro; gli mancano dei denti in bocca ed è zoppo. Il cammelliere, felice, va in cerca dell'animale ma, non avendolo

trovato, accusa il giorno successivo i tre principi di averlo ingannato. Per dimostrare di non aver mentito i tre aggiungono altri elementi: il cammello ha una soma, carica da un lato di miele e dall'altro di burro e porta in groppa una donna incinta. Di fronte a questi altri particolari il cammelliere si convince che i tre principi gli abbiano rubato il cammello e li accusa pubblicamente. I tre principi vengono imprigionati nelle segrete dell'imperatore Bahram. A questo punto vista la mala parata, per salvarsi, affermano di essersi inventato tutto al solo scopo di burlarsi del cammelliere. Ma gli elementi che hanno fornito li inchiodano e vengono condannati a morte perché ladri. Per loro fortuna il cammello viene però nel frattempo ritrovato e riconsegnato al legittimo proprietario.

Caduta l'accusa i tre principi vengono liberati ma, a questo punto, l'imperatore Bahram chiede loro di fornire un'adeguata spiegazione su come abbiano fatto a descrivere il cammello pur non avendolo mai visto. I tre rivelano che ogni particolare è stato immaginato grazie alla capacità di osservazione e alla sagacia. Che fosse cieco dall'occhio destro era dimostrato dal fatto che pur essendo l'erba migliore dal lato destro della strada fosse stata brucata solo quella del lato opposto, quella visibile dall'occhio buono dell'animale. Che fosse parzialmente sdentato era dimostrato dall'erba mal tagliata. Che fosse zoppo lo rivelavano le impronte. Sulla spiegazione del carico i tre affermano di aver dedotto che il cammello portasse da un lato del miele e dall'altro del burro dal fatto


PAROLE CHIAVE:

dubbio, serendipità, Direzione Sanitaria

che lungo la strada si accalcassero da un lato le formiche (amanti del grasso) e dall'altro le mosche (amanti del miele) e che portasse una donna incinta dal fatto che, durante una sosta il passeggero si era fermato a urinare al lato della strada e che l'urina, odorata da uno dei tre principi per curiosità, gli aveva procurato, come racconta Cristoforo Armeno, una "concupiscenza carnale" che può venire solo dall'urina di una donna. Infine, la donna doveva essere gravida perché poco innanzi alle orme dei piedi c'erano quelle delle mani, usate dalla donna per rialzarsi a fatica a causa del peso del corpo.

Le spiegazioni dei tre principi stupirono a tal punto l'imperatore Bahram da indurlo a nominarli suoi consiglieri personali.

Nonaka Ikujiro, noto per lo strumento manageriale "knowledge management" (3) ha fatto notare che il concetto di serendipità nell'area dell'innovazione è altamente riconosciuto dai managers e dalle imprese giapponesi che lo collegano alla capacità di "intercettare le riflessioni, intuizioni, impressioni personali dei singoli lavoratori e metterle al servizio dell'intera società, provandone l'efficacia nel contesto dell'impresa." Capacità che è propria dei medici di Direzione Sanitaria.

Per inciso qualche piccolo esempio di serendipità, di capacità di giungere a risultati innovativi cogliendo l'idea:

1. la scoperta dell'America da parte di Cristoforo Colombo se è vero che era partito per cercare le Indie;
2. la penicillina da parte di Fleming a causa dell'errata disinfezione di una provetta;

3. gli effetti psichedelici dell'LSD da parte di Hoffman al quale era caduta per caso una goccia sulla mano.

Di serendipità negli ultimi anni se n'è vista poca. Molto poca. Si è data molta più attenzione agli obiettivi che non alle idee nella miope, sciocca, convinzione che porsi un obiettivo ambizioso sviluppi forze e capacità nascoste. Invece si è causato un danno ben più grave: si è lasciato atrofizzare il muscolo delle idee, strettamente legato a quello della curiosità. La crisi sociale, economica, etica e persino emotiva che si sta vivendo è cresciuta nell'epoca del "vivere per obiettivi". L'obiettivo di "fare profitto", di ampliare le quote di mercato, di battere la concorrenza, di trovare il lavoro, di trovare il partner ideale, di essere autonomi, ricchi e felici. Già. Persino la felicità ci è stata dipinta come un "obiettivo": imponenti di essere felice in 30 giorni, raccontandoti belle cose allo specchio e impegnandoti a più non posso a sorridere alla vita, a costo di farti una plastica facciale... La felicità invece, come tutto il resto, la si costruisce e non è detto che sia della qualità e del tipo che avremmo potuto prefiggerci con un obiettivo. Viva la serendipità. In un articolo (4) pubblicato sul corriere della Sera Vincenzo Mazzaferro dell'Istituto nazionale Tumori di Milano scrive: "un modo di affrontare i problemi complessi è quello di spacchettarli in tanti sotto-problemi. Succede anche in medicina dove ogni problema, anche se semplice nell'apparenza è, in realtà, quasi sempre complesso. Il mal di testa,

il raffreddore o la pesantezza di stomaco, che pure appaiono semplici problemi, potrebbero non esserlo: sintomi banali possono nascondere complessità nascoste da indagare, caso per caso, a seconda della persona e della sua storia. Il procedimento di spacchettamento medico, cioè di semplificazione della complessità, trova la sua espressione più sofisticata nei protocolli e nelle linee-guida che, sorta di navigatori satellitari, sono in grado di guidare il medico nell'intricata mappa della vita del paziente fino all'obiettivo della cura giusta e della guarigione. Protocolli e linee-guida sono stati una grande conquista della medicina perché hanno contribuito a razionalizzare il lavoro e le risorse, riducendo sprechi ed errori e contribuendo a una maggior trasparenza con i pazienti. Attenzione però. Lo spacchettamento di diagnosi e cure nasconde qualche rischio come, ad esempio, l'irrigidimento dei comportamenti medici. Ancora più forte del rischio burocratico appare il possibile inaridimento intellettuale del medico, non più spinto allo studio, all'aggiornamento e all'indagine su ciò che osserva e su ciò che ascolta dal proprio paziente ma teso solo alla ripetitiva applicazione di una procedura perdendo visione dell'interesse e della complessità del tutto. Ciò che il mondo invece ricerca, non solo in medicina, è la capacità di sintesi, l'intuizione, lo spunto vincente, la proposta innovativa."

Come vedete sempre di serendipità stiamo parlando.

Alcune parole sono colorate e ancora prima di conoscerne il significato evocano profumi e sensazioni. Serendipità parla di oriente, di mille e una notte, di intimo lavoro della mente fra colori, sensazioni, odori, suoni. Il significato della parola non tradisce le sensazioni perché indica proprio una disposizione mentale aperta all'osservazione, alle sensazioni, alla sensibilissima percezione

che nel proprio fare quotidiano sia annidato un mucchio di opportunità e bellezza che tralasciamo. Attenzione: non mi riferisco alla bellezza di ciò che ci circonda quotidianamente, che già c'è, o quella che dobbiamo sforzarci di intravedere laddove non ci viene proprio di coglierla. E' una bellezza che sgorga dal "fare" una specie di prodotto di combustione del lavoro che può diventare più prezioso dell'obiettivo a cui quel lavoro è sottoposto.

Serendipità non è abbandonarsi al caso, al destino, diventare fatalisti. Se si rimane a casa ad aspettarsi magie da cogliere e da trasformare in realtà è prevedibile che nulla accada. E' necessario imboccare una strada e la via da seguire può essere dettata da una visione. Non un obiettivo ma una visione, un insieme di ambizioni che nascono dal nostro sognare come vorremmo essere, per chi e per cosa.

Troppi nostri colleghi non ci credono più e passano il tempo a piangersi addosso. Non è un atteggiamento da medici di Direzione Sanitaria. Vediamo di reagire e rimbocchiamoci le maniche. La serendipità deve aiutarci a valutare serenamente, per poi cogliere le visioni per farle diventare parte del nostro patrimonio di cose conosciute e vissute.

Nella pratica del management ben poco è stato codificato in modo affidabile per non parlare di un accertamento della sua efficacia.

In virtù delle loro conoscenze codificate l'ingegneria e la medicina devono essere apprese formalmente. Nel management non è così. Pochi di noi si fiderebbero di un ingegnere o di un medico che agiscono intuitivamente o che non abbiano una formazione regolare. Invece ci fidiamo di ogni sorta di manager, anche di chi non ha seguito nemmeno una lezione di management. A dire la verità, nutriamo forti sospetti su tanti che hanno seguito lezioni di

management per anni. Ciò che abbiamo a disposizione per la gestione manageriale è una grande quantità di conoscenza tacita. Tacita significa che non vi si può accedere da soli, deve essere condivisa. Questo spiega perché il management debba essere appreso sul campo, mediante l'apprendistato, con l'esperienza diretta alla presenza di un mentore. Per i medici di Direzione Sanitaria è di fondamentale importanza avere un buon Maestro. Personalmente, come penso la maggior parte di voi, sono orgoglioso di sapere chi sia stato il mio.

I Direttori Sanitari uniscono alla formazione regolare e codificata del medico la conoscenza tacita della loro formazione manageriale.

A prescindere da quello che stanno facendo, i manager sono tormentati da ciò che potrebbero fare e da ciò che devono fare e questo tende a far sì che si sovraccarichino di lavoro, che facciano le cose di corsa, che evitino gli sprechi di tempo, che partecipino solo quando la partecipazione ha un valore tangibile, che siano cauti prima di lasciarsi coinvolgere troppo in qualunque cosa.

Ne deriva che essere superficiali è un rischio professionale del lavoro manageriale.

Qualcuno ha detto che un esperto è una persona che sa quasi tutto su quasi niente, fino al punto di sapere proprio tutto su proprio niente.

Il problema del manager è antitetico: sapere sempre meno su sempre più cose, fino al punto di non sapere niente di ogni cosa. La natura del lavoro manageriale del medico di Direzione Sanitaria determina una duplice ricerca di certezza e di flessibilità. Per essere dei manager efficaci è opinione diffusa che sia necessaria una notevole sicurezza.

Ma è veramente così?

Il problema della sicurezza, anche quando è ragionevole, è che può eccedere il limite e mettere il manager

su una china scivolosa: quella della presunzione.

Non ci vuole molto per chi fa questo lavoro, per smettere di ascoltare, isolarsi e pensare a se stesso come un eroe solitario. Soprattutto se non capisce l'importanza fondamentale di far parte di una rete di professionisti con cui scambiare continuamente opinioni ed esperienze. La realizzazione di questa rete e la sua continua alimentazione è lo scopo principale dell'ANMDO (Associazione Nazionale dei Medici di Direzione Ospedaliera).

Il confine tra sicurezza e presunzione può essere non solo molto sottile ma anche sfumato.

Un medico di Direzione Sanitaria può attraversarlo senza accorgersene e ritrovarsi su una china così impervia da non riuscire più a fermarsi se non una volta raggiunto, dolorosamente, il fondo.

Come conservare la sicurezza necessaria senza peraltro cedere alla presunzione?

Semplice. Avendo sempre presente il dubbio, il dubbio sulla sicurezza.

Come fare per affrontare la tematica del dubbio sulla sicurezza?

Semplice. Ricorrendo all'aiuto di amici e consiglieri sinceri. Far parte dell'ANMDO magari non è indispensabile però aiuta parecchio.

Quando ci si avvicina al limite, cosa che prima o poi accade inevitabilmente a qualunque persona di successo, è utile che qualcuno ci tiri indietro. Naturalmente avere questi amici e consiglieri e, soprattutto ascoltarli, richiede una buona dose di sicurezza, almeno interiore e questa, fortunatamente, si accompagna sempre a una buona dose di modestia.

La modestia è tipica delle persone capaci di avere dubbi.

In quest'epoca di continua ricerca di certezze, di ordine a tutti i costi, è necessario tornare alla ricerca del dubbio perduto. Perché il dubbio è

la sorgente e lo stimolo incessante del sapere. Le certezze assolute cadono, rovinosamente, nel baratro del dogmatismo.

Francesco Bacone (1561-1626) ha scritto: "se un uomo parte da certezze terminerà con i dubbi; ma se si contenta di comunicare coi dubbi, terminerà con certezze."

Consentitemi di esporvi un elogio del dubbio.

Il dubbio è lo stato intermedio fra credere e non credere. Implica incertezza o mancanza di fiducia o insufficiente certezza su un determinato fatto, azione, decisione. Magari con l'eccezione del dialogo riportato da Luciano De Crescenzo nel suo libro "Il Dubbio"(5). Una persona dice a un'altra: "solo gli imbecilli non hanno dubbi". "Ne sei sicuro?" risponde l'altro. Al che il primo, senza esitazioni: "non ho alcun dubbio."

Poche cose sono così noiose come trarre conclusioni. Interessante, invece, è la raccolta di elementi per giungere a una diagnosi. Il dubbio richiede curiosità, non certezze o dogmi. La curiosità è necessaria per riconoscere la realtà per poi acquisire informazioni e conoscenza a essa relativa. Mediante informazione e conoscenza è possibile differenziare gli elementi della realtà per poi raggrupparli in combinazioni diverse. Il raffronto di tali combinazioni consente l'organizzazione degli elementi per la configurazione di una nuova, migliorata, realtà. Il dubbio consente poi di riattivare il processo in un nuovo ciclo di riconoscimento, acquisizione, differenziazione, raggruppamento e organizzazione.

Il dubbio porta alla scoperta, alla riconfigurazione dell'esistente.

Non può esserci qualità senza il dubbio. Se manca il dubbio che qualcosa possa essere migliorato, non verrà migliorato. Il dubbio alimenta l'attenzione. La dialettica e il dialogo hanno bisogno del dubbio per alimentarsi. I sentimenti stessi

non possono esistere senza il dubbio. Il dubbio consente la curiosità sul futuro. Si vaticina e si profetizza per sostenere il peso generato dal dubbio.

Il dubbio diventa elemento di crescita se l'instabilità che genera è compensata dall'equilibrio determinato da credenze, valori e comportamenti. Mentre le credenze rispondono alla semplice domanda vero o falso, i valori sono credenze specifiche che agiscono come principi guida: coraggio, disciplina, rispetto per gli altri, integrità, lealtà.

Il dubbio consente, come individuo e come gruppo, di condividere credenze fondamentali nelle quali si ha un investimento emotivo e che influenzano comportamenti e decisioni. All'Università pochi, forse nessuno, ci ha mai parlato del dubbio. Il medico deve essere uno che risolve i problemi.

Il dubbio, quotidiano, l'abbiamo incontrato quando abbiamo cominciato a lavorare "sul campo". Non eravamo preparati. Abbiamo dovuto imparare a convivere con il dubbio. Nella clinica e nel management, come nella storia, nulla si ripete mai all'identico modo e ogni evento rappresenta pertanto un unicum per il quale conoscenza ed esperienza valgono sì, ma fino a un certo punto.

Il dubbio alimenta ed è alimentato dall'etica. L'orizzonte dell'incertezza assume particolare rilevanza etica e pratica nel momento in cui devono essere affrontati problemi esistenziali e bioetici di fondo, per i quali non esiste un'unica verità.

Il dubbio frena, ci rallenta e questo viene considerato un peccato in un'epoca come la nostra dove l'istante è considerato buono e giusto. I protocolli servono a eliminare dubbi su comportamenti e ruoli. Eliminare il dubbio serve a far funzionare le persone, non a farle pensare.

Per motivare occorre risolvere il perché. Il come e il cosa seguono.

Norberto Bobbio (6) (7) ha affermato che: "il compito degli uomini di cultura è più che mai oggi quello di seminare dubbi, non già di raccogliere certezze" e che "la democrazia ha sempre maggior bisogno d'intellettuali mediatori, dotati di misura, ponderatezza e circospezione, capaci di valutare tutti gli argomenti prima di pronunciarsi, capaci di controllare tutte le testimonianze prima di decidere e di non pronunciarsi mai a guisa di oracolo". In questa figura dell'intellettuale mediatore si possono ben riconoscere i medici di Direzione Sanitaria.

Su questo mi sentirei di dire che non ho alcun dubbio, ma a causa della precedente citazione di Luciano De Crescenzo (5) mi limito a ringraziare chi ha avuto la pazienza di leggere questa riflessione, augurando al contempo, per il bene della sanità, lunga vita ai medici di Direzione Sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1) Mintzberg H : *Il lavoro manageriale*. FrancoAngeli 2010 Milano

2) *Serendipità in Wikipedia*
<http://it.wikipedia.org>

3) Nonaka I : *The Knowledge-creating Company*. Harvard Business School Press, Boston, 2008

4) Mazzaferro V : *Medici troppo "impacchettati"*. Editoriale pubblicato sul *Corriere della Sera* del 18 ottobre 2009

5) De Crescenzo L : *Il dubbio*. Mondadori, Milano, 1992

6) Bobbio N : *Politica e cultura*. Einaudi 2005

7) Bobbio N. : *Il dubbio e la scelta. Intellettuali e potere nella società contemporanea*. Carocci 2001

La “bellezza” di lavorare in sanità

Riassunto

Tante, veramente tante, potrebbero essere le definizioni della “bellezza” nella finalità di comprendere e spiegare quell’insieme di armonia, geometria, equilibrio ma anche e soprattutto di vissuto interiore che della “bellezza” ne rappresenta la carica vitale. Quell’emozione che di fronte ad un paesaggio, ad un’opera d’arte, ad una persona ci fa semplicemente dire: Che bello! Un’emozione che non può star racchiusa nel ristretto perimetro di una definizione. Ne soffrirebbe. Ecco perché ogni definizione è una “incompiuta”. Da qui l’assunto di Paul Valéry: “Definire il bello è facile: è ciò che fa disperare”. Una provocazione intellettuale che in una prospettiva altrettanto provocatoria potrebbe facilmente applicarsi al tema che Ugo Aparo mi ha assegnato: la bellezza del lavorare in sanità. Ed in effetti credo che non sarebbero pochi, tra quanti operano in sanità, a poter esprimere motivati sentimenti, se non proprio di disperazione, certamente di insoddisfazione e frustrazione (e magari anche rabbia) per le difficoltà, gli ostacoli, le contraddizioni che punteggiano il loro impegno quotidiano. Ma non è questa la linea che intendo seguire. Mi affido invece allo spunto offertomi da Kant che, nella Critica del Giudizio, definisce il bello come “simbolo del bene morale”. E quindi, proiettando questo concetto sul “lavorare in sanità”, mi piace vedere questa bellezza nella potenzialità che ciascuno di noi ha, nei diversi ruoli che ricopre, di essere strumento di bene.

Potenzialità però, non realtà scontata, perché sono, in effetti, tante le insidie che potrebbero impedire di vivere questa situazione privilegiata.

Partendo allora da queste premesse, le mie riflessioni riguarderanno:

- la funzione di aiuto che della “bellezza” ne è il cuore pulsante;
- le insidie che, nel contesto della sanità in cui quella funzione viene svolta, potrebbero deturparne la fisionomia.

scuno si sviluppa progressivamente una spinta altruistica che trasforma quel lavoro in missione. Una missione che richiede competenze e strumenti specifici ma, soprattutto, la capacità di ascolto, un sorriso empatico, uno sguardo amico, una parola consolatoria. E’, in altre parole, l’equilibrato dosaggio di *sapientia* e di *scientia cordis* che caratterizza al meglio il gratificante esercizio della solidarietà.

E la solidarietà, come il Beato Giovanni Paolo II ci insegna nella **Sollecitudo rei socialis**, “non è un sentimento di vaga compassione o di superficiale intrattenimento per i mali di tante persone vicine o lontane. Al contrario è la determinazione ferma e perseverante di impegnarsi per il bene comune: ossia per il bene di tutti e di ciascuno, perché tutti siamo veramente responsabili di tutti”.

Ma un pò di più riguarda, evidentemente, coloro che svolgono professioni centrate sulla relazione di aiuto, come appunto quelle sanitarie. E l’aiuto per essere efficace deve sapere interpretare quelle voci, sommesse o disperate, che chiedono il soccorso della nostra competenza e che si rivolgono soprattutto alla nostra coscienza, al nostro cuore. E per interpretare bisogna innanzitutto ascoltare e l’ascolto non può essere frettoloso, superficiale: ha bisogno di tempo.

Quel tempo per capire, interpretare appunto, e per emozionarsi. Diceva il grande Totò: dove non c’è emozione non c’è arte. E l’ar-

Cesare Catananti

Direttore Generale Policlinico Universitario A.Gemelli, Roma

LA “BELLEZZA” DELLA FUNZIONE DI AIUTO

L’aiuto è la funzione basilare e caratterizzante il lavorare in sanità. La medicina, in fondo, sfrondata da ogni orpello, non è altro che l’incontro tra due persone, una che chiede aiuto e l’altra che, per competenza e disponibilità umana, è pronta a dare. “Cor ad cor loquitur”. Un cuore che parla ad un altro cuore, come recita il

motto del Cardinal Newman che campeggia sul suo stemma. Qui sta l’essenzialità della relazione curante-paziente, che dà ragione ad un’altra definizione di bellezza: “la beauté est l’essentialité”. Nell’essenzialità di quel rapporto a due prende forma la bellezza del poter dare. Si caratterizza al meglio la fisionomia di un lavoro.

E sia che si lavori in sanità per motivata scelta o ci si ritrovi per caso, ecco che all’interno di cia-


PAROLE CHIAVE:

sanità, aiuto, difficoltà, bellezza, potenzialità

te della cura, la *technè iatrikè*, ha assoluto bisogno che le corde dell'anima vibrino, perché è quella vibrazione anche di un solo momento, che, se lo vogliamo, può renderci pienamente felici.

E la bellezza del lavorare in sanità sta anche qui: nelle innumerevoli occasioni di incontro in cui può scoccare, attraverso l'ascolto, la scintilla della solidarietà. Il rimpianto per le occasioni perdute, per questi fiori non colti, potrebbe essere la peggiore condanna per quel tempo non concesso agli altri e a se stessi.

La battuta finale dell'episodio *"il mio medico"*, dal film *Caro Diario di Nanni Moretti*, è una sintesi amara del vissuto di un paziente (che è poi lo stesso regista) nei suoi contatti con i medici. Il film racconta appunto la reale documentata e personale vicenda del regista che, affetto da una grave malattia ematologica, non riesce a venirne a capo per l'incapacità dei medici a capire i suoi sintomi. Dopo varie vicissitudini il problema, alla fine, viene risolto ma dopo un incredibile calvario da cui il paziente-regista trae le sue conclusioni: *"Da tutta questa vicenda una cosa ho imparato. I medici sanno parlare ma non sanno ascoltare"*.

Con parole disarmanti Anatole Broyard così si esprimeva sulle colonne del New York Times: *"...non vorrei chiedere troppo tempo al mio medico. Vorrei soltanto che riflettesse per cinque minuti sulla mia situazione, che mi offrisse per una volta tutto il suo ascolto, che si mettesse in contatto con me per*

un breve tempo, che penetrasse la mia anima..." (NYT, 26 agosto 1990)

Ed è questo desiderio e capacità di "penetrare l'anima", di cogliere anche l'inespresso, che costituisce l'ingrediente segreto che può mantenere, inalterata nel tempo, la bellezza del lavorare in sanità. Tutto facile allora? Assolutamente no. Le insidie che possono privarci della "bellezza" del nostro lavoro sono veramente tante.

Innanzitutto il contesto in cui operiamo e, poi, noi stessi che di quel contesto possiamo essere vittime.

LE INSIDIE FUORI DI NOI E DENTRO DI NOI

Se il tempo necessario è la condizione preliminare per sintonizzarsi sulla stessa lunghezza d'onda di chi siamo chiamati ad aiutare, certamente i frenetici ritmi di lavoro non sono le premesse migliori. La fretta, infatti, regna spesso sovrana tra impegni che si sovrappongono, in un clima da competizione che fa perdere di vista anche il senso, il fine ultimo della nostra missione: l'aiuto. E così si inseguono altre sirene e prendono corpo, purtroppo, i rischi di tradire i valori fondanti del lavorare in sanità. E la "bellezza" di cui parliamo sfiorisce giorno dopo giorno, magari senza neanche accorgercene, ma alla fine il suo volto è irrimediabilmente deturpato.

Il fatto è che la sanità, che dell'esercizio della medicina ne è il variegato contenitore, è un contesto quan-

to mai articolato in cui molteplici valori ed interessi, spesso contrapposti, ne animano il percorso.

E quando si parla di valori e interessi intendiamo riferirci sia a quelli nobili dichiarati in maniera altisonante sulla scena delle cure, che a quelli più meschini che, dietro le quinte, con altrettanta forza agitano il sentire e l'agire di protagonisti e comparse.

Di questa realtà dobbiamo prenderne atto ricordando che anche alla medicina, pratica umana, si applica l'adagio di Terenzio: *"Homo sum, humani nihil a me alienum puto"*. E in quell'umano c'è tutto il bene e il male che l'uomo può fare.

E tra i mali possibili credo che uno dei più insidiosi sia il progressivo configurarsi e affermarsi degli aspetti deteriori del mercato.

Le esasperazioni della logica del mercato in sanità, così come purtroppo la cronaca nera ogni tanto fa emergere, danno un senso nefasto alle affermazioni di Tony Blair che, nel maggio del 2001, in una intervista al "The Times" a proposito dell'apertura al mercato che il Servizio Sanitario Inglese doveva compiere, spiegò che *"nothing is off limits"*.

L'"off limits" di Blair era indubbiamente orientato al superamento di alcuni principi statalistici eccessivamente rigidi. Io cavalco quell'"off limits", esasperandone il concetto originario perché molti fatti, e non isolati, obbligano a tenere alta l'attenzione sul rispetto di certi limiti. E' uno di questi, il cui superamento potrebbe portare a derive perico-

lose, è il considerare l' "industria" della salute non come qualunque altra a cui applicare tout-court le regole del mercato. Ci sono affinità nelle prassi gestionali, soprattutto quando si parla di organizzazione ospedaliera, ma il bene salute, il valore dell'aiuto e della solidarietà, travalica qualsiasi tentativo di volere ridurre il tutto ad una banale compravendita di beni e servizi.

D'altra parte è evidente che quando è Wall Street a dettare le regole, che non sono quelle di S.Francesco, la strada che si imbecca può diventare davvero pericolosa ed inquietante.

Arnold S. Relman in un articolo, quanto mai preveggenete, di oltre trent'anni fa, evidenziava i rischi insiti nel nuovo sviluppo che stava caratterizzando la sanità americana: la creazione di un "nuovo complesso medico-industriale" e il sorgere di un potere non controllato e governato da logiche proprie dove gli interessi degli azionisti erano posti al di sopra di quelli della gente (NEJM1980, 303, pp.963-970).

E per fare questo basterebbe semplicemente dire ai sani che sono malati e che debbono essere curati.

Fantasie? Provocatori ricordi letterari della commedia dei primi del novecento di Jules Romains "Knock o il trionfo della medicina"? Assolutamente no. Il BMJ del 13 aprile del 2002 affrontava con coraggio la questione in un articolo dal titolo inequivocabile: "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering".

"Too much medicine?" si chiedevano in un efficace editoriale sul BMJ Richard Smith e Ray Moniham e la risposta è secca: "almost certainly." (BMJ 2002;324:859.60).

Sembra così prender corpo quella *nemesi medica* che Illich aveva prefigurato trenta anni orsono. (I.

Illich, Limits to medicine,- medical nemesis: The espropriation of Health, Marion Boyards Publishers, London 1976).

Ma, oggi, ad avvelenare ancor di più il contesto è la carenza di risorse che stringe in una morsa infernale medici e pazienti.

Da una parte entrambi sollecitati a chiedere di tutto e di più alla scienza e alle istituzioni e dall'altra entrambi, soprattutto i primi, obbligati a confrontarsi con valori più aziendalistici che solidaristici. Così il medico non vive più – se mai l'ha vissuta - quella situazione ideale descritta dal curante di Bismark: soli in una isola deserta, indifferenti cioè a qualsiasi influsso esterno che possa condizionare il rapporto e le scelte per il paziente. E' il terzo pagante, sia esso un Servizio Sanitario Nazionale o un assicurazione privata, che detta le regole. E quando i conti non tornano, come quelli della sanità, ecco enfatizzati, a volte in maniera ossessiva, gli aspetti economici e ragionieristici. Con il rischio concreto che le migliori energie fisiche ed emozionali si concentrino su un obiettivo prioritario: contenere i costi. Ed in parallelo l'exasperazione del volere standardizzare il tutto riconducendolo ad elementi misurabili. Qualcosa, però sta cambiando. Un anno fa il guru dei manager, Henry Mintzberg, in occasione di un convegno organizzato presso l'Università di Salerno non usò mezzi termini nel distruggere il mito della misurazione in sanità. Nella sua relazione "Managing health myths", sostenne in maniera esplicita che non solo è illusorio ma addirittura pericoloso pensare che alcuni indicatori quantitativi possano sintetizzare la complessa dinamica dell'assistenza sanitaria.

Se negli affari in genere, continuò Mintzberg, costi e benefici sono

misurabili, la cosa non è fattibile in sanità dove l'esperienza ha dimostrato che a fronte di costi certamente misurabili, i benefici, invece, sono non commensurabili. E' un bella inversione di rotta rispetto a quanto per lungo tempo la creatività di alcuni aziendalisti che hanno scorazzato in sanità hanno preteso di fare. Viene in mente a questo proposito quanto Robert Kennedy diceva del PIL: misura tutto tranne ciò che varrebbe veramente la pena misurare. D'altra parte come si fa, infatti, a pesare oggettivamente le percezioni dei singoli, il risultato positivo di un sorriso, di uno sguardo empatico, di una parola di conforto che tanto ruolo hanno sul vissuto della malattia? Di quella parola che, come scrisse Gorgia da Leontini nel suo Elogio di Elena, "divinissime cose sa compiere: riesce, infatti a calmare la paura, e a eliminare il dolore, e a suscitare la gioia". E a ridare la speranza.

Come ricondurre tali elementi, tali valori, nel DRG? Con algoritmi raffinati potrò valutare la complessità clinica ma la sofferenza e la gioia e, ancor di più, la capacità a generare speranza sfuggono ad ogni velleitaria cartesiana ambizione.

Chiariamo subito, a scanso di equivoci, che non si mettono affatto in discussione tutte quelle iniziative, organizzative e gestionali, che consentano un ottimale utilizzo delle risorse. E', però, altrettanto vero che se l'efficienza gestionale, la produzione, il guadagno diventa un totem da adorare, allora qualcosa non va e qualcosa, allora, va detto e, ancora di più, andrebbe fatto prima che sia troppo tardi. Se si spinge solo sui conti corriamo il rischio di costruire un clima artefatto e inquinato. Un clima fatto solo o soprattutto da budget da rispettare, da incentivi da ottenere. Un clima che

potrebbe far pensare ad aumentare a dismisura le prestazioni... Talvolta inutili per il paziente ma... ben remunerate....

E l'atmosfera diventa poi invivibile nel momento in cui il paziente realizza di non sentirsi rispettato, ascoltato e così perde la pazienza e soprattutto la fiducia. Ecco, allora, gli avvocati entrare in campo, ecco la vittoria della medicina difensiva che trasforma il desiderio di aiutare in voglia di fuga....

"The doctor is out" era la didascalia della copertina di Time magazine del 9 giugno 2003.

All'interno della rivista in cui si affrontava la questione dell'aumento dei premi per la responsabilità civile campeggiava una foto di medici con un cartello significativo: "Malato? chiama un avvocato?"

Queste appena accennate sono le insidie del contesto in cui i rumori di fondo del mercato sanità, diventando assordanti, impediscono di ascoltare le "voci di dentro" della nostra coscienza.

Ma anche dentro di noi possono annidarsi insidie sottili ma non per questo meno virulente.

Ne accenno due: gli slittamenti morali ed il burn-out.

Sui primi rubo la parola a Giacomo Beccattini.

"Ognuno di noi traccia nella sua coscienza una linea di separazione più o meno netta tra ciò che è 'corretto' e ciò che è 'scorretto' nei rapporti con gli altri. Ora, noi siamo continuamente, chi più chi meno, bombardati da occasioni in cui l'oltrepassare la nostra linea della correttezza frutta denaro, o soddisfazioni sociali traducibili in denaro.

Molte volte noi resistiamo alla tentazione, ma se l'occasione di guadagno è ghiotta, e la tentazione ci si ripresenta periodicamente sotto forme sempre più seducenti, ci può accadere, in un momento in cui la

nostra coscienza dormicchia, di varcare quella linea. Da quel momento in avanti, per conservare un certo rispetto di noi, senza il quale vivere è impossibile, noi spostiamo inconsapevolmente la linea separatrice fra il corretto e lo scorretto e, quel ch'è peggio, incoraggiamo gli altri a seguirci in questo progressivo 'slittamento' morale."

E quindi nel tradire i valori fondanti della medicina ed in fondo noi stessi. La seconda insidia è quella del burn-out, una sindrome da stress che riguarda un po' tutti i lavoratori ma che certamente colpisce soprattutto chi esercita una professione di aiuto.

E lo stress che si accumula, sia quello personale che quello della persona aiutata, penalizza la "bellezza" della carica emozionale. Che da positiva diventa fonte di logoramento ed a cui si reagisce con atteggiamenti di assuefazione, di passività e indifferenza verso le sofferenze altrui, se non addirittura di cinismo.

Tra le cause di questo disadattamento al ruolo svolto, non secondario è il conflitto tra i valori fondanti e di riferimento propri di chi lavora in sanità e la realtà del contesto che, per svariate ragioni, mette a rischio la leale testimonianza di quei valori.

E così nasce una contraddizione tra quello che è il "volto" profondo del sentire e la "maschera" che ci si ritrova ad indossare nel "teatro della sanità". Una maschera che potrebbe addirittura, nel tempo, alterare definitivamente, e in peggio, i tratti.

Come evitare questo rischio? Togliendosi spesso la maschera che si è obbligati ad indossare, specchiandosi nella propria anima e pigliando così coscienza della bellezza del vero volto della medicina, della sanità e del nostro ruolo. Utopia? No!

L'OTTIMISMO DEL CUORE

La cosa è assolutamente possibile come quotidianamente testimoniato dall'impegno, dalla passione e dalla carità con cui schiere di protagonisti, comprimari e comparse vivono nelle più diverse funzioni, la "bellezza" del lavorare in sanità, la "bellezza" dello svolgere una professione di aiuto.

Dovremo, allora, toglierci la maschera e ascoltare "le voci di dentro", guardiane degli slittamenti morali. Quelle "voci di dentro" che fanno sentire e dire a Shep Nuland nell'epilogo di "**Come moriamo**": *"Sono interessato più al microcosmo che al macrocosmo, più al modo in cui un uomo vive che a quello in cui una stella muore, più al modo in cui una donna si fa strada nel mondo che a quello in cui una cometa attraversa l'universo...Il mistero che mi affascina non è la condizione del cosmo ma quella dell'uomo. Questo è allora il messaggio e l'augurio: trovare la felicità, come io l'ho trovata, nel privilegio del potere aiutare"*. (Come moriamo, Mondadori 1995, pag.309)

Costruire l'architettura aziendale della sicurezza e gestione del rischio

Riassunto

Obiettivo del lavoro è la realizzazione di una gestione sistemica, integrata, multidimensionale e continua del rischio in ospedale, considerandone tutte le potenziali condizioni generatrici, in tutti gli aspetti (clinico, strutturale e di gestione del contenzioso), in condivisione con le indicazioni strategiche regionali e nazionali.

Le motivazioni di fondo sono date da: attenzione, sviluppo e sicurezza per il paziente, gli operatori, la comunità e l'ambiente.

L'approccio individuato consiste nell'ottimizzare le potenzialità delle risorse aziendali disponibili, che già sono impegnate direttamente nella gestione del rischio, attraverso un'azione sinergica di sviluppo culturale e di effettivo supporto ai Dipartimenti ad Attività Integrata (Assistenza-Didattica-Ricerca).

Ermes Carlini

Direttore Medico di Presidio Azienda Ospedaliero Universitaria Arcispedale S. Anna - Ferrara

INTRODUZIONE

L'architettura, sulla base delle definizioni prevalenti, da Vitruvio a Le Corbusier, è un insieme di tre fattori: la stabilità, l'utilità e la bellezza (o il piacere). In altre parole in essa si integrano elementi strutturali, funzionali ed estetici. Per costruire l'architettura della sicurezza e della gestione del rischio cercheremo di avvalerci della medesima impostazione concettuale. Ovvero cercheremo di verificare se sussiste un'adeguata corrispondenza tra l'impianto che intendiamo realizzare in proposito ed il significato che si attribuisce alla sicurezza e alla gestione del rischio collocati nell'ambito del Governo Clinico, inteso come Clinical Governance, di cui sono componenti fondamentali. Dovremo quindi ricercare le corrispondenze tra tali fattori e i riferimenti (assetto valoriale, strutturali ed organizzativi) che connotano le nostre organizzazioni sanitarie.

MATERIALI E METODI

In origine il tema della sicurezza in sanità è stato sovente circoscritto, o quantomeno ricondotto, ad aspetti peculiari, di natura prevalentemente strutturale e strumentale, o di natura protezionistica nei confronti in particolare degli operatori.

Al proposito si evidenzia come nei Paesi cosiddetti evoluti, la legislazione e le regolamentazioni in materia (Radioprotezione, Prevenzione e Protezione nei confronti degli operatori) risultino particolarmente numerose e puntuali.

In periodi più recenti, anche sulla scia della sempre maggior consapevolezza e conoscenza dei cittadini che reclamano un improbabile obbligo di risultato anche per il ricorso ai servizi sanitari, che ha conseguentemente condotto a richieste incrementali di risarcimento a fronte di danni, veri o pre-

sunti, patiti a seguito dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, si è andata invece sviluppando la tendenza a ricondurre all'area medico legale, legale e assicurativo, l'appannaggio di una sorta di sovraordinazione nella gestione complessiva del rischio.

Proprio perché i sistemi sanitari sono particolarmente complessi ed interrelati, vi è oggi la necessità di una nuova visione, più ampia, che da un lato sappia riconoscere i bisogni degli utenti, contestualizzandoli nei nuovi modelli organizzativi che sono andati sviluppandosi e tenendo conto della crescita culturale e professionale di tutte le figure presenti in ambito sanitario.

Chi intende interpretare tale visione deve anche rappresentare, all'interno dell'Azienda, un reale riferimento dotato di riconosciuta autorevolezza, in grado di salvaguardare le specifiche autonomie, assicurandone la necessaria visibilità e favorendo lo sviluppo delle competenze.

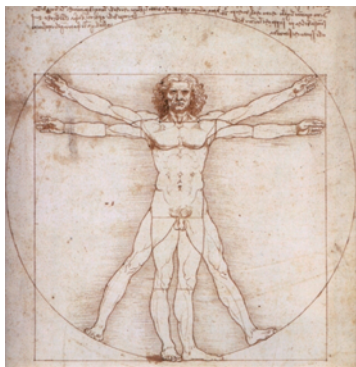
L'ospedale è un'organizzazione sanitaria ad alta complessità organizzativa con strutturazione di tipo gerarchico-funzionale, ove l'attività viene erogata "per processi", ma governata "mediante funzioni".

Sono presenti molte tipologie di processo: processi strategici/di governo, processi produttivi, processi di supporto.

E' pertanto una struttura ad alto rischio poiché molti sono i rischi possibili e di diversa natura (chimico, fisico, biologico, elettrico,

**PAROLE CHIAVE:**

gestione del rischio, processi e procedure, professionisti



**Fig. 1: L'uomo vitruviano
Leonardo da Vinci (1485-'90)**



**Fig. 2: Chapelle Notre Dame du Haut,
Ronchamp – France Le Corbusier (1950-'54)**

meccanico, ecc).

Per potersi dotare di un assetto finalizzato ad un'efficace azione di risk management, L'Azienda non può prescindere da tre elementi vincolanti.

Innanzitutto è indispensabile un forte commitment da parte dei vertici di governo strategico, a partire da quelli nazionali e regionali.

Preliminarmente dovremo ricercare quindi le indicazioni strategiche orientate alla diffusione di una cultura della sicurezza, che deve essere fatta propria ed espressa esplicitamente da parte di tutti i livelli. Attraverso azioni continue e sinergiche, di comunicazione, formazione, sviluppo e ricerca, a livello scientifico ed operativo.

In proposito la Regione Emilia Romagna, già con la Delibera di Giunta n.86/2006 (Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'Atto Aziendale), indica che:

- in quanto componente essenziale della funzione del Governo Clinico, la gestione del rischio, che ha visto lo sviluppo di numerose componenti inter-

ne, ha altresì necessità di una ricomposizione delle stesse in un sistema integrato a livello aziendale e regionale. Ponendo l'accento su tre aspetti salienti:

- la ricomposizione di settori clinici, amministrativi e tecnici;
- lo sviluppo della funzione di consulenza e supporto ai Clinici responsabili delle attività assistenziali, per quesiti di natura etico-professionale e per problemi di responsabilità professionale;
- l'organizzazione della gestione del contenzioso, incluse le relazioni con le compagnie assicurative, integrando competenze economiche, legali, cliniche e medico-legali.

- l'Atto aziendale deve disporre l'organizzazione dell'integrazione di tali diverse componenti, secondo il Programma aziendale di gestione del rischio, adottato dal Direttore Generale, su proposta del Collegio di Direzione e diretto dal Direttore Sanitario

- l'organo di governo di tale Pro-

gramma è rappresentato dal Collegio di Direzione e che la sua sede operativa e di gestione è rappresentata dai Dipartimenti. L'inserimento degli items relativi al tema della sicurezza e della gestione del rischio tra gli elementi qualificanti del processo di accreditamento delle Aziende sanitarie della Regione, ha rappresentato un ulteriore passaggio determinante per qualificarne l'importanza e l'attenzione riservata. Inoltre, attraverso l'azione dell'Agenzia sociale e sanitaria regionale, viene favorita e supportata l'attività delle Aziende tramite:

- implementazione dei sistemi di incident reporting già dimostratisi efficaci nell'individuare gli errori nei diversi contesti (sale operatorie, sale parto, laboratori, case di cura accreditate, processo di somministrazione dei farmaci, diffusamente su ampi contesti aziendali e singole strutture) previa individuazione dei punti di forza e di debolezza nelle modalità di introduzione e utilizzo dei medesimi;
- integrazione dei sistemi informativi esistenti (reclami, incidenti e contenzioso) per costruire un "osservatorio" degli eventi indesiderati;
- introduzione e utilizzo di altri strumenti di prevenzione del rischio tramite analisi di processo (Fmea-Fmeca, più recentemente SEA) o sistemi di vigilanza (mappatura dei pericoli);
- arricchimento degli strumenti per la formazione a distanza di

grandi numeri di operatori: secondo CD contenente informazioni di estensione/approfondimento quali aspetti di sicurezza del lavoro, medico-legali, applicazioni specialistiche (sicurezza farmaci e root cause analysis, ...);

- diffusione presso le Aziende di strumenti che permettano analisi approfondite delle cause sostenute da un ulteriore percorso formativo rivolto alle Aziende; costituzione di gruppi aziendali di riferimento;
- applicazione di metodi e strumenti che consentano alle Aziende sanitarie di meglio controllare la gestione del proprio contenzioso con il supporto di un database dedicato, ormai a regime presso le Aziende, e sviluppo di idonea reportistica;
- rafforzamento nelle Aziende della funzione di mediazione e valutazione del suo impatto nel miglioramento della relazione con il paziente o il cittadino danneggiato;
- sviluppo di competenze e modalità per la conciliazione (corso di formazione per lo sviluppo delle competenze);
- rafforzamento degli indirizzi consegnati informalmente alle Aziende in modo da consolidare l'approccio alla gestione del rischio, tramite loro formalizzazione.

Tali indicazioni, a loro volta, devono essere trasferite a livello decentrato, alle direzioni aziendali locali, e la loro estrinsecazione in tale sede deve poter essere riconoscibile nell'impianto organizzativo dell'Azienda stessa (Atto aziendale, organigramma).

In questo passaggio si può rilevare un primo momento di possibile criticità.

Il disegno strategico infatti dev'essere chiaramente esplicitato ad

ogni livello, mediante un coinvolgimento attivo e partecipato di ogni attore/componente lo scenario organizzativo aziendale.

In tal senso devono essere connotate ed orientate le mission e le vision aziendali, nei confronti dei cittadini-utenti, di tutti gli operatori e degli stakeholders.

Non è sufficiente, se non inutile o addirittura dannosa, un'enunciazione di facciata, che riproponga in maniera surrettizia quanto indicato da una direttiva sovraordinata, se non vi è una compartecipazione realmente e diffusamente indicata, sentita, e vissuta in chi è chiamato ad adempiervi.

Qualsiasi impostazione che s'intenda dare alla organizzazione aziendale in materia, deve tener conto di alcuni fattori condizionanti il buon risultato che si intende ottenere, e precisamente:

- la presenza di competenze adeguate
- la conoscenza delle metodologie
- l'adozione di una metodologia di lavoro in equipe
- l'informatizzazione della documentazione
- la disponibilità di sistemi di misurazione idonei rispetto ai fenomeni/pericoli che vogliono porre sotto controllo.

Per la strutturazione della gestione del rischio l'Azienda può scegliere tra diverse opzioni che vanno da quella che potremo definire "hard", ovvero strutturale/formale/burocratica. Con la creazione dell'Ufficio dedicato in via esclusiva. del Risk Manager, con propria sede, proprio staff operativo, ecc..., oppure adottare modelli di natura più "soft", di coordinamento funzionale delle funzioni esistenti e comunque già impegnate in materia.

Queste possibili scelte presentano ovviamente vincoli ed opportunità facilmente intuibili, connessi

da un lato ai costi e dall'altro alle potenzialità operative e possono rappresentare pertanto una ulteriore possibile criticità. A tale scelta consegue la necessità di fornire risposta all'interrogativo su chi deve essere investito della funzione di Risk Manager?

La nostra risposta non può che essere inequivocabile, ovvero occorre individuare chi in Azienda ricopre un ruolo di trasversalità e rappresenta un riferimento per tutte le funzioni aziendali. Chi viene inesorabilmente coinvolto e sollecitato ogni qualvolta si verificano eventi critici, e se ne vede, purtroppo sovente ed impropriamente, addossare le responsabilità.

Sosteniamo pertanto che tale coordinamento non può che essere appannaggio di una Direzione Sanitaria competente ed autorevole.

Con ciò senza nulla togliere alle competenze ed all'expertise proprio delle Strutture e degli Staff aziendali che quotidianamente adempiono ai propri compiti con pari encomiabile autorevolezza e comprovata efficacia.

Poiché stiamo parlando comunque di una funzione di coordinamento, va evidenziato che, a fronte di scelte aziendali in materia, di carattere strutturale, più "burocratiche" e verticistiche, ove non sia adeguatamente presidiato l'aspetto di raccordo costante tra i diversi ambiti coinvolti, il rischio che ogni situazione correlata alla sicurezza aziendale sia vista come un qualcosa di estraneo, che debba essere ricondotto e trasferito a tale "struttura" centrale deputata, è oltremodo elevato.

Sussiste invece la necessità che ogni singola realtà operativa, ogni singola figura, si senta invece direttamente investita in una logica di costante verifica e "rimessa in

discussione” dei propri percorsi e dei propri processi.

Ne consegue pertanto la nostra evidente propensione per modelli, individuati comunque tramite l'adozione di formali atti aziendali, che prevedano la costituzione di board dove sono coinvolte e partecipino tutte le Funzioni/Staff dell'Azienda, che fungono da cinghia di trasmissione tra la Direzione aziendale ed il mondo clinico/assistenziale.

Ne faranno parte pertanto tutti i Settori/Strutture “intermedie” investite di specifiche missioni attinenti la materia. Che, con il coordinamento del Risk Manager, dovranno dotarsi di proprie modalità operative e di raccordo al proprio interno e con le articolazioni dell'ospedale.

Questo deve tradursi nella elaborazione di Piani Programma aziendali di Gestione del Rischio, solitamente a valenza pluriennale, che indichino con chiarezza le azioni prioritarie da intraprendere e su quali ambiti, per garantire la sicurezza e che prevedano gli strumenti e la tempistica di verifica dell'efficacia delle azioni poste in essere.

Va da sé che oltre a momenti prestabiliti di incontro-raccordo del board per la definizione delle proprie strategie operative, le diverse articolazioni componenti potranno essere chiamate in causa in maniera più o meno diretta ed integrata, a seconda dei fenomeni che si intendono porre sotto controllo e degli eventi che si verificheranno.

Seguendo la nostra iniziale logica “architettonica”, nell'impostazione e realizzazione di tale assetto potremo quindi reperire il significato di stabilità, rappresentato dalla solidità dell'impianto/struttura, con la riconoscibilità/visibilità dei suoi componenti, ed orientata in

maniera precisa verso un macro-obiettivo, importante e chiaramente individuato, per il perseguimento del quale tutti devono sentirsi impegnati.

RISULTATI

Andremo ora ad analizzare ...se la cosa è utile, se ha una sua funzionalità. Quindi perché serve gestire il rischio e ricercare la sicurezza attraverso il modello e le modalità sopradescritte.

Il mondo clinico è caratterizzato da una elevatissima variabilità.

Basti pensare all'evoluzione tecnologica e scientifica registrata negli ultimi decenni, all'entità di atti medici e assistenziali che si compiono quotidianamente. Alla necessità di una sempre maggiore interfaccia con la tecnologia.

Ma anche a fattori che investono in maniera prevalente il nostro essere uomini, con il nostro vissuto emozionale e la tendenza alla personalizzazione, il rapporto tra specializzazione e autonomia, tra le attività manuali ed il progredire (o le resistenze) verso l'ICT. E l'indispensabile, crescente fabbisogno di multiprofessionalità e multidisciplinarietà, aspetti tanto decantati ma non sempre parimenti e sufficientemente praticati.

L'esperienza che viene presentata è data dall'istituzione, approvata con atto deliberativo, presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara di un'Area Progetto il cui coordinamento è stato affidato al Direttore Medico del Presidio, dedicata alla sicurezza e alla gestione del rischio, e avente le caratteristiche del board sopra richiamato.

Ovvero costituita dalle seguenti Strutture/Funzioni:

- Direzione Medica di Presidio
- Direzione delle Professioni Infermieristiche e Tecniche
- Dipartimento del Farmaco

- Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera e qualità dei Servizi Ambientali
- Struttura di Accreditamento, Qualità e Ricerca
- Ufficio Legale
- Medicina Legale
- Fisica Medica – Tecnologie Biomediche
- Dipartimento di Prevenzione e Protezione
- Medicina del Lavoro
- Direzione Attività Tecniche
- Formazione Aggiornamento
- Area Comunicazione - URP
- Referenti aziendali di Incident Reporting (Sale Operatorie e Sala Parto)
- Referente aziendale per gli Eventi Sentinella
- RAV (referenti aziendali per la vigilanza sui Dispositivi Medici).

Quest'elencazione non intende certamente essere esaustiva di chi è chiamato ad intervenire e a collaborare rispetto al tema in oggetto. Basti pensare alla componente amministrativa (preposta ad effettuare gli acquisti, ad esempio) o chi opera nell'ambito dell'ICT. E' quindi evidente che il riferimento al concetto del modello funzionale, che si basa sul coinvolgimento e sull'integrazione di tutti, deve supplire alle situazioni in cui devono realizzarsi raccordi specifici.

La struttura funzionale sopra esposta ha predisposto, sulla base delle criticità evidenziate in Azienda e rilevate in maniera empirica (verifiche sulle cartelle cliniche, segnalazioni, reclami, sinistrosità, ecc...), un primo Piano-Programma aziendale di gestione del rischio per il triennio 2008-2010, discusso ed approvato dal Collegio di Direzione aziendale, presentato e discusso con le Organizzazioni Sindacali e con il Comitato Consultivo Misto Aziendale. Le aree d'interven-

to identificate come prioritarie in quanto connotate da maggiore criticità, sono state:

- Medication Error
- Identificazione del paziente
- Infezioni correlate all'assistenza sanitaria
- Lesioni da pressione
- Comitato Valutazione Sinistri.

Sono in corso di analisi e valutazione i risultati ottenuti in seguito alle azioni intraprese nello scorso triennio. Dal lavoro svolto ed applicando le metodologie scientifiche definite in collaborazione con l'ASSR (mappatura dei pericoli), potranno ottenersi le evidenze relative alle situazioni che dovranno essere presidiate dall'Azienda e che faranno da guida nell'immediato futuro per la predisposizione del prossimo Piano Programma.

Tra i risultati maggiormente gratificanti, da citare il lavoro particolarmente impegnativo svolto dal board che ha condotto l'Azienda a poter disporre di una corretta Procedura per poter gestire gli Eventi clinici maggiori e gli Eventi Sentinella.

Tralasciamo l'elencazione puntuale degli ambiti d'intervento specifici rappresentati dagli oltre 40 progetti che le diverse articolazioni componenti il board hanno presentato e sui quali erano e sono tuttora in parte impegnate. Gli stessi progetti sono inseriti nel Piano Programma e rappresentano il terreno d'azione permanente su cui, con continuità, sono chiamati ad operare per garantire la sicurezza.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Ricerchiamo infine, sempre riferendoci all'iniziale trilogia che sottende la definizione di "architettura", la corrispondenza riferibile alla bellezza (o al piacere).

Al di là delle prevedibili difficoltà, legate prevalentemente alla scarsa attitudine al teamwork e alla comprensibile aspirazione di ciascun attore/struttura di enfatizzare ed accrescere la propria visibilità/strutturazione/potenzialità, va sottolineato il grande valore aggiunto che si è realizzato con la forte integrazione, in particolare modo sotto il profilo culturale, tra Agenzia sociale e sanitaria regionale ed Aziende sanitarie attraverso il coinvolgimento in gruppi di lavoro composti da professionisti specificamente incaricati.

Tutto ciò ha prodotto uno sviluppo rilevante sul piano della sensibilizzazione e delle conoscenze in materia ed una crescita culturale uniforme nel panorama sanitario regionale, che continuerà a produrre i propri effetti benefici non solo nel breve periodo ma anche a lunga scadenza.

A cascata, attraverso la raccolta e la messa a disposizione dei materiali di ricerca prodotti, è stato possibile implementare a livello aziendale, innumerevoli momenti formativi di fondamentale importanza per gli operatori e per l'accrescimento tra gli stessi di una cultura volta a perseguire l'obiettivo di "praticare sicurezza", dove la valorizzazione delle singole esperienze sperimentali divengono patrimonio comune e di stimolo al miglioramento.

Il rischio di accadimento di eventi avversi, costantemente presente nelle organizzazioni sanitarie, che non può essere eliminato ma deve essere ridotto, trova maggiori probabilità di estrinsecarsi proprio in rapporto alla molteplicità ed alla complessità dei processi clinici ed assistenziali erogati.

Da qui la necessità di verifiche costanti che assicurino una omogeneità di comportamenti riducendo la variabilità dei percorsi quando

non sostenuta dalle evidenze di comprovata efficacia che sono presenti nella letteratura scientifica. E di rivedere costantemente i percorsi clinici ed i processi organizzativi e le procedure correlate in un'ottica di Governo clinico, con orientamento alla qualità e all'appropriatezza.

In sostanza fare bene solo ciò che serve realmente, per i cittadini/utenti, per gli operatori e per l'ambiente. In una logica di sostenibilità. Ed a tale proposito, alcuni primi significativi risultati sono stati conseguiti attraverso il confronto con le rappresentanze degli utenti e degli operatori.

Il disegno ottenuto, seguendo il percorso sopradescritto, rappresenta realmente un sistema altamente integrato, dove tutte le funzioni intermedie aziendali, portatrici di competenze specifiche, operano secondo le seguenti direttrici:

- considerando tutte le potenziali condizioni generatrici di rischio, in tutti gli aspetti (clinico, strutturale e di gestione del contenzioso)
- concorrendo a definire il Piano Programma aziendale degli interventi indicati come prioritari sulla base della mappatura dei pericoli effettuata. Il monitoraggio periodico e continuo degli esiti di tali interventi consentirà così di verificare la validità degli stessi e di porre in essere i correttivi eventualmente necessari.
- affiancando la Direzione strategica aziendale nel trasferire verso la base, nelle Unità Operative e nei Dipartimenti ad Attività Integrata, le indicazioni strategiche aziendali e sovrazieziali
- supportando il mondo clinico, i professionisti, nella realizzazione degli obiettivi programmatici posti, rendendoli protagonisti attivi nella fase attuativa e di verifica. Perseguire la sicurezza ha un

costo. Che rappresenta tuttavia un investimento. Solamente da quest'approccio integrato può essere generato il valore aggiunto dato dal reale supporto ai Dipartimenti ad Attività Integrata.

Poiché è sul campo, imparando dagli errori, che si realizza la sicurezza. Dove tutti danno il proprio contributo attivamente. Sentendosi partecipi di una progettualità e di un'azione comune che genera risultati tangibili in termini di reale miglioramento della sicurezza di tutti, pazienti, operatori, comunità e ambiente.

BIBLIOGRAFIA E SITI CONSULTABILI

www.saluter.it (Il portale del Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna);

www.regione.emilia-romagna.it (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Area Rischio Clinico);

www.ministerosalute.it/qualità (Governo Clinico, qualità e sicurezza delle cure);

Cinotti R., Basini V.; Approccio integrato alla gestione del rischio in strutture sanitarie. Workshop "Rischio clinico ed errore in medicina". (Milano Ospedale Niguarda, 24-25 maggio 2002)

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna; Convegno "Rischio e Sicurezza in Sanità". (Bologna, 29 novembre 2004)

Giunta Regione Emilia Romagna, Delibera n.86/2006 "Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale", (art.3, comma 4 - L.R. n.29/2004);

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna; La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006.

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna; Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007.

Brusoni M., Trincherò E.; La gestione del rischio in sanità - SDA Bocconi (MI) 2007

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna; La ricerca nelle Aziende del Servizio Sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007.

Bagnara S., Parlangei O., Tartaglia R. Can hospitals become high reliability organizations? Human Factors in Organizational Design and Management; IX, 2008



Questo lavoro è dedicato alla memoria del Dott. Luigi Marangoni, Direttore Sanitario del Policlinico di Milano, ucciso dalle Brigate Rosse il 17.02.1981

Scopri il vero pulito

SADI CHRISTEYNS S.p.A.
Prodotti e Sistemi per la Pulizia Professionale

produce e commercializza in tutto il mondo prodotti detergenti e igienizzanti per la pulizia professionale. I nostri clienti sono: case di cura e di riposo, imprese di servizi e alberghi, ristorazione.

"LINEA SC"
prodotti pronti all'uso pensati per l'impresa

"LINEA GREEN'R"
"LINEA CHRIOX"
senza risciacquo, l'unica completa in Europa

Pulire? rilassati c'è SADI CHRISTEYNS

22040 Lurago D'Erba (Co) - ITALY - Via Vallassina 21/i Tel. +39.031.3599149 - Fax +39.031.696747
www.sadichristeyns.it - info@sadichristeyns.it

Il Capitolato Tipo si rinnova. Quale Capitolato Tipo per il futuro

Riassunto

Il Capitolato Tipo relativo ai servizi di igiene ambientale integrata in sanità presentato nel 2006 è stato profondamente rinnovato; Si allarga il quadro delle organizzazioni e aziende coinvolte nel lavoro.

Novità numerose e significative in relazione alle modifiche legislative intercorse e agli standard di settore. Si modificano radicalmente i riferimenti relativi ai sistemi di controllo, anche con l'eventuale introduzione di controlli di parte terza, i riferimenti degli standard ambientali, gli standard formativi per il personale addetto e per i sistemi informativi di gestione dei servizi e di relazione Committente – Esecutore.

Va evitato il rischio che la formula prevista all'art.286 del Regolamento di esecuzione del Codice dei Contratti pubblici entrato in vigore a Giugno 2011 porti nei fatti a trasformare le gare prezzo/qualità in gare "al massimo ribasso", generando gravi elementi di rischio per la qualità delle prestazioni, nonché ulteriori gravi distorsioni nella selezione delle offerte più vantaggiose. Si delineano gli ambiti di ulteriore sviluppo delle attività, per il "Capitolato Tipo del futuro".

Gianni De Togni

Consulente Scuola Nazionale Servizi

INTRODUZIONE

A distanza di 5 anni dalla prima edizione del 2006, il Capitolato Tipo si rinnova.

L'attività di adeguamento dei contenuti è strettamente connessa agli obiettivi fondamentali dello strumento che si confermano tutt'ora validi:

- agevolare la definizione dei contratti e omogeneizzare gli atti di gara senza rinunciare alle specificità;
- aumentare la trasparenza delle gare;
 - ridurre le possibili ambiguità presenti negli atti di gara,
 - prevenire possibili contenziosi tra le parti sia in fase di gara che nell'iter del contratto,
 - favorire una sana ed equilibra-

ta competizione sul mercato;

- attribuire il giusto valore alla qualità dei servizi e contrastare logiche del ribasso di costo distorsive e a discapito della qualità
- migliorare la descrizione dei servizi richiesti indirizzando i fornitori in merito alla partecipazione alle gare, alla predisposizione dell'offerta e una corretta stima dei costi.

Dal 2006 ad oggi gli scenari del settore dei servizi e anche dei servizi di tipo alberghiero gestiti in outsourcing sono cambiati in modo importante in relazione a:

- forte e progressiva esigenza di contenimento dei costi da parte del S.S.N., mantenendo e sviluppando un presidio preciso della qualità complessiva; continua la

discesa dei corrispettivi reali che si possono pagare per i servizi richiesti, e aumenta il rischio di disallineamento tra i due elementi (servizi richiesti / corrispettive economiche servizi);

- allargamento sul fronte delle imprese dei soggetti che si propongono come offerenti di servizi verso la sanità, anche in relazione alla difficile situazione economica del Paese che impone tra l'altro alle imprese di adeguare la propria capacità competitiva;
- la legislazione applicabile al settore, con l'introduzione di nuove normativa tra cui la più rilevante è l'entrata in vigore dal Giugno 2011 del D.P.R.5 ottobre 2010, n°207 "Regolamento di esecuzione del D.L. 12 Aprile 2006,n°163, codice dei contratti pubblici,...", nonché l'evoluzione della giurisprudenza specifica.
- il progressivo positivo diffondersi nel settore di logiche di gestione delle varie attività (progettazione, realizzazione, controllo, adeguamento,..) maggiormente mirate ad una reale logica di governo dei diversi processi e alla loro effettiva integrazione in funzione di un miglioramento dell'intero sistema. Elemento collegato e a sua volta motore di ulteriore sviluppo dell'insieme delle certificazioni volontarie relative a qualità, ambiente, sicurezza e responsabilità sociale di impresa.

Il lavoro è stato svolto mantenendo l'impostazione originaria di essere una proposta condivisa tra Asso-

**PAROLE CHIAVE:**

Capitolato tipo, sistemi di controllo, regolamento codice contratti.

ciazioni Professionali e di Categoria nazionali rappresentative dei profili professionali coinvolti nell'articolata filiera della gestione dei servizi alberghieri in Sanità; il gruppo di lavoro si è ulteriormente allargato e ha potuto contare sul contributo fattivo di un folto gruppo di imprese del settore che hanno messo a disposizione le proprie esperienze partecipando ai lavori con diversi profili professionali: Responsabili dei diversi sistemi certificati, Responsabili tecnici e commerciali, Responsabili uffici legali, Responsabili uffici gare e appalti,....

EQUILIBRIO TRA PREZZO E QUALITA'

L'edizione aggiornata del Capitolato Tipo viene diffusa negli stessi giorni in cui entra ufficialmente in vigore il già citato nuovo Regolamento di attuazione del Codice dei Contratti pubblici.

Tante sono le novità del regolamento che sono state giustamente recepite nel Capitolato Tipo e che determinano minori elementi di incertezza nel settore.

Un aspetto però comporta conseguenze talmente rilevanti, da essere già stato oggetto di ricorso formale al T.A.R. del Lazio, da parte delle principali Federazioni ed Associazioni Imprenditoriali di Categoria, nonché al centro in questi mesi di numerosi confronti nelle più diverse sedi.

Il Regolamento prevede all'art. 286, comma 6, "ai fini della determinazione del coefficiente riferito all'elemento di cui al comma 1, lettera b)

(prezzo)" che la commissione giudicatrice utilizzi una nuova formula in sostituzione della precedente formula contenuta nel D.P.C.M. 13 marzo 1999, n. 117, specificamente abrogato.

Senza entrare in questa sede nel dettaglio tecnico dei conteggi, è però opportuno evidenziare come la formula (che utilizza di fatto per il calcolo gli sconti % e non più i valori economici reali offerti) ha effetti tali da svilire del tutto la componente tecnico-qualitativa dell'offerta, in quanto si realizza uno scarto tra i punteggi assegnati al prezzo offerto tanto forte ed ampio, da risultare incolmabile attraverso la valorizzazione della parte tecnica, come indicato nella seguente Tab.1.

Questo elemento è rafforzato dal fatto che nella valutazione della parte tecnica dell'offerta, si assiste, per la peculiarità del settore,

ad una inevitabile prossimità nei punteggi attribuiti. Il macroscopico divario di punteggio che consegue necessariamente dalla applicazione della formula da ultimo introdotta non può che comportare la tendenza ad esasperare il ribasso offerto, con conseguente sostanziale trasformazione del criterio di aggiudicazione; nella sostanza anche le gare così dette prezzo/qualità diventerebbero gare tali da favorire con netta prevalenza il massimo ribasso.

Il lavoro condotto per la revisione del Capitolato Tipo che punta ad migliorare i livelli di partnership tra Committente ed Imprese e ad elevati livelli di qualità delle prestazioni, è stato realizzato senza poter valutare a pieno gli effetti applicativi derivanti da questa nuova formula di calcolo relativa all'elemento prezzo. Per citare un unico esempio tra i tanti possibili l'articolazione nel Disciplinare di gara degli elementi di valutazione relativa per i parametri ed i sottocriteri di attribuzione dei punteggi ha cercato di fornire una valutazione equilibrata del peso delle diverse parti nella valutazione qualitativa dell'offerta tecnica, soprattutto per

Scuola Servizi

Autore Gianni DE TOGNI – Maggio 2011

Tab. 1

Gara secondo il metodo dell'offerta economicamente piu' vantaggiosa
Valori previsti 40 punti al prezzo e 60 punti alla qualità tecnica del progetto
Base di gara soggetta a ribasso 1.000.000 €

	Offerte	Sconto%	Prezzo offerto	Punteggi secondo DPCM n°117/1999	Punteggi art 286 comma 6, DPR 207/2010	
					Coeff	Punti
1° Esempio	Ditta A	-1%	990.000	39,19	0,33	13,3
	Ditta B	-2%	980.000	39,59	0,67	26,7
	Ditta C	-3%	970.000	40,00	1,00	40,0
2° Esempio	Ditta A	-5%	950.000	35,79	0,33	13,3
	Ditta B	-10%	900.000	37,78	0,67	26,7
	Ditta C	-15%	850.000	40,00	1,00	40,0

le grandi ed articolate commesse sanitarie ed ospedaliere; nel caso di utilizzo effettivo della nuova formula, tale lavoro sarebbe probabilmente da rivedere ampiamente perlomeno per “ limitare i danni”.

IL LAVORO SVOLTO

Profonda è stata la revisione dei documenti che vengono proposti alla valutazione e all'utilizzo dei diversi protagonisti del settore:

Di seguito solo i principali argomenti, i riferimenti ai capitoli nuovi, in quanto per presentare ed esaminare adeguatamente il lavoro svolto, verranno presentati nelle diverse sedi numerosi contributi specifici relativamente alle parti più innovative.

Per quanto riguarda il Disciplinare. Oltre ad una rivisitazione generale per l'adeguamento alle nuove normative e al consolidamento di alcuni orientamenti nella giurisprudenza, vi sono parti nuove o profondamente riviste; di seguito solo alcuni dei riferimenti:

- Aggiornamento dell'insieme dei requisiti di partecipazione tra cui l'adeguamento del quadro delle certificazioni volontarie richieste, che prevedono ora non solo le ISO 9001:2008 (qualità), ma anche le ISO 14001:2004 (ambiente), le OHSAS 18001:2007 (sicurezza) e la SA 8000:2008 (responsabilità sociale dell'impresa);
- Valutazione degli elementi qualitativi dell'offerta;
- Proposta di articolazione dei parametri, dei relativi sottocriteri e dei coefficienti dei punteggi;
- Valutazione elemento prezzo con i già citati elementi criteri di applicazione della nuova formula art. 286;
- Verifiche di congruità dell'offerta.

E' stato rivisto anche tutto l'insieme delle note e dei riferimenti aggiornandolo profondamente.

In qualche caso è proprio nelle note che si è cercato di illustrare il senso delle proposte contenute nel testo.

Ad esempio sul tema delle giustificazioni per le verifiche di congruità si è definita una formulazione che tende a limitare con grande chiarezza le possibili forzature; escludere la possibilità di inserire nelle giustificazioni relative al costo del lavoro della manodopera eventuali benefici non pertinenti all'offerta, o dati medi aziendali, o condizioni future non rientranti nelle disponibilità dell'Impresa e fare riferimento esplicitamente al dato del “divisore” (ore annue mediamente lavorate) contenuto nelle tabelle ufficiali in vigore al momento della gara, limita fortemente la possibilità di utilizzare interpretazioni “creative” che in molti casi hanno forzato il buon senso per cercare di raggiungere vantaggi sull'attribuzione dei punteggi di gara relativi al monte ore dichiarato. Rimane inoltre per le singole Amministrazioni la facoltà di valutare tali clausole “ a pena di esclusione”.

Per quanto riguarda il Capitolato tecnico e i relativi allegati.

Si sono rivisti completamente i testi, inserendo nuovi capitoli e rivedendo completamente l'assetto degli allegati al Capitolato, in particolare:

- e' sostanzialmente invariato il quadro dei servizi previsti, della possibilità di inserire servizi opzionali e la definizione degli obiettivi dell'affidamento;
- sono state adeguate le parti relative alla logistica dell'appalto e alla sicurezza;
- il piano della qualità del servizio tiene conto delle nuove certificazioni richieste;

- è stato inserito un capitolo relativo ai criteri di Sostenibilità ambientale allineato con le attività in corso a livello nazionale anche presso i ministeri competenti relativamente all'argomento;

- e' stato inserito un capitolo relativo alle procedure di interfacciamento tra Amministrazione ed Esecutore, contenente gli standard di riferimento per i servizi informativi di gestione della commessa e di costituzione dell'Anagrafica tecnica;

- e' stato inserito un nuovo capitolo relativo alla impostazione della formazione ed aggiornamento del personale, con l'indicazione degli standard di contenuti e formativi previsti per le principali figure professionali;

- e' stato completamente rivista l'impostazione per la valutazione del servizio e per la definizione delle azioni di miglioramento, ridefinendo il quadro dei controlli previsti;

- e' stata adeguata la struttura degli allegati per renderla coerente al documento proposto.

QUALE CAPITOLATO TIPO PER IL FUTURO?

Cosa immaginiamo nel Capitolato Tipo dei prossimi anni ?

Quello che serve, quello che funziona effettivamente,... rispetto agli obiettivi richiamati nell'introduzione.

Un Capitolato Tipo che:

- aiuta a chiedere e a selezionare sul mercato solo quello di cui abbiamo realmente bisogno, senza ridondanze;
- aiuta a valutare quanto possiamo chiedere al mercato in funzione delle esigenze, ma anche delle risorse disponibili; richieste sproporzionate rispetto alle risorse economiche disponibili costituiscono un elemento che

anziché aiutare una selezione positiva del mercato, crea distorsioni alla concorrenza o spinge a cercare scorciatoie di vario tipo;

- aiuta a valutare i progetti realmente qualificati e innovativi, secondo i migliori standard di settore;
- aiuta anche a controllare che quanto previsto e quanto promesso sia effettivamente realizzato, in modo da scoraggiare ogni genere di improvvisazioni.

Torniamo quindi alla sfida concreta del lavoro da sviluppare ulteriormente, proviamo a individuare alcuni ambiti di attività e di ricerca, che verranno sicuramente sviluppati anche in base a quanto verrà proposto e valutato nel corso delle diverse iniziative di presentazione, approfondimento, valutazione che verranno realizzate nei prossimi mesi.

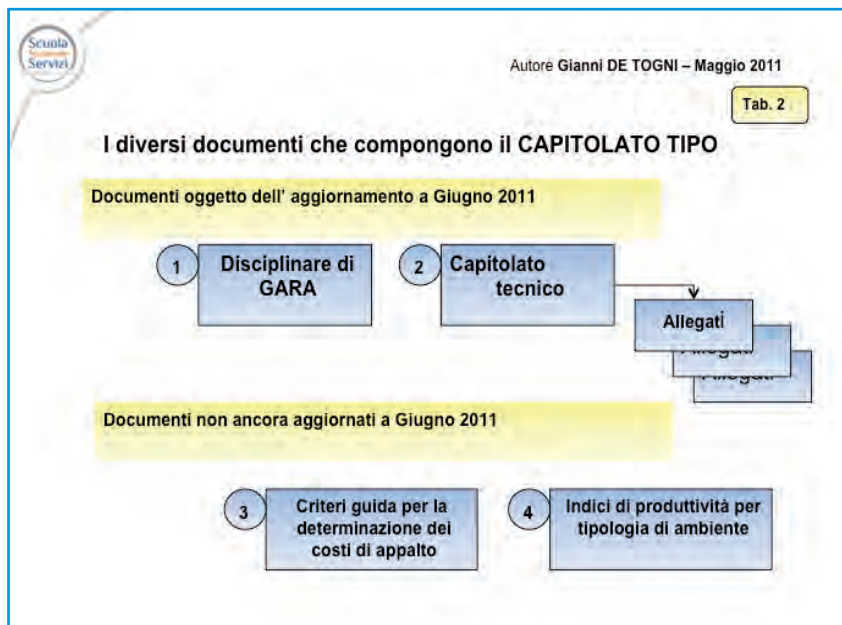
Alcuni ambiti di attività possono quindi essere:

1) Mantenere costantemente aggiornato l'impianto di Disciplina e Capitolato tecnico rispetto all'evoluzione delle norme, ma anche delle concrete situazioni reali di mercato.

Ripartiamo da qui perché rimane il dato essenziale. Negli esempi citati rispetto al tema delle attribuzioni dei punteggi relativi al fattore prezzo e delle verifiche di congruità delle offerte occorre introdurre e attuare correttivi adeguati; altrimenti la portata del problema può essere largamente preponderante in negativo per l'evoluzione dei servizi rispetto agli altri elementi.

2) La "praticità di utilizzo" della parte tecnica del Capitolato Tipo.

Quello che serve e che funzio-



na abbiamo detto; nel Capitolato Tipo una delle parti meno utilizzate sul mercato è sicuramente quella relativa alle linee guida per la determinazione dei costi di appalto, e non solo perché le Amministrazioni hanno bisogno di risparmiare e di conseguenza vengono bandite solo gare con valori più bassi,.....

Lo strumento è giustamente articolato, deve essere personalizzato nelle diverse soluzioni,... ma è anche complesso da utilizzare, poco agevole da maneggiare per i Committenti, si scontra con le carenze dei sistemi informativi implementati, contiene coefficienti di variabilità per essere adattato alle diverse situazioni molto ampi,

Cosa si può fare per realizzare strumenti più utilizzabili? Sicuramente non è un obiettivo facile da perseguire, probabilmente occorre riflettere anche sulla specificità del riferimento collegato "indici di produttività per tipologia di ambienti", ma se non ci riusciamo, quella parte del Capitolato Tipo corre il rischio di restare una corretta testimonianza di principio, poco utilizzato nella realtà.

3) Ricerca applicata: le basi tecniche – metodologiche per un servizio efficace ed efficiente.

Man mano procede il lavoro di sperimentazione e validazione di adeguati std e/o riferimenti tecnici di settore, evolvono gli equilibri dell'efficacia e dell'efficienza.

La ricerca e l'innovazione non devono ridursi alla ricerca di novità tecniche o gestionali fini a se stesse, ma che non producono un reale valore aggiunto per le parti. Ad esempio l'utilizzo del Bioluminometro proposto in base alla ricerca applicata di ANMDO, ha avvicinato ulteriormente nei fatti la ricerca di far corrispondere "il pulito" con "l'igiene" e permette di esplorare metodologie, frequenze, attività, con strumenti di costo accettabile e di utilizzabilità pratica effettiva, per individuare una evoluzione delle prestazioni tecnicamente basata su dati di fatto significativi.

Può rappresentare una frontiera di sperimentazione che porti a risultati profondamente innovativi come è stato ad esempio negli anni scorsi l'introduzione delle metodologie basate sulle microfibre?

4) Ricerca applicata: le innovazioni rispetto a qualità, ambiente, sicurezza, e responsabilità sociale.

Qua c'è ancora una grande distanza tra macro obiettivi di principio che sono oramai maturi nella consapevolezza e negli obiecti delle organizzazioni (sia dei committenti che delle Imprese) e l'individuazione di adeguate soluzioni applicative, di standard effettivi; e di conseguenza non è agevole per le singole Amministrazioni e le singole imprese "declinare questi aspetti".

Ad esempio a volte si può correre il rischio di ridurre aspetti significativi di valutazione dell'impatto ambientale dei prodotti di pulizia alla pura conta dei prodotti con il marchio "Ecolabel", o alla penalizzazione pura e semplice dell'utilizzo di prodotti etichettati con frasi di rischio, magari a prescindere dalle concentrazioni effettive di utilizzo, dalle procedure di riduzione e gestione del rischio, e dalla effettiva esistenza di alternative tecniche, e così in analogia per altri aspetti.

5) Le sfide della "misurazione dei servizi".

Con la nuova edizione del Capitolato Tipo si passa con decisione dalla misura della qualità del risultato del servizio di pulizie, alla misura e valutazione su indicatori strutturati multifattoriali dei requisiti di sistema, dei requisiti di processo, degli standard di risultato, delle indagini di customer sui Clienti interni; tali attività devono essere sviluppate secondo criteri coerenti nelle diverse tipologie di controllo (di 1^a parte, di 2^a parte, ed eventualmente anche di 3^a parte).

Il salto concettuale e pratico è enorme e oltre le soluzioni già prospettate nel Capitolato Tipo, si aprono numerosi ambiti applicativi

relativi alle risorse umane e alle soluzioni organizzative e tecniche relative a questi temi.

6) I protagonisti, gli strumenti ed i metodi della Partnership.

L'allargamento dei soggetti protagonisti del lavoro del Capitolato Tipo sia all'interno delle strutture Sanitarie, che delle associazioni esterne sia di categoria, che di ricerca, studio e formazione del settore, sono un esempio pratico che discende da un dato di fatto. Obiettivi di qualità del servizio che hanno bisogno di assumere pienamente la dimensione dell'analisi dei processi critici e delle relative interconnessioni, mettono in campo nuovi ed ulteriori soggetti," allargano la visuale a 360°"; fanno cogliere a pieno che non basta la qualità del risultato delle prestazioni ridotta a qualità di risultato/prodotto (sicuramente elemento di assoluto rilievo), per realizzare servizi che collochino realmente al centro delle dinamiche gli utenti dei servizi, l'efficacia delle attività sanitarie, i bisogni del paziente.

Non vanno generate confusioni rispetto ai ruoli previsti e codificati dalle norme (D.E.C., D.M.O.,...) e dalle organizzazioni per il presidio delle attività, ma relazioni più complesse, il coinvolgimento di un numero maggiore di protagonisti per essere efficace deve essere "organizzato", deve avere momenti e sedi definiti per funzionare adeguatamente, deve avere strumenti.

Ad esempio definire standard minimi dei sistemi informativi e delle strutture anagrafiche di supporto, per poi condividere l'implementazione dei progetti informativi che ruotano attorno ai servizi nelle singole strutture sanitarie sono passaggi fondamentali per poter poi gestire in modo efficace le attività, avere le informazioni che

servono effettivamente disponibili, sedimentare l'esperienza e la conoscenza all'interno del Committente degli elementi critici relativi ai servizi affidati in gestione esterna.

Ad esempio immaginare momenti formali di riscontro, ma anche di confronto (quali ad esempio le riunioni periodiche condotte in modo definito per "rendere" i risultati dei controlli congiunti nel caso di audit di parte terza), permette di avvicinare quanto progettato a quanto effettivamente realizzato, di condividere con ruoli, modi e tempi ben codificati la soluzione delle eventuali criticità.

E' un impegno su numerosi fronti diversi, ma tra di loro collegati, che ancora una volta richiedono un contributo determinato e consapevole da parte dei diversi attori per produrre gli ulteriori miglioramenti possibili.

La Medicina Nucleare: attualità e prospettive

Riassunto

La Medicina Nucleare è in continua evoluzione ed è destinata ad affermarsi sempre più nel panorama della diagnostica per immagini, per via del numero crescente di sue applicazioni. Il contributo maggiore a tale processo è fornito dallo sviluppo della metodica PET e dalla continua ricerca di nuovi traccianti e migliori tecniche di acquisizione. Parallelamente ai progressi in ambito diagnostico, in Medicina Nucleare si aprono nuove prospettive in ambito terapeutico, volte ad essere alternative delle linee tradizionali.

Stefano Fanti, Ilaria Grassi, Paola Caroli

U.O. Medicina Nucleare, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi.

La Medicina Nucleare è una branca specialistica che utilizza radionuclidi non sigillati a scopi diagnostici, terapeutici e di ricerca. Le sue peculiarità rispetto ad altre tecniche di imaging possono essere rintracciate nell'impiego di opportuni radiofarmaci, nella acquisizione emissiva e non trasmittiva (rilevazione di radiazioni emesse dal soggetto in esame) e nell'indispensabile coordinamento tra figure professionali eterogenee per formazione.

I radionuclidi, che coniugati a composti organici danno origine ai radiofarmaci o radiotraccianti, introdotti nell'organismo frequentemente per via endovenosa (più raramente per via orale), emettono, in seguito al decadimento radioattivo, radiazioni ionizzanti di differente livello energetico (KeV), che arriva fino a 511 KeV degli isotopi usati nella PET. I radiotraccianti consentono una valutazione funzionale e soprattutto "in vivo" dei tessuti e delle cellule in cui si accumulano. Inoltre, al contrario delle immagini radiologiche, le immagini medico-nucleari vengono ottenute per mezzo della rilevazione di radiazioni emesse dai radionuclidi. E' quindi il paziente ad emettere radiazioni; l'imma-

gine corrispondente viene elaborata da apposite apparecchiature in grado di trasformare l'energia quantica dei fotoni in energia elettrica (fenomeno della "scintillazione", da cui il termine "scintigrafia"). Infine, per ottenere il miglior risultato e progredire nella ricerca, la medicina nucleare si avvale della sinergia tra varie figure professionali quali programmatori, fisici, radiochimici, biologi. In base alle tecnologie impiegate (radionuclidi e sistemi di rivelazione), l'intero pool di indagini effettuate dalla Medicina Nucleare viene distinto in due categorie, quella della "Medicina nucleare convenzionale" e quella della diagnostica PET; anche il nostro Centro è suddiviso in due sezioni in base a tale distinzione. Vi è inoltre una zona "non controllata", in cui si trovano le sale per i pazienti in attesa dell'esame ed in cui si svolgono le attività amministrative, di refertazione ed organizzative. Le indagini di "Medicina Nucleare convenzionale" sono essenzialmente rappresentate dalle scintigrafie e dalle tomografie ad emissione di singolo fotone o SPET (Single Photon Emission Tomography). Nel caso delle scintigrafie il paziente, opportunamente iniettato con radionu-

clidi gamma emittenti, viene studiato con apposite apparecchiature dette "gamma camera"; tali apparecchiature possono essere a testata unica o a testata multipla (più frequentemente); i sistemi di rivelazione sono costituiti da cristalli di Ioduro di Sodio attivati al Tallio; per discriminare i soli fotoni perpendicolari al piano di rivelazione si utilizzano i cosiddetti collimatori. Le immagini così acquisite sono planari e possono essere, a seconda delle esigenze diagnostiche, segmentarie o whole-body, o ancora statiche o dinamiche. Qualche esempio di indagine scintigrafica è dato dall'elenco che segue.

- Scintigrafia ossea (con ^{99m}Tc DPD): indagine whole-body (talora richiesta acquisizione segmentaria o acquisizione trifasica) e statica, di impiego primariamente oncologico (stadiazione, risposta al trattamento, follow-up e puntualizzazione reperto dubbio più frequentemente nelle neoplasie della mammella, della prostata, del polmone e nel melanoma, più raramente in altre neoplasie), ma anche non oncologico, a complemento di ulteriori indagini (valutazione del posizionamento di protesi ortopediche, artriti, algodistrofie) e nella valutazione della malattia pagetica.
- Scintigrafia tiroidea (con ^{99m}Tc -per-tecnetato): indagine segmentaria e statica, impiegata per definizione della patologia nodulare (noduli "freddi" o "caldi"), dell'andamento funzionale della ghiandola (ipo o iperfunzionamento), in caso di verosimile processo tiroiditico e nella visualizzazione della tiroide, anche ectopica, nei neonati con funzionalità dubbia.
- Scintigrafia renale sequenziale (con ^{99m}Tc -MAG3): indagine segmen-

**PAROLE CHIAVE:**

scintigrafia, PET, terapia radio metabolica

ria e dinamica, che valuta le tre fasi di processazione renale del tracciante (arrivo in territorio arterioso, estrazione parenchimale e escrezione), fornendo pertanto informazioni morfologiche ma soprattutto consentendo l'elaborazione delle curve attività-tempo; tale indagine è impiegata nello studio delle uropatie ostruttive, dell'ipertensione nefro-vascolare (previa somministrazione di inibitore del sistema renina-angiotensina-aldosterone), del decorso post-trapianto; nello studio delle nefropatie pediatriche è invece preferibile l'impiego del ^{99m}Tc -DMSA).

- Scintigrafia polmonare: indagine statica e segmentaria, di tipo perfusionale (con MAA marcati con ^{99m}Tc , per la valutazione pre-chirurgica della funzionalità respiratoria o dell'entità del danno provocato da interstiziopatie) o ventilatoria (con Technegas ^{99m}Tc , da comparare alla perfusionale per la valutazione di processi trombo embolici).
- Scintigrafia delle paratiroidi (con doppio tracciante ^{99m}Tc -SESTAMIBI e ^{99m}Tc pertecnetato): indagine statica e segmentaria, per la localizzazione di paratiroidi ingrandite o iperfuzionanti in caso di quadro clinico-laboratoristico di iperparatiroidismo, soprattutto se vi è indicazione chirurgica.
- Scintigrafia surrenalica (con Metaiodobenzilguanidina marcata con I123): indagine statica e whole body, per lo studio delle neoformazioni surrenaliche ed in particolare del feocromocitoma.

Altri esempi di indagini scintigrafiche sono costituite dalla scintigrafia delle ghiandole salivari (eseguita con ^{99m}Tc -

pertecnato ed impiegata per la valutazione del grado di funzionalità in caso di patologie autoimmuni o terapie radianti), la scintigrafia epatica (complementare ad altre indagini, per la visualizzazione di lesioni focali al di sopra dei 2 cm) o epatobiliare (nel sospetto di atresia delle vie biliari) e la scintigrafia per la ricerca del diverticolo di Meckel (con ^{99m}Tc -pertecnato, utile nella valutazione dei sanguinamenti intestinali ripetuti in infanzia ed adolescenza). Un'altra tipologia di indagini storicamente appartenenti al novero della Medicina Nucleare convenzionale è costituito dalle SPET; tali indagini hanno avuto discreto sviluppo negli ultimi anni perché sono state sintetizzate e commercializzate nuove molecole, marcabili con ^{99m}Tc , gamma emittenti, idonee a consentire studi di flusso miocardico e cerebrale, e traccianti immunologici e recettoriali marcati con I-123 o In-111, che hanno ampliato le possibilità di applicazione della tecnica SPET. Le gammacamere che ne consentono l'acquisizione sono a più testate, e le sezioni ottenibili possono essere transassiali, coronali e sagittali. In alcuni casi la SPET si effettua come completamento dell'esame planare, come ad esempio nei casi in cui vengono impiegati indicatori positivi, leucociti marcati o traccianti immunologici o recettoriali, o nel caso di distretti complessi come la regione paratiroidea o surrenalica. Le più consistenti applicazioni della SPET sono le seguenti:

- SPET miocardica di perfusione (con ^{99m}Tc -tetrofosmin), che consente di valutare il grado di perfusione miocardica e la vitalità del muscolo in condizioni quali una coronaropatia già nota o sospetta, il pregresso infarto, l'insorgere di una ischemia

inducibile, o qualora si voglia valutare la risposta miocardica a seguito di un intervento, come il posizionamento di uno stent o la coronaroplastica. Di solito l'esame prevede un'acquisizione "sotto sforzo", previo sforzo al cicloergometro o somministrazione di adenosina (o dipiridamolo o dobutamina) ed iniezione del tracciante ed un'acquisizione "basale", a riposo e previa iniezione del solo tracciante, onde confrontare le immagini ottenute.

- la SPET cerebrale con radiofarmaci liposolubili marcati con ^{99m}Tc (HMPAO e ECD) è la tecnica di elezione per ottenere precise informazioni sul flusso cerebrale distrettuale, mentre la SPET cerebrale con FP-CIT marcato con I-123 (DatSCAN) è utile nella diagnosi differenziale tra Parkinson e sindromi parkinsoniane perché tale farmaco è un ligando dei recettori pre-sinaptici della dopamina, situati nel corpo striato.

I maggiori progressi raggiunti dalla Medicina Nucleare, sia nella diffusione che nel miglioramento tecnico, sono rappresentati dalla diagnostica PET.

Nella PET vengono utilizzati radionuclidi (F-18, C-11; O-15; N-13) emittenti di positroni, ovvero particelle β^+ , che dopo aver percorso un brevissimo tratto nella materia si annichilano con un elettrone orbitale; in conseguenza di ciò vengono emessi due fotoni gamma di 511 KeV fra loro in coincidenza. Tali radionuclidi vengono impiegati per marcare alcune molecole organiche (ad esempio fluorodesossiglucosio, colina, metionina); il radiofarmaco così ottenuto consente di valutare quantitativamente il flusso distrettuale ed anche il metabolismo tissutale.

I sistemi di rivelazione sono rappresentati in questo caso da tomografi con più anelli di detector contrapposti e disposti circolarmente, costituiti più frequentemente da germanato di bismuto (BGO). I tomografi PET sono caratterizzati da un'elevata efficienza di conteggio e risoluzione spaziale, che nei sistemi più

moderni raggiunge i 4-5 mm; sempre in tempi recenti, si è assistito alla diffusione dell'imaging "ibrido" (PET/TC), ovvero di tomografi che fanno precedere all'acquisizione PET una scansione TC a basso dosaggio, consentendo un miglioramento della correzione per l'attenuazione. Per quanto concerne invece la produzione dei radionuclidi, alcuni hanno un'emivita fisica molto breve e pertanto devono essere prodotti nella sede stessa della loro utilizzazione mediante ciclotroni, altri (F-18) hanno emivita più lunga e possono essere prodotti in altra sede; nel nostro Centro la presenza della Radiofarmacia e del Ciclotrone in loco consentono la produzione autonoma dei principali radiofarmaci impiegati ed in particolare dei radiotraccianti indicati di seguito.

- Il fluoro-desossi-glucosio marcato con F-18 (F-18 FDG), è il radiofarmaco cardine della diagnostica PET, in quanto marcatore del metabolismo glucidico e come tale sensibile agli incrementi provocati da processi neoplastici o flogistici, ma può essere impiegato talora anche come tracciante di vitalità miocardica (in alternativa al Rubidio 82, che è più propriamente un tracciante di perfusione) o nello studio dell'encefalo (epilessia e demenze di Alzheimer). Per quanto attiene l'impiego oncologico, la PET con F18-FDG trova largo utilizzo nello studio dei linfomi, dei tumori del polmone, della mammella, del colon-retto, del distretto testa-collo, nei tumori ginecologici, nei tumori stromali gastro-intestinali.
- Altri traccianti di metabolismo sono rappresentati dalla C-11 Colina (coinvolta nel metabolismo delle membrane come fosfatidilcolina), che viene impiegato nello studio del tumore prostatico, del tumore renale a cellule chiare, dell'epatocarcinoma, del tumore della vescica ed il tracciante C-11 Metionina (coinvolto nel turnover amminoacidico), che è invece impiegato nello studio dei tumori cerebrali primitivi.

- Oltre ai traccianti di metabolismo, la PET si avvale anche di traccianti recettoriali, quali gli analoghi della somatostatina, i cosiddetti DOTA-compounds (DOTANOC, DOTATOC, DOTATATE), marcati con Gallio 68. Tali radiofarmaci sono marcatori specifici per i tumori neuroendocrini differenziati; in questo caso l'indagine sarà volta alla valutazione di zone di fissazione dell'indicatore per l'eventuale impostazione di una terapia radiometabolica.

- Altri traccianti impiegati in PET, ancora preliminarmente e con finalità di ricerca, sono il Cu-diacetyl-bis(N4-methylthiosemicarbazone), abbreviato a 64Cu-ATSM, utile per la valutazione delle aree ipossiche potenzialmente resistenti al trattamento radioterapico nei tumori del distretto testa-collo e ginecologici e la fluorotimidina marcata con F18, che è un tracciante indiretto di proliferazione del DNA (legandosi alla timidino-kinasi) e consente una diagnosi differenziale più agevole tra flogosi e malattia.

La PET può risultare utile in ogni fase della storia della malattia: nella stadiazione, nella valutazione della risposta al trattamento (chirurgia, radioterapia, chemioterapia), nella valutazione della ripresa malattia, nella puntualizzazione di un reperto non di univoca interpretazione alla luce delle altre metodiche diagnostiche e nel follow-up.

La medicina nucleare non ha solo finalità diagnostiche, ma anche terapeutiche.

I contesti in cui essa è maggiormente sviluppata e diffusa sono certamente rappresentati dalla cura della patologia tiroidea, dalla cura dei tumori neuroendocrini differenziati, dalla terapia dei linfomi, in quest'ultimo caso qualora le terapie di prima linea abbiano fallito, e dalla terapia palliativa delle metastasi ossee. In particolare, per quanto riguarda la tiroide, si impiega lo I131, che normalmente viene avidamente captato dalle cellule, sia per "siderare"

eventuali residui in loggia tiroidea dopo un intervento di tiroidectomia totale per tumore differenziato della tiroide (follicolare o papillifero), sia per arrestare funzionalmente la tiroide iperattiva (malattia di Basedow o adenoma di Plummer); nel primo caso il paziente sarà ricoverato in camera di degenza protetta, nel secondo caso, dati i minori dosaggi, ciò non si rende necessario ma gli verranno fornite delle indicazioni di radioprotezione.

La terapia dei tumori neuroendocrini impiega invece isotopi beta-emettitori ad alta energia (Itrio 90 o Lutezio 177), che si sono dimostrati vantaggiosi per lo scopo, poiché compiono nell'organismo un tragitto di pochi millimetri ed irradiano non solo le cellule dotate di recettore, ma anche quelle vicine (meccanismo del "fuoco incrociato"); conditio sine qua non per effettuare queste terapie è che il tumore neuroendocrino sia ben differenziato che esprima i recettori della somatostatina (esame istologico, PET con 68-Ga DOTANOC con evidenza di fissazione). Un'altra applicazione terapeutica, peraltro effettuata anche nel nostro Centro, è rappresentata dalla terapia con Ibritumomab tiuxetano marcato con Itrio 90; tale farmaco è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma non-Hodgkin (NHL) follicolare a cellule B CD20+ ricaduti o refrattari a rituximab.

Altri radionuclidi impiegati in terapia medico-nucleare sono rappresentati dallo Stronzio 89 e dal Samario 153, entrambi sperimentati nella palliazione delle metastasi ossee diffuse.

Il futuro della terapia in medicina nucleare sembra invece essere rappresentato da radionuclidi e tecniche che ne consentano l'utilizzo direttamente in sala operatoria o appena poco dopo un eventuale intervento, onde radicalizzare il trattamento chirurgico (migliorando dunque la sopravvivenza), abbreviare i tempi di attesa ed il ritorno alla vita normale per il paziente.

“Ciogorì*, il gran monte”

Riassunto

La Sanità Pubblica italiana attraversa una fase nella quale alle difficoltà rappresentate dalla insufficienza delle risorse economiche si aggiunge una crisi dei modelli organizzativi praticati ormai da decenni. Alcuni pallidi tentativi di modifica dell'attuale situazione non hanno sortito effetti significativi.

Alberto Appicciafuoco

Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze

ANALISI PRESENTE E FUTURA

Gli ospedali del 2011 hanno ridotto il numero dei posti letto, molti hanno riorganizzato la degenza per intensità di cura, ma l'afflusso continuo con trend in aumento di pazienti al DEA crea criticità che spesso vanno ad interferire con l'attività programmata del presidio. L'organizzazione ormai consolidata del lavoro ospedaliero H24 reggerebbe ancora in modo sufficiente se non ci fosse un disallineamento con l'attività sanitaria territoriale, inefficiente ed obsoleta, organizzata e presente su 5 giorni settimanali. Un modello ormai vetusto in un momento di crisi economica e di assoluta vacanza del governo politico. Come spesso capita in questo contesto socio-politico-economico vi è una fuga dei quadri dirigenziali del Servizio Sanitario con un ricambio generazionale spinto che crea presupposti per proposte organizzative assolutamente nuove.

Il ricambio generazionale si concretizza anche nella sfera politica innescando un circolo virtuoso che dà il via a un profondo rinnovamento delle persone e dei modelli organizzativi. Nel 2020 viene varata una Riforma Sanitaria che responsabilizza le Regioni in modo spinto con separazione fra attività territoriale e quelle ospedaliere, con l'ospedale che ritorna ad essere struttura autonoma con un proprio Consiglio di Amministrazione e un proprio specifico bilancio aziendale. L'organizzazione dipartimentale viene alleggerita e riportata alla funzione tecnica, la funzione gestionale viene assegnata a un'unica figura che è l'Amministratore Delegato, in larga maggioranza di provenienza medica, esperto di organizzazione Sanitaria. Uno spazio conquistato sul campo in virtù di una professionalità indiscussa assicurata dal buon livello di preparazione universitaria e della formazione continua sostenuta dalla Associazione Scientifica di categoria (ANMDO).

CONCLUSIONI

Il nuovo setting consente in un breve volgere di tempo una profonda reingegnerizzazione dei processi ospedalieri che produce il raggiungimento di una efficacia e un'efficienza operative insperate pochi anni prima. Il tutto nel rispetto dei parametri economici assegnati che consentono il raggiungimento della sostenibilità economica.

In sintesi si concretizza un livello politico di programmazione strategica sanitaria, e un livello tecnico di organizzazione dei modelli assistenziali delegato a professionisti del settore e un livello tecnico di diagnosi e cura delegato ai professionals. Una chiarezza ed un rispetto dei ruoli che è la ricetta del successo della Riforma con buona soddisfazione dei cittadini.

Un luogo qualunque, 24 giugno 2025

Sarah Gatta Kruger entra nel parcheggio sotterraneo del blocco D e si dirige al posto a lei assegnato con la sua Astellas Toyota. Sale al piano terra e si dirige verso la Direzione. I locali della Direzione sono al secondo e ultimo piano. Fa sempre le scale a piedi perché le piace il panorama che si gode dalla vetrata semicircolare che chiude la rampa delle scale sul lato esterno. Le stanze situate alla destra del corridoio affacciano su una bella e ampia terrazza che corre lungo tutto l'edificio suddivisa, in corrispondenza dei muri di confine degli ambienti,

* Ciogorì è il nome “locale” del monte K2



PAROLE CHIAVE:
un nuovo mondo

da belle piante. C'è una sorta di zona di rispetto fra l'edificio della Direzione Generale e le altre costruzioni dove sono situati i servizi sanitari, a sinistra le degenze e a destra la zona outpatient.

La sua stanza è come protetta dalle due segreterie e dalla stanza del Responsabile della Comunicazione.

Sul quarto lato c'è appunto la terrazza. Di lato ad una delle segreterie c'è la Sala Riunioni dove avvengono gli incontri del Consiglio di Amministrazione e quelle del book dei Manager di Direzione.

Sarah ama quelle stanze, le piacciono gli arredi moderni, le poltrone di pelle nera molto comode, la sua è quella situata a metà del lato lungo di sinistra alle cui spalle si trova la segreteria.

Chissà perché aveva scelto quel posto, forse perché è mancina; dovunque andava, se poteva scegliere come le capitava quasi sempre, si posizionava in quel modo, non le piaceva il classico capotavola.

Era affezionata a quel luogo perché lì dentro, tre anni fa, aveva capito che poteva farcela.

Il 21 marzo 2022 era stata nominata Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera dei Santi Giovanni Battista ed Evangelista dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione "Αληθεια" che opera nella zona sanitaria numero tre della Regione dei Bei Monumenti.

La sua nomina fece scalpore, era molto giovane e molto bella: ne quid nimis.

Anche oggi, dopo tre anni che sono volati, ma l'hanno fatta maturare (e forse invecchiare) di sei, persino lei

si vede attraente quando si guarda negli specchi della sala riunioni.

Dopo la laurea in Medicina decise di prendere la laurea in Economia Sanitaria. A ventinove anni fece un master in Scienze dell'Incertezza e un altro in Metodologia del Controllo di Gestione.

Cominciò nel frattempo a lavorare in un piccolo ospedale di una zona sanitaria periferica.

A trentatré anni partecipò ad una selezione per Direttore dell'Ospedale dei Santi Giovanni Battista ed Evangelista tanto per fare esperienza.

In realtà senza esserne cosciente aveva già ottime frecce al suo arco, la conoscenza madre lingua di inglese e tedesco apprese in età infantile dalla madre boera sudafricana, una naturale capacità di relazionarsi con il prossimo che diventava irresistibile simpatia ed empatia quando l'altro era di sesso maschile. Le malelingue andavano oltre ma lei, forte ed equilibrata, non si era mai curata dei rumors.

Era stata scelta dagli anchor men del Consiglio di Amministrazione, Fissero, Apinzi e Kobice.

Come tutte le mattine, anche se quello era l'inizio di un giorno diverso dagli altri, attiva l'1-speed e si mette in contatto con i direttori di struttura funzionale clinica.

Il servizio di emergenza e accettazione quella notte aveva fatto un buon filtro (12%) per cui vi erano otto letti in più per l'area chirurgica.

Concorda con il professional traumatologico Dott. De Vitis di chiamare per il pomeriggio otto traumatizzati del giorno precedente rinviati al domicilio.

L'espressione un po' depressa di De Vitis la preoccupa, forse le voci sui problemi familiari di cui si parlava erano vere.

Chiama il Capo Esecutivo della Segreteria Selene per esaminare il piano di lavoro mensile. Decidono di spostare sei unità amministrative dalle strutture centrali alle isole di accoglienza ai piani per potenziare e migliorare la risposta al pubblico. Alle 9.00 è convocato il briefing mattutino dello Staff di Direzione, in tali riunioni ci sono già tutti i collaboratori.

Manca il collega Mirante come sempre; gioca a poker 2-3 volte la settimana e al mattino fatica, Sarah non lo riprende mai perché gli perdona quel piccolo difetto ampiamente compensato dalla sua abilità nella negoziazione erga omnes, colleghi, personale sanitario e non, e pubblico.

Lo staff è composto da undici persone che con lei fanno dodici, il numero perfetto. Quattro medici esperti in M.I.O.S. (Metodologia e Innovazione dell'Organizzazione Sanitaria) con specializzazione (o master) post laurea in G.S.S., Gestione dei Servizi Sanitari, due legali, due commercialisti, due managers infermieristici ed uno psicologo.

Undici persone che sono alla sua diretta dipendenza, da lei scelte e che le consentono di progettare e programmare annualmente l'attività sanitaria nell'ambito degli indirizzi strategici dettati dal Consiglio di Amministrazione.

L'età media del gruppo è trentotto anni. Un gruppo omogeneo nel quale la più giovane è Selvaggia, manager infermieristico (trentatré anni) e il più anziano è Tommaso, uno dei legali, quarantaquattro anni.

Nel decennio 2010-2020 vi era stato un ricambio generazionale, pressoché totale.

La vecchia guardia aveva abbandonato il servizio sanitario lasciando un

vuoto. Chi doveva per motivi anagrafici, chi aveva scelto di andarsene per evitare le pastoie della crisi economica e della riforma pensionistica, in pratica quasi tutti i quadri dirigenti delle Aziende Sanitarie Locali se ne erano andati.

Negli anni 2013-2015 la mancanza di idee e l'incapacità di assunzione di responsabilità da parte dei politici aveva portato la crisi economica nella Sanità a livelli non più accettabili. Quasi tutte le Regioni furono commissariate fino a che dopo le elezioni del 2020, il nuovo premier di quarantaquattro anni iniziò una serie di riforme fra cui la Riforma della Sanità.

Nuove zone sanitarie su base metropolitana che avrebbero gestito i servizi territoriali ed aziende ospedaliere autonome con Consiglio di Amministrazione e Amministratore Delegato, un Direttore Generale preferibilmente ma non esclusivamente medico; sicuramente capace di essere manager esperto nella gestione dei servizi sanitari e nella gestione economica.

Nel 2021 partono le prime esperienze pilota fino a che nel 2022 la riforma viene estesa su tutto il territorio nazionale. Dopo decenni di gerontocrazia partiva una nuova epoca dove al potere erano auspicati professionisti e tecnici quarantenni.

Ecco che Sarah era stata la persona giusta al momento giusto, o per meglio dire, la donna giusta al momento giusto, perché finalmente dopo tanto parlare le donne italiane sfondano e la loro percentuale nei posti di potere divenne equiparabile a quella dei paesi scandinavi.

Oggi nel 2025 i finanziamenti centrali sono ridotti rispetto al passato perché di fatto non sono mai stati adeguati al tasso inflazionistico; le Regioni hanno scelto la via della razionalizzazione con riduzione delle spese e riorganizzazione dei servizi.

La sola Regione dei Grandi Ghiacciai ha scelto di cambiare poco mettendo una quota di partecipazione delle spese sanitarie a carico dei cittadini, peraltro quasi interamente coperta da una card regionale distribuita ai cittadini.

In pratica i vari tickets li paga la Regione a statuto autonomo, ricca, con età media della popolazione alta e territorio disagiato.

Una invenzione Made in Italy ma efficace perché la card non è illimitata e una qualche funzione educativa ce l'ha.

Nelle altre Regioni, con le fisiologiche differenze, c'era stata una profonda riorganizzazione.

Per quanto riguarda l'ospedale vi era stata una riduzione del numero degli stabilimenti del 50%, l'80% degli ospedali ha un numero di posti letto compreso fra 200 e 300.

I finanziamenti arrivano dalla Regione e sono erogati annualmente dopodiché una Commissione Regionale di esperti ha verificato l'efficacia e l'efficienza dell'attività svolta.

Il ruolo dell'Amministratore Delegato e Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera è di grande rilevanza.

Dopo le fallimentari esperienze degli anni 2000-2015 con l'organizzazione trasversale a matrice e i dipartimenti ospedalieri tecnico gestionali la Riforma Sanitaria del 2020 ha ripreso la Riforma del 1992 ha messo in capo ad un'unica figura, l'Amministratore Delegato, le responsabilità che erano del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

La buona preparazione dei medici usciti dalle facoltà di Medicina e Chirurgia e dai Dipartimenti di Sanità Pubblica, e i continui richiami formativi organizzati dall'associazione scientifica dei medici di direzione (è rimasta la solita sigla A.N.M.D.O. ormai quasi secolare) hanno permesso che la maggioranza dei posti di Amministratore Delegato siano occupati da medici.

I dipartimenti esistono ancora come tecnico scientifici: sono quattro, medico, chirurgico, materno infantile, dell'Emergenza e dell'Area Critica. Tutti i servizi sono direttamente gestiti dal board della Direzione.

L'Area tecnica è completamente appaltata a ditte esterne con il sistema global service.

Sarah da un anno stava lavorando all'esternalizzazione del Servizio di Diagnostica per Immagini approfittando delle debolezze dei dirigenti nel settore e della presenza di una struttura privata in zona che poteva assumere il gravoso onere di coprire il servizio ospedaliero.

Forse i tempi erano maturi. Nel briefing odierno discute con il suo board se oltre a presentare i dati del settore DEA, che indubbiamente rappresentavano un successo limpido, può lanciare questa idea del global service radiodiagnostico.

Anzio, lo psicologo con poche e chiare argomentazioni la dissuade. “Va bene presenterò i dati DEA 2024”.

In sintesi riduzione delle prestazioni dei codici minori del 24%, aumento dell'incasso derivante della quote di partecipazione alle spese sanitarie (+ 7%) e soprattutto riduzione del costo della singola prestazione DEA. Da 240-260 euro la prestazione Codice Azzurro-Bianco a 180-190 euro (- 26% circa); tutto ciò è stato possibile dopo due anni di incontri per la revisione dei protocolli e delle procedure, nonché dell'Organizzazione – Triage medico, chiara suddivisione nei quattro codici classici, separazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, protocolli leggeri per i codici minori.

Nulla era cambiato per i codici a maggiore gravità, molto era cambiato per i codici minori che pagavano il ticket e godevano di prestazioni diagnostico assistenziali sufficienti a stabilizzare le patologie rimandando il paziente sul territorio.

Nessun cittadino ha protestato anche perché i famosi tempi di permanenza al DEA erano divenuti accettabili e comunque contenuti nei tempi previsti dalla riforma (3 ore).

Gli unici che avevano alzato muri scientifici di resistenza con scarsa collaborazione al cambiamento erano stati gli emergenzisti. Alla fine, messi in minoranza nell'Ufficio di Direzione dove sedevano con l'Amministratore Delegato e gli altri capi dipartimento, di fronte a dati economici drammatici, hanno cominciato a tirare fuori i protocolli che Sarah ha preteso giorno dopo giorno per mesi.

Con i nuovi protocolli è stato facile dimostrare il circolo virtuoso che è venuto fuori.

Tre milioni di euro di risparmio in un anno per un bilancio di 84 milioni era tanta roba (3,69%) "sì i dati sono ottimi, è giusto presentare questi?"

Avrebbe fatto riferimento a volo di uccello anche ai tempi della degenza di Area Medica (4,2 giorni) e in Area Chirurgica (3,9 giorni con un tempo preoperatorio di poche ore). Ormai da un anno e mezzo i posti letto dell'ospedale erano stati ridotti a 280, ivi compresi i letti per le partorienti e le culle dei neonati che complessivamente arrivavano a 70 con una degenza post partum di 1 giorno.

Sì, tutti convennero che era politically correct presentare questi dati senza fare alcun cenno al buon andamento della spesa; poteva essere pericoloso prima del periodo estivo nel quale era possibile un calo di tensione.

Alle ore 10 congeda tutti, fa rimanere solo Selene per dare un'occhiata agli impegni di domani, una giornata piuttosto intensa, per fortuna era venerdì, poteva vestirsi sportiva da casual friday e cominciare a prepararsi al weekend che avrebbe trascorso sulla costa amalfitana con gli amici: Camillo sarebbe passato a prenderla a casa alle 18.

Doveva preparare il trolley stasera, domani non avrebbe avuto tempo.

Alle ore 10 è convocata la Commissione per l'acquisto degli arredi di degenza (letti e unità di degenza).

Oltre a lei nella veste di Presidente della Commissione facevano parte del collegio la Dirigente Infermieristica Marta e il commercialista Bernardo.

Alle ore 14 è convocato il Collegio aggiudicante per l'acquisizione di prestazioni assistenziali infermieristiche e tecniche.

Sarah presidente, l'altra dirigente infermieristica Mariastella, la più esperta, e Baccio uno degli avvocati per gli aspetti contrattuali.

Quest'anno erano in corsa tre gruppi molto validi per assicurarsi il servizio per il 2026; la società che eroga il servizio quest'anno e due società nuove per la zona, che fino ad allora, avevano operato nella zona sanitaria confinante, la Zona del Risparmio Energetico.

Il contratto strappato nel 2025 aveva contribuito in modo significativo al contenimento della spesa nel budget previsto.

L'anno 2024 era stato chiuso con un utile di 2,5 milioni di euro che le aveva permesso di incassare la conferma per l'anno 2026 (i contratti erano biennali all'inizio con proroga di un anno alla chiusura del bilancio dell'anno in corso).

Arriva Mariastella, che le dà alcune informazioni relative ai gruppi partecipanti alla gara.

Erano società solide ed esperte, alla fine avrebbe vinto chi offriva un minor prezzo.

Guarda il profilo non banale di Mariastella, si trovava bene con quella donna ricca di idee, molto innovativa.

Insieme avevano fatto tante cose; su tutte un turno infermieristico per dipartimento con totale intercambiabilità fra turnisti e diurnisti che, di fatto, non esistevano più nel senso

classico del termine.

Alle ore 11 fa un giro con Niccolò, P.R. e Responsabile della Comunicazione, e con l'Housekeeper Sabrina al piano terreno nell'Area Time Out Space, dove avrebbe avuto luogo la festa.

Guarda la parete schermo sulla quale avrebbero proiettato i fuochi di artificio virtuali con tanto di sonoro, cari al suo vecchio maestro.

Alle ore 11,30 inizia la conferenza stampa in sala riunioni.

Sarah presenta il piano biennale di investimenti, i dati di attività e poi si sofferma su i dati DEA come deciso con il suo Board.

I rapporti con i media erano quelli che le davano più soddisfazione, erano le occasioni in cui poteva mettere in mostra le sue doti migliori di comunicatrice, di public relationer woman.

Tutti vedendola si chiedevano come fosse possibile una così perfetta armonia fra corpo e mente, salvo coloro che per formazione classica conoscevano il concetto di kaloskalythos dei greci.

Uscivano dalla conferenza chiedendosi se fosse più bella o più intelligente.

Telefona al padre per farsi fare gli auguri come faceva sempre prima delle grandi occasioni, poi scende con l'addetto stampa al piano terreno vede la folla che l'aspetta, gli ospiti, le autorità, i membri del Consiglio di Amministrazione, i dipendenti, alcuni pazienti con i loro parenti, e tanti tanti comuni cittadini che, come tutti gli anni, volevano partecipare alla festa del loro ospedale "La festa del Patrono".

Finisce di scendere le scale con leggera grazia e si tuffa fra le persone. "Si balla?!" pensa fra sé e sé, comincia a sorridere salutando tutti.

Finalmente è nel suo ambiente naturale, come un topo nel formaggio.

I° Premio Poster 37° Congresso ANMDO

Verso un modello di Analisi e Misurazione del Capitale Etico Aziendale nelle organizzazioni sanitarie

Aziende coinvolte:

A.S.L. BI
A.S.L. NO
A.O.U. Maggiore della Carità di Novara
A.S.L. VC
A.S.L. VCO
Direzioni delle Aziende Sanitarie della Regione
Puglia
Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

Ricerca finanziata da



OBIETTIVI:

1. Piattaforma etica condivisa da diverse Aziende Sanitarie Italiane

Rinforzo della cultura etica nelle organizzazioni sanitarie di diverse aree nazionali (**Piemonte, Puglia e Sicilia**) attraverso la realizzazione di una **piattaforma etica condivisa**, a partire dalla quale implementare strumenti operativi a beneficio della qualità della vita lavorativa degli operatori e della prestazione erogata all'utenza, grazie allo sviluppo di identità, appartenenza ed autentica motivazione all'agire professionale.

2. Modello di analisi e misurazione della Cultura Etica Aziendale

Attivare un Gruppo di Ricerca che, anche sulla base dell'esperienza di riflessione etica avviata con il progetto, arrivi a:

- Definire le **dimensioni etico-organizzative** attraverso le quali il **Capitale Etico Aziendale** si esprime e si concretizza;
- Per ogni dimensione, definire una serie di **comportamenti organizzativi** e di **indicatori misurabili** e predisporre un **modello di analisi** del Capitale e della Cultura Etica in un'organizzazione sanitaria.



METODI:

1. Laboratori di formazione-Intervento per la realizzazione di Carte Etiche Aziendali

- La formazione rivolta alle risorse umane delle Aziende Sanitarie assume un'importanza strategica di assoluto rilievo nella misura in cui è in grado di **sostenere ed incentivare processi di maturazione di una coscienza etica fondata sul dialogo**, su sentimenti di appartenenza comunitaria e sulla capacità di ascolto.
- Per tali motivi è stato espressamente scelto di **organizzare in ogni Azienda un percorso di formazione-intervento** che ha coinvolto un gruppo rappresentativo della compagine aziendale in laboratori etici, animati da un counselor filosofico, in cui i temi dell'etica non sono stati proposti come nozioni da interiorizzare, ma sono emersi dalle narrazioni della vita lavorativa e da stimoli di tipo artistico-letterario.
- Le narrazioni e le testimonianze sono state raccolte in una **Carta Etica Aziendale** che sarà diffusa ai dipendenti delle Aziende e agli stakeholder esterni.



2. Azioni di ricerca per un modello di analisi e misurazione della cultura etica aziendale

- Al fine di meglio dettagliare le dimensioni etiche, gli indicatori e la struttura generale del modello, si sono utilizzate tecniche di ricerca qualitativa, quali l'**intervista semi-strutturata a testimoni privilegiati**.
- Tali interviste sono state svolte con circa 20 attori aziendali ed extra-aziendali (organizzazioni sindacali, Consorzi dei servizi socio assistenziali, terzo settore, volontariato) del territorio dell'ASL BI ai quali è stato chiesto di indicare, dal loro punto di vista, una serie di grandezze, dati, azioni ed interventi che ritengano siano legati al livello di Capitale Etico presente nell'azienda sanitaria.
- I dati e le informazioni raccolte dalle interviste sono state utilizzate dal Gruppo di Ricerca per realizzare indicatori (sia di tipo comportamentale, sia di tipo economico-gestionale) validi e sostenibili al fine della creazione del modello di analisi del Capitale Etico Aziendale.

AUTORI

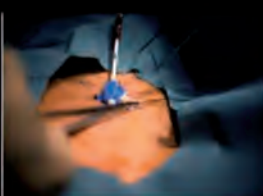
Ida Grossi, Direttore Sanitario A.S.L. BI di Biella;
Arabella Fontana, Direttore Sanitario A.S.L. NO di Novara;
Franco Ripa, Esperto Programmazione e Controllo A.S.L. TO4;
Giovanna Volo, Direttore Sanitario A.S.P. di Enna;
Francesca Menegon, sociologa, S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;
Leonardo Jon Scotta, psicologo, S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;
Vincenzo Alastra, psicologo, Direttore S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI.

CONTATTI:

IDA GROSSI,
Direttore Sanitario A.S.L. BI
Via Marconi 23, 13900, Biella
Telefono: 015 3503797, Fax: 015 3503914
ida.grossi@aslbi.piemonte.it

II° Premio Poster 37° Congresso ANMDO

HFMEA CVC



The End

Obiettivi:

Interventi organizzativi per aumentare la sicurezza del paziente in corso di posizionamento di Catetere Venoso Centrale nel Blocco Operatorio.

Materiali e metodi:

- Attivazione di un Gruppo di Lavoro multidisciplinare
- Adozione della metodologia HFMEA.

Indicatori di priorità di rischio:

In corso di posizionamento del catetere è stata effettuata la **mappatura del rischio**, mediante l'attribuzione dei punteggi in merito alla **gravità dell'errore**, alla **rilevabilità** ed alla **probabilità** di accadimento. I punti di maggiore criticità sono stati individuati nelle seguenti azioni:

- Posizionamento in paziente con criteri di forte esclusione alla procedura (S.I.R.S.E., severa coagulopatia, sepsi grave) in relazione al rapporto rischi/benefici
- Inquinamento batterico in corso di procedura
- Incidenti in corso di venipuntura
- Mancato rispetto dei tempi del controllo radiografico

Soluzioni:

Attivazione di una **check list operatoria specifica per CVC**, orientata alla sicurezza del paziente con campi utili ad **aumentare la rilevabilità dei fattori di rischio** ed identificazione della matrice di responsabilità per competenze professionali.

Risultati attesi:

Incremento della rintracciabilità delle azioni e riduzione del rischio di errori in corso di posizionamento di CVC

Insorgenza di TromboEmboliaVenosa dopo posizionamento di Cateteri venosi centrali:

La presenza di cateteri venosi centrali nelle vene succlavie e giugulari interne possono determinare la comparsa di una TEV: tale evento viene identificato mediante sistemi di imaging (ecocolorDoppler, angioTC e angiografia) in una percentuale di casi variabile fra il 27 ed il 66% dei casi, associato però ad un quadro sintomatologico clinico solo nello 0,3 – 28,3 % dei pazienti. Il rischio di un evento di EP può variare dallo 0.6 all'1.3% .

Dai dati riportati in letteratura, il GdL consiglia una profilassi con EBPM nei pazienti a rischio ed in quelli in cui il catetere vada mantenuto in sede per lunghi periodi di tempo.

La rimozione del catetere andrà effettuata, previo trattamento eparinico locale, dopo esame ad ultrasuoni.



U.O.C.
Qualità Aziendale
e Gestione
Rischio Clinico

fabbricristo@aslroma5.it

T. Fabbrì (1)
M. Musolino (2),
M.G. Scazzola (3),
G. Nasi (4)

(1) Dirigente Medico
UOC Valutazione Attività
Strutture Sanitarie
Accreditate, ASL Rm B

(2) Dott DAI UOC Qualità
Aziendale e Risk
Management, ASL Rm B

(3) Dott DAI UODC PSAIO,
ASL Rm B

(4) Dirigente Medico
Ospedale classificato
Cristo Re

III° Premio Poster 37° Congresso ANMDO



Prevenzione in ospedale: promozione di una corretta alimentazione presso l'Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta.

E. Boccalone*, R. Capriello*, P. Boccalone*

*Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano – Caserta, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero



Tra le linee guida per la promozione di interventi preventivi nei luoghi di lavoro trovano senz'altro spazio interventi di promozione di corretti stile di vita alimentari. Per tale motivo durante gli anni 2008-2009 sono stati presi in carico dall' Ambulatorio di Dietetica e Nutrizione Clinica, afferente alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, 50 dipendenti dell'Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta.

Tutti i soggetti presentavano a t_0 (prima visita) valori di BMI $> 35 \text{ Kg/m}^2$, glicemia $> 158 \text{ mg/dL}$, colesterolo tot. $> 300 \text{ mg/dL}$, colesterolo HDL $< 39 \text{ mg/dL}$, trigliceridi $> 350 \text{ mg/dL}$ e circonferenza vita $> 105 \text{ cm}$. (Figura 1)

Tutti i soggetti (68% donne con età media 48,6 anni, 32 % uomini con età media 56,3 anni) sono stati trattati con dieta ipocalorica, ipolipidica, normoproteica all'85% del loro fabbisogno calorico giornaliero.

Il 90% dei soggetti ha seguito il programma dietetico mostrando calo ponderale di oltre il 15% dopo il sesto mese (t_1). (Figura 2)

Il 60% dei soggetti continua ad essere seguito dal suddetto ambulatorio.

Dall'anamnesi svolta è stata rilevata la costante cattiva abitudine alimentare in tutti i dipendenti esaminati, che si mostrava nel non rispettare né la distribuzione razionale dei pasti nel corso della giornata né il contenuto calorico degli stessi. Il dover "turnare" per lavoro ha portato i soggetti in esame a pasti veloci e non equilibrati. Ci si è proposti di iniziare uno studio più accurato e dettagliato insieme all'U.O.S Sorveglianza Sanitaria al fine di limitare i danni di tali cattive abitudini e stili di vita.

Esami laboratorio t_0

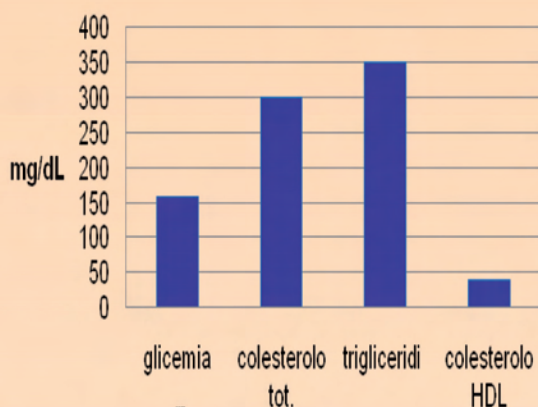


Figura 1

Andamento ponderale

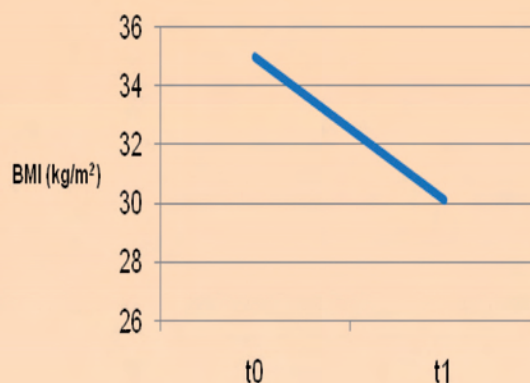


Figura 2

RAPID RECOVERY IN ORTOPEDIA: un'opportunità per i pazienti e per l'organizzazione ospedaliera

Bacelli S. *, Scaccia F. *, Fedele V. **

* Direzione Medica di Presidio - ASUR Marche Zona Territoriale n. 5 PP.OO. Jesi

** Direttore Medico di Presidio - ASUR Marche Zona Territoriale n. 5 PP.OO. Jesi

INTRODUZIONE

In un'ottica che metta al centro dell'attenzione e dei processi sanitari il paziente, a partire da Gennaio 2010 e a tutt'oggi, presso l'Unità Operativa di Ortopedia dei Presidi Ospedalieri di Jesi, è in corso la sperimentazione di un percorso di rapid recovery per i pazienti che si sottopongono ad intervento chirurgico di artroprotesi di anca. Tale percorso consiste nella formazione di pazienti e familiari, su base volontaria, prima del ricovero, sia in merito all'intervento e sia soprattutto relativamente al decorso postoperatorio ed ai tempi di ripresa. Il corso è tenuto dagli stessi operatori, ortopedici, fisioterapisti, anestesisti ed infermieri che successivamente avranno in cura il paziente. In questo modo si crea un rapporto sinergico di fiducia tra utente ed addetti ai lavori. Inoltre il paziente acquisisce maggiore consapevolezza del proprio percorso clinico-riabilitativo e ne diventa protagonista. Ci si attende che questa scelta determini vantaggi anche dal punto di vista organizzativo. Il presente lavoro si pone come obiettivo quello di valutare se l'adesione al rapid recovery determini una riduzione della degenza media e un aumento della modalità di dimissione verso il proprio domicilio per il proseguimento del percorso riabilitativo.

CONTENUTI

Sono stati presi in considerazione i ricoveri di elezione per artroprotesi di anca (primo impianto) del primo semestre 2010, attraverso la revisione di cartelle cliniche e schede di dimissione ospedaliera. Sono state quindi confrontate le caratteristiche, la degenza media e la modalità di dimissione dei pazienti che volontariamente avevano intrapreso il percorso di rapid recovery rispetto a quelle dei pazienti che invece avevano optato per un ricovero standard.

Nel periodo considerato sono stati effettuati 94 interventi: di questi, 52 erano inseriti nel percorso di rapid recovery. Nell'intero campione, l'età media è risultata pari a 70 anni, la distribuzione per genere evidenzia una prevalenza del sesso femminile (69%), la degenza media è di 9 giorni e la dimissione al domicilio è stata rilevata nel 46% dei casi.

Nella tabella è riportato il confronto fra il gruppo dei pazienti che ha aderito al percorso di rapid recovery rispetto al gruppo che ha invece optato per un ricovero standard.

Tabella. Caratteristiche dei pazienti appartenenti ai due gruppi

	RAPID RECOVERY SI 52 pazienti	RAPID RECOVERY NO 42 pazienti
Età media	68 (± 12) anni	71 (± 13) anni
Genere	35% Maschi 65% Femmine	26% Maschi 74% Femmine
Degenza media	8,7 ($\pm 2,6$) giorni	9,4 ($\pm 3,6$) giorni
Modalità di dimissione	52% Ordinaria a domicilio 48% Presso altra struttura	38% Ordinaria a domicilio 62% Presso altra struttura

Come evidenziato, il gruppo di coloro che ha aderito al percorso di rapid recovery ha fatto registrare una minore età media ed una durata della degenza leggermente inferiore. Relativamente alla dimissione, nel gruppo dei rapid recovery è maggiore la percentuale dei dimessi a domicilio per la prosecuzione del percorso riabilitativo.

CONCLUSIONI

Seppur in misura contenuta, i risultati di questa breve analisi sono sicuramente incoraggianti. La tematica è meritevole di ulteriori approfondimenti che prendano in analisi altri outcome, quali il tempo di ripresa per le varie attività (camminare, guidare la macchina). Una ripresa precoce delle normali abitudini sarebbe auspicabile, comporterebbe infatti sia minori disagi per paziente e familiari evitando o limitando la comparsa di complicanze, nonché un conseguente risparmio anche in termini economici.



BOLOGNA
8-11 GIUGNO 2011



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
 EMILIA-ROMAGNA**
 Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
 UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

BOLOGNA **Policlinico S. Orsola-Malpighi**

Security & Safety nell'Azienda Ospedaliera di Bologna

“Analisi di un sistema e registrazione di un'esperienza”

Chi Siamo

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi è il primo Ospedale in Bologna con oltre 400 anni di storia alle spalle, oggi sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bologna. Attualmente è organizzato in 7 Dipartimenti comprendenti 91 Unità Operative; è dotato di 1758 posti letto con un organico di 5355 dipendenti compresi i ricercatori e i medici universitari. Il Policlinico S. Orsola-Malpighi è un Ospedale città-giardino nel cuore della città di Bologna: si estende per circa 1,8 Km di lunghezza, sviluppandosi su una superficie di circa 254000 mq e le unità operative che la compongono sono distribuite in 31 Padiglioni. Si stimano circa 20.000 presenze al giorno di frequentatori (personale dipendente, studenti e docenti universitari, pazienti, visitatori e fornitori).

Security & Safety

Il Policlinico ha un ufficio di Direzione preposto al monitoraggio ed alla gestione di tutte le attività pertinenti alla Security & Safety.

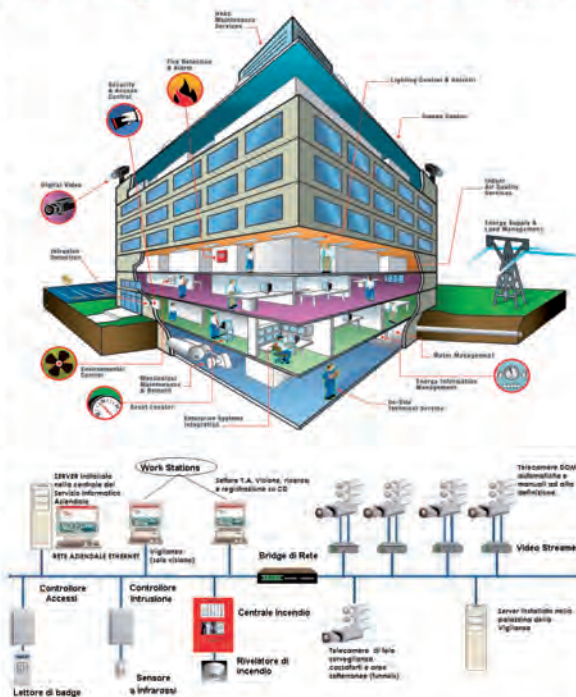
Il responsabile dell'ufficio (Security Manager) ha come mission primaria tutelare il patrimonio aziendale, i cittadini

ed i dipendenti attraverso un'intensa attività coordinata tra Forze dell'Ordine, Magistratura, Prefettura componenti direttivi aziendali e vigilanza interna.

Per impostare infatti l'attuale sistema di Security, è stata condotta l'analisi dei principali rischi al fine di individuare le aree critiche da proteggere, le modalità di protezione, secondo un concetto consolidato nel settore della sicurezza che riguarda l'integrazione tra difese umane, fisiche, elettroniche e procedure da adottare per la tutela dell'utenza interna ed esterna.

Il Policlinico ha un servizio di vigilanza in outsourcing attivo 24h/24 composto da due Guardie Particolari Giurate (G.P.G) in servizio diurno e quattro in servizio notturno (di cui una destinata al presidio del Pronto Soccorso Generale). In ogni turno di servizio una è fissa in sala controllo: autorizza gli accessi veicolari (170.000 l'anno), monitora in live le immagini trasmesse dalle telecamere e rileva l'attivazione di allarmi intrusione/incendio.

La struttura vanta una dotazione di 118 telecamere fisse, 8 telecamere DOME, 56 impianti di allarme anti-intrusione, 142 varchi con limitazione accessi tramite controllori di apertura (badge) e 34216 punti di rilevazione incendio - tutto monitorato dalla sala controllo della vigilanza con remote control del



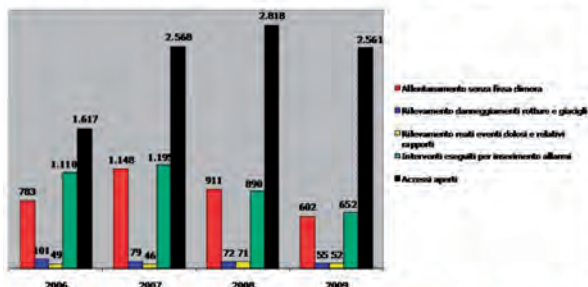
Security Manager. Considerata la vasta area ospedaliera, il Security Management ha dato origine ad un sistema di monitoraggio dinamico della struttura producendo, sulla base degli eventi accaduti, una lista di luoghi da ispezionare; la G.P.G. infatti, durante la ronda, oltre all'intervento specifico su chiamata, può assumere una funzione sia di dissuasione che di prevenzione da possibili eventi critici o dolosi anche attraverso l'attivazione in piena autonomia delle Forze dell'Ordine. Tutte le G.P.G. sono in costante contatto radio con la propria centrale operativa, sono dotate di telefono cellulare, di cercapersone e di due veicoli elettrici (ciclo e microcar) per intervenire in maniera pronta ed efficace. Affinché tutte le attività possano essere tracciabili ed in un'ottica di miglioramento continuo, al termine di ogni turno, la G.P.G. deve inviare un verbale descrittivo di ogni evento critico rilevato all'attenzione del

Security Manager aziendale il quale, dopo un'attenta analisi, attiverà a sua volta tutte le procedure e le eventuali azioni correttive del caso.

Autore:
 Dott. Alessio Cavana
 Direzione Medica Ospedaliera
 Area Igiene, Prevenzione e Protezione, Coordinamento Servizi Ospedalieri di Supporto.
 Settore Tutela Ambientale

"Il male non è soltanto di chi lo fa: è anche di chi, potendo impedire che lo si faccia, non lo impedisce."

Tucidide



EVENTI a confronto 2006 - 2009	2006	2009	Diff.	Var. %
Allontanamento senza fissa dimora	783	602	-181	-23%
Rilevamento danni culturali e giacigli	101	55	-46	-46%
Rilevamento reati eventi dolosi e relativi rapporti	49	52	+3	6%
Interventi eseguiti per inserimento allarmi	1110	652	-458	-41%
Accessi aperti	1617	2561	+944	58%



Regione Siciliana
Azienda Ospedaliera
A.R.N.A.S. Garibaldi - Catania

Direttore Generale: Dr. Angelo Pellicanò



37° Congresso Nazionale A. N. M. D. O.
Gestire il futuro in sanità
Bologna 08 - 11 giugno 2011

IL MONITORAGGIO DEL SERVIZIO PER I DEGENTI DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA IN GESTIONE APPALTATA

S. De Maria La Rosa⁽¹⁾, V. Zanon⁽²⁾, M. Ienna⁽³⁾, R. Bonaccorso⁽⁴⁾, C. Sapienza⁽⁵⁾, A. Marchese⁽⁶⁾, R. Palma⁽⁷⁾

⁽¹⁾Dirigente medico Direzione Medica di Presidio, ⁽²⁾Dirigente Medico Dietologo, ⁽³⁾Direttore Sanitario d'Azienda, ⁽⁴⁾Direttore Medico di Presidio, ⁽⁵⁾Dietista e componente commissione di vigilanza per il vitto, ⁽⁶⁾Referente U.R.P. e componente commissione di vigilanza per il vitto, ⁽⁷⁾Rappresentante tribunale per i diritti del malato e componente commissione di vigilanza per il vitto

Sorveglianza igienico-qualitativa sulla ristorazione ospedaliera

Febbraio 2008 - Novembre 2010

"ATTORI": Direzione Medica di Presidio - Commissione di vigilanza per il vitto

OBIETTIVO

Soddisfazione del paziente e mantenimento degli standard bromatologici e di qualità che il servizio di ristorazione ha il dovere di assicurare



La ristorazione ospedaliera è parte integrante della terapia clinica e, nel suo aspetto nutrizionale, concorre in maniera sostanziale al miglioramento della qualità del percorso clinico-assistenziale del paziente.

Modalità operative dell'attività di vigilanza

Verifiche strutturali ed igienico sanitari al centro di cottura

- > Il locale arrivo merci
- > Il deposito alimenti
- > La tenuta delle frigorifere e verifiche compatibilità delle temperature
- > I locali di preparazione
- > I locali di cottura
- > I locali di confezionamento
- > I locali di lavaggio stoviglie e contenitori



- > Al centro di cottura, dopo che i pasti sono stati confezionati
- > Nel reparto di destinazione, dopo essere stati veicolati con i carrelli termo-refrigerati

Somministrazione del questionario di gradimento ai pazienti

- > Gusto
- > Aspetto
- > Temperatura
- > Quantità



QUESTIONARIO GRADIMENTO VITTO
Consumato il giorno precedente

Nome: _____ Cognome: _____

Indicazioni: Selezionare la risposta che meglio si avvicina al suo giudizio.

1. Come gradisce il sapore? (Gusto)

2. Come gradisce l'aspetto? (Aspetto)

3. Come gradisce la temperatura? (Temperatura)

4. Come gradisce la quantità? (Quantità)

5. Come gradisce il servizio? (Servizio)

6. Come gradisce l'igiene? (Igiene)

7. Come gradisce l'ambiente? (Ambiente)

8. Come gradisce il personale? (Personale)

9. Come gradisce il prezzo? (Prezzo)

10. Come gradisce il tempo di attesa? (Tempo di attesa)

11. Come gradisce il rumore? (Rumore)

12. Come gradisce l'illuminazione? (Illuminazione)

13. Come gradisce l'aria? (Aria)

14. Come gradisce l'umidità? (Umidità)

15. Come gradisce l'ordine? (Ordine)

16. Come gradisce la pulizia? (Pulizia)

17. Come gradisce la temperatura ambiente? (Temperatura ambiente)

18. Come gradisce l'umidità ambiente? (Umidità ambiente)

19. Come gradisce l'ordine personale? (Ordine personale)

20. Come gradisce la pulizia personale? (Pulizia personale)

21. Come gradisce la temperatura personale? (Temperatura personale)

22. Come gradisce l'umidità personale? (Umidità personale)

23. Come gradisce l'ordine ambiente? (Ordine ambiente)

24. Come gradisce la pulizia ambiente? (Pulizia ambiente)

25. Come gradisce la temperatura ambiente? (Temperatura ambiente)

26. Come gradisce l'umidità ambiente? (Umidità ambiente)

27. Come gradisce l'ordine personale? (Ordine personale)

28. Come gradisce la pulizia personale? (Pulizia personale)

29. Come gradisce la temperatura personale? (Temperatura personale)

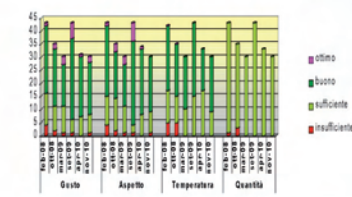
30. Come gradisce l'umidità personale? (Umidità personale)

Risultati questionari di gradimento

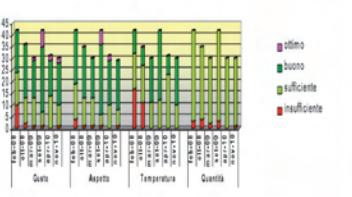
UO-DI-OSU

UO-DI-OSU

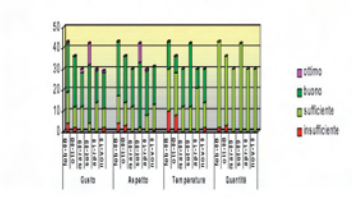
Il giudizio sulla colazione del campione di pazienti intervistato



Il giudizio sul pranzo del campione di pazienti intervistato



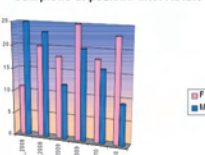
Il giudizio sulla cena del campione di pazienti intervistato



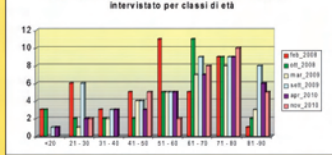
ALBANO

Tipologia campioni pazienti intervistati

Distribuzione per sesso del campione di pazienti intervistato



Confronto della distribuzione dei campioni di pazienti intervistato per classi di età



L'attività di vigilanza ha consentito nel triennio 2008 - 2010, ma anche a tutt'oggi, di monitorare il servizio erogato dalla Ditta, permettendo di intervenire in via preventiva verificando la permanenza degli standard igienici nella filiera alimentare.

Il miglioramento della qualità percepita da parte dei pazienti si è evidenziato anche tramite la valutazione dei questionari dei pazienti in cui la soddisfazione complessiva del servizio è passata dal quasi 85% del febbraio 2008 al 97% del novembre 2010.





LA VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA SULLA PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA, L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA



Università degli Studi di Perugia

M. Pioppo; D. Bologni; G. Bucaneve; G. Casciarri; R. Morcellini, W. Orlandi
 AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

INTRODUZIONE

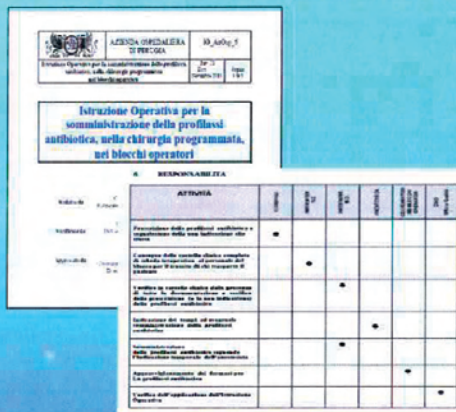
Presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, è stato eseguito un percorso di validazione interna delle Linee Guida del PNLG sull'Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto - (2008). Le nuove raccomandazioni sono "attive" dal mese di Giugno 2009. Dopo circa un anno dalla loro approvazione, è stata organizzata, una prima valutazione retrospettiva su un campione di cartelle riferite ad interventi chirurgici programmati. I risultati di questa prima rilevazione, per quanto limitati, sono stati utilizzati come base iniziale di discussione con tutte le Unità Operative e per la definizione di percorsi organizzativi comuni che si sono concretizzati nella elaborazione dell'Istruzione Operativa per la somministrazione dell'antibiotico profilassi nei blocchi operatori.

PAROLE CHIAVE

Profilassi Antibiotica, aderenza alle linee guida, prevenzione infezioni della ferita chirurgica

MATERIALI E METODI

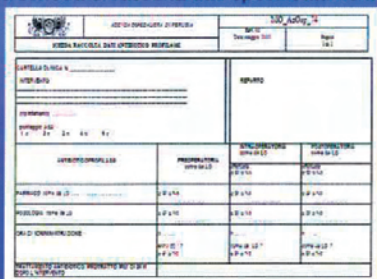
Dopo due mesi dall'applicazione dell'istruzione operativa



e dopo un anno dalla prima rilevazione è stata eseguita una nuova verifica sulle cartelle cliniche. I risultati sono stati messi a confronto.

E' stata effettuata una revisione delle cartelle cliniche relative agli interventi chirurgici eseguiti nel mese di febbraio 2010 e messa a confronto con un campione di cartelle del mese di febbraio 2011.

Per ogni intervento chirurgico esaminato è stata compilata una scheda di raccolta dati specificatamente approntata.



CONCLUSIONI

I risultati dimostrano come, in ambito chirurgico, rimane ancora alto il livello di non aderenza alle linee guida della profilassi antibiotica nella chirurgia programmata nella maggior parte delle UU.OO. valutate.

Le cause di inappropriatelyzza sono fondamentalmente riassumibili in due principali categorie di errori:

- a) errori da non conoscenza /non voluta applicazione delle linee guida.
- b) errori da non corretta applicazione delle linee guida.

L'audit clinico rimane uno strumento efficace per aumentare il livello di aderenza alle linee guida dei professionisti. E' necessario però molto tempo e interventi ripetuti e costanti per giungere a risultati ottimali.

si è proceduto al riscontro dell'avvenuta esecuzione della profilassi antibiotica in accordo con le linee guida aziendali. In particolare è stato valutato: se la profilassi fosse o meno stata eseguita in accordo con le indicazioni delle linee guida; se, nel caso di esecuzione della profilassi, il farmaco scelto e la posologia utilizzata, fossero quelle indicate dalle linee guida; se e come si era provveduto al rispetto dei tempi di esecuzione della profilassi (30-60 minuti prima dell'intervento); se il trattamento antibiotico utilizzato in profilassi era stato protratto per più giorni dopo l'intervento.

RISULTATI

Le cartelle cliniche valide valutate sono state 115, nella prima valutazione e 111 nella seconda.

I risultati messi a confronto:

Tabella 1. Distribuzione dei ricoveri valutati secondo applicazione linea guida

SECONDO LG	PRIMA Rilevazione N Cartelle (%)	SECONDA rilevazione N Cartelle (%)
S	50 (43%)	71* (64%)
N	65 (57%)	40 (36%)
TOTALE	115	111

N: Non secondo linee guida S: Secondo linee guida. * 26 casi in cui 16 casi trattamento prolungato oltre le 24 ore - 10 casi Ortopedia profilassi concessa temporaneamente per interventi in cui non richiesta

Tabella 2. Cause di non rispetto delle linee guida

CAUSA DI NON RISPETTO DELLA LINEA GUIDA	PRIMA RILEVAZIONE Nr. DI CASI (%) * (62 sottoposti a profilassi)	SECONDA RILEVAZIONE Nr. DI CASI (%) * (49 sottoposti a profilassi)
Farmaco diverso da quello indicato	34 (55%)	20 (34%)
Posologia diversa da quella indicata	11 (18%)	6 (10%)
Tempi non rispettati	25 (40%)	11 (19%)
Durata oltre le 24 h	18 (29%)	22 (37%)

* In un caso possibili errori contemporaneamente

Tra la prima e la seconda rilevazione sono evidenti dei miglioramenti per gli aspetti legati ad una diversa organizzazione del lavoro come ad esempio il rispetto dei tempi di esecuzione.

Rimane ancora molto alto il numero di casi in cui il trattamento antibiotico viene proseguito oltre le 24 ore.

PREVENZIONE DEL SUICIDIO NELL'AZIENDA ULSS 18 DI ROVIGO

Melagrani S, Ricchiero D, Toniolo E, Grossi A.C, Zanone S, Marchetto R, Marangon L, Pierotti S

INTRODUZIONE

11.2 per 100.000 abitanti, superiori alla media nazionale che registra tassi di 7.1 casi ogni 100.000 abitanti. Il suicidio e il tentato

OBIETTIVI

Riduzione del rischio suicidario attraverso:

- la costruzione di una rete formata dalle Agenzie locali/Stakeholders del territorio della Provincia di Rovigo, che a diverso titolo hanno un ruolo nella promozione della salute mentale e nella diffusione di una cultura della prevenzione del suicidio:
- la formazione degli stakeholders
- il miglioramento a livello di Ospedale delle competenze e delle conoscenze degli operatori sanitari circa il rischio suicidario, l'individuazione precoce dei segni di rischio al fine della prevenzione dell'evento sentinella:
- l'informazione alla popolazione generale e il supporto alle situazioni a rischio;
- attivazione di 3 help line dedicate e attivazione di un sito internet www.perdersidanimomai.it progetti di ricerca sulla diffusione dell'ideazione suicidaria nella popolazione, sui fattori di rischio e di protezione

METODI

Il progetto si articola in due livelli: a livello di Territorio e a livello Ospedaliero. Nel Territorio si sono costituiti un Comitato Scientifico e un Comitato di Progetto costituito dalle diverse Agenzie locali/Stakeholders IComitati, dopo aver definito le aree di intervento considerate a maggiore rischio (adolescenti, anziani, persone che hanno già tentato il suicidio, carcerati, persone coinvolte direttamente nella crisi economica), hanno individuato le strategie di intervento specifiche per ciascuna area di rischio. Sono inoltre state promosse iniziative di coordinamento e integrazione di iniziative messe in atto dalle diverse agenzie coinvolte.

A livello Ospedaliero si è proceduto alla stesura di una procedura aziendale, in recepimento della raccomandazione ministeriale n. 4, all'avvio di un piano di sensibilizzazione e di formazione diretto al personale sanitario per lo sviluppo di competenze per il riconoscimento del rischio suicidario e delle condizioni strutturali potenzialmente a rischio.

RISULTATI

Il progetto è ancora in corso.

Sono stati individuati alcuni indicatori di processo e di risultato per la valutazione dei risultati del progetto fra cui:

- N. protocolli con i partner del progetto per azioni specifiche
- N. incontri sul benessere psicologico nelle scuole
- N. stakeholder formati
- N. incontri di disseminazione
- Contributi scientifici resi pubblici
- Definizione di procedure omogenee per la rilevazione dei tentati suicidi
- Valutazione dell'ideazione suicidaria, in un campione rappresentativo della popolazione,
- Consumo pro capite e numero di persone che assumono farmaci antidepressivi
- N. di suicidi e/o tentati suicidi/anno in Ospedale in base alle schede

PROSPETTIVE FUTURE

Messa a regime degli interventi di prevenzione universale, selettiva e indicata uscendo dalla fase sperimentale di progetto.



Riscontro della normativa anti-assenteistica nel P.O. di Gallipoli nel triennio 2008-2009-2010.

Cristallo Vincenzo*, Pizzileo Laura**, Negro Gianfranco*, Dell'Angelo Custode Egidio*

*Direzione medica di Presidio, **Direzione amministrativa.



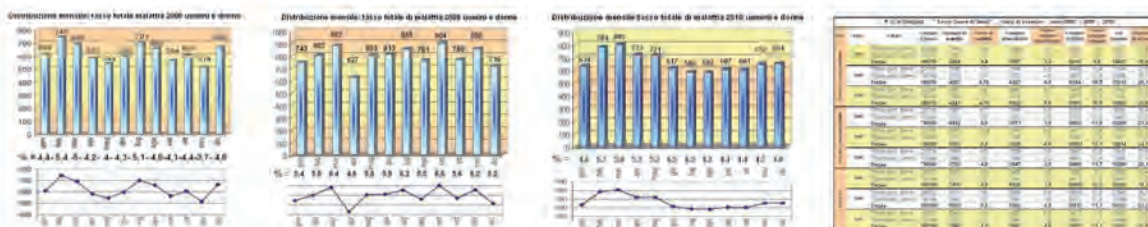
Introduzione

La disciplina delle assenze per malattia, stabile per decenni, ha recentemente avuto un susseguirsi di novità dovute a una serie di atti normativi. Tra questi ricordiamo l'art. 21 della legge 18/6/ 2009 n.69, per il quale si devono pubblicare i dati relativi ai tassi di assenza di ciascuna p.a. e il D.Lgs. 150/2009 noto come "riforma Brunetta-Tremonti".

Per l'analisi empirica dell'assenteismo dei dipendenti del P.O. "Sacro Cuore di Gesù" di Gallipoli si è utilizzata la banca dati della ASL-LE. Si è ottenuto l'elenco di 547 dipendenti con contratto tipico: 252 relativi alle uu.oo. senza posti letto e 295 delle uu.oo. con posti letto. L'osservazione temporale percorre 36 mesi dal gennaio 2008 a dicembre 2010 e coinvolge 285 donne e 262 uomini.

L'indice numerico espressione del totale delle giornate (gg.) di assenza mensili per U.O. è stato ricavato sommando il congedo per malattia, il congedo straordinario e il congedo ordinario.

I singoli tassi di assenza sono stati ricavati tramite rapporti aventi come numeratore il numero di eventi registrati nella popolazione statistica considerata e come denominatore il numero totale di giorni lavorativi di quella stessa popolazione.



Contenuti

Considerando il congedo ordinario del nosocomio del 2008-09-10 si evince un'incresione delle ferie godute da marzo ad agosto e una sua caduta da settembre a novembre per avere un picco a dicembre. Nel 2008 il 35% delle ferie totali annue si è speso a luglio e agosto, nel 2009 il 32% e nel 2010 il 29%.

L'analisi del congedo straordinario nel triennio dimostra come la richiesta venga effettuata soprattutto nelle stagioni fredde e nella primavera.

Vi è un diverso andamento tra uomini e donne nell'usufruire del congedo per malattia. Le donne per ciascuna delle tre annualità hanno un tasso parziale di malattia doppio rispetto agli uomini superando il tetto del 6% gli uomini del 3%.

La quantità media di gg. di malattia godute da impiegati donna nel 2008 è 18,2 gg, nel 2009 è 23 gg, nel 2010 è 19,4 gg; dagli impiegati uomo nel 2008 è 8,66 gg, nel 2009 è 11,30 gg, nel 2010 è 9,23 gg. E' costante nel triennio una equivalenza del godimento di gg. di malattia tra il periodo primaverile-estivo rispetto a quello invernale-autunnale e soprattutto mensilità come luglio e agosto hanno valori superiori a mensilità fredde.

Nel 2008 le gg. di malattia spese nei mesi da ottobre a marzo equivalgono a 3.828 ovvero al 51% del totale dei giorni di malattia richiesti nell'anno, nel 2009 a 4.770 gg. pari al 50%; nel 2010 a 4.130 gg. ovvero al 51%.

Conclusioni

Si deduce una spesa più giudiziosa del congedo ordinario tra il 2008-09-10 nei mesi di luglio e agosto, anche se, la medesima distribuzione è reiterata nel triennio.

La spiegazione più verosimile riguardo ai risultati dell'analisi del congedo straordinario è l'assistenza a familiari e l'aggiornamento professionale.

In alcune mensilità del triennio le curve del congedo ordinario e di malattia si sovrappongono.

Per entrambi i sessi non vi è una riduzione della quantità delle gg. di malattia godute tra il 2008 e il 2010 mentre vi è tra il 2009 e il 2010. Andrebbe valorizzato ed accentuato il ridimensionamento della spesa del congedo per malattia, osservato nell'ultimo biennio, anche negli anni avvenire in quanto i costi della sua gestione ricadono sulle policy regionali e locali.

Abbiamo dimostrato che nel P.O. di Gallipoli, anche se minima rispetto al 2009, vi è stata una riduzione del tasso totale di assenza. In ciascuna delle PP.AA in Italia può trovarsi rigore ed efficienza.

MANAGEMENT DEL DOLORE POST-OPERATORIO
IN DAY SURGERY

Applicazione della metodologia dell'audit per la valutazione della qualità della gestione del dolore post-operatorio nell'intervento in day surgery di alluce valgo.

Francesca Ciruolo*, Stefano Falchi*, Felicia Zaccardì†, Maria Leoni†, Catia Menghini‡, Gianluca Cioni*, Elisabetta Cocchi*, Marco Geddes da Filicaia*
P. O. FI Centro - AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE
*DSPO FI Centro; †S. S. Anestesia P. O. Palagi; ‡Inf. Coordinatore Day surgery; *Referente SS: OO. P. O. Palagi

INTRODUZIONE

La sintomatologia dolorosa post-operatoria può influenzare la dimissibilità dei pazienti in day surgery, creare disagio/discomfort nel paziente ed aumentare il carico assistenziale per il personale.

Presso il Presidio Palagi del P. O. FI Centro è attiva dal 2003 una freestanding che effettua circa 8000 interventi l'anno in regime di day surgery o di chirurgia ambulatoriale.

Per la gestione del dolore post-operatorio sono adottati protocolli specifici.

Nel caso dell'intervento per alluce valgo di norma il protocollo adottato è quello previsto per dolore "forte".

Nel 2009 è stato realizzato un audit per la valutazione della rilevazione del dolore e dell'applicazione del protocollo, ripetuto nel 2010 con gli stessi criteri di selezione e campionamento.

I due audit sono stati promossi dalla Struttura Semplice di Anestesia ed organizzati e facilitati dalla Direzione Sanitaria di Presidio. Hanno partecipato alle discussioni anestesisti, ortopedici, infermieri e loro coordinatori di sala operatoria e day surgery.

METODOLOGIA

In ciascun anno di rilevazione è stato selezionato un campione di 30 ricoveri in day surgery con presenza nella scheda di dimissione ospedaliera del codice di procedura chirurgica 77.5 (asportazione di borsite e correzione di altre deformità delle dita), estratti con randomizzazione casuale da un totale di 150 eleggibili nel 2009 e 230 nel 2010. Di ciascun ricovero è stata analizzata la cartella clinica con particolare riferimento al diario infermieristico ed allo schema delle prescrizioni post-operatorie.

Audit 2009

Il campione è risultato composto da 30 pazienti tutte di sesso femminile ed età media 58 anni.

Reaudit 2010

Il campione è risultato composto da 30 pazienti, 27 di sesso femminile, 3 di sesso maschile, ed età media 61 anni.

Dall'esame della modulistica presente in cartella clinica sono state raccolte in un data base su excel notizie relative alla rilevazione della VAS a riposo e al movimento, del blocco motorio, di sintomatologia tipo nausea, vomito, prurito, sedazione, dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria). Infine è stato rilevato se le informazioni erano seguite dalla firma di chi le forniva.

E' stato inoltre rilevato se il protocollo in uso era menzionato in cartella, se erano rilevati i parametri vitali post-intervento, se è stata necessaria la dose rescue o la somministrazione di altri farmaci e per quale motivo, e l'ora di dimissione, importante parametro nei ricoveri di un giorno.

	VASr	VASm	BLOCCO MOTORIO	PRURITO VOMITO	FELETO	SEDE ZONE	TA	FC	FR	PRMA
LEGGIBILITÀ										
2009	100,0	100,0	23,3	20,0	16,7	23,3	93,3	93,3	0,0	96,7
2010	96,7	96,7	53,3	53,3	53,3	53,3	90,0	90,0	53,3	86,7
AZIORE DALL'INTERVENTO										
2009	43,3	43,3	3,3	0,0	0,0	0,0	13,3	13,3	0,0	33,3
2010	60,0	56,7	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	10,0	0,0	60,0
SERIEZIONE										
2009	30,0	20,0	23,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	0,0	26,7
2010	60,0	56,7	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	10,0	0,0	60,0

	menzione protocollo	parametri vitali post-interv	dose rescue	disagiarie	indicazione altro farmaco	informazione	ora di dimissione
2009	76,7	13,3	40,0	10,0	6,7	13,3	93,3
2010	90,0	26,7	3,3	3,3	20,0	96,7	

DISCUSSIONE

La discussione degli audit si è svolta in due fasi. La prima ha riguardato la segnalazione degli eventuali errori attivi e latenti evidenziabili nella gestione clinico-assistenziale del dolore e del decorso post-operatorio e nelle condizioni organizzative contingenti e generali. E' stato rilevato, nel secondo anno di audit, un miglioramento della qualità e della completezza della documentazione sanitaria compilata dal personale della degenza, a fronte di un lieve peggioramento della stessa compilata nella fase operatoria.

Nella seconda fase delle discussioni sono state avanzate proposte di miglioramento, iniziative da intraprendere e raccomandazioni.

E' stato rilevato un bisogno formativo sulla normativa e le buone pratiche della gestione del dolore con la proposta di organizzare una giornata di formazione, poi effettivamente organizzata nel 2011 dalla Direzione Sanitaria di Presidio. E' stato proposto di revisionare ed ottimizzare procedure e modulistica creando un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale e valutando la possibilità di inserire la documentazione nella cartella informatizzata in uso.

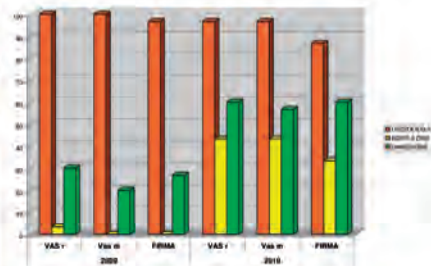
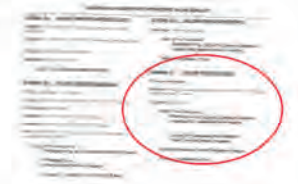
CONCLUSIONI

L'audit è uno strumento di miglioramento della qualità. L'opportunità di una discussione, uno scambio "tra pari" ha aumentato la consapevolezza del personale su ciò che fa, come lo fa e su come documenta il proprio agire professionale.

Ci sono ancora margini importanti di miglioramento, in particolare a carico della fase operatoria.

Il valore aggiunto di questa esperienza è, ed è stato l'aver potuto utilizzare un setting informale per approfondire problematiche cliniche, organizzative e documentali, apportando un contributo sostanziale in termini di qualità.

E nel 2011 è già in agenda il prossimo audit!



Costituzione del Centro Unico di Programmazione Chirurgica e per l'accesso ai Servizi Diagnostici di carattere Interdipartimentale presso la Azienda UsI 8 di Arezzo

Barbara Innocenti*, Barbara Bianconi*, Grazia Campanile**, Mirella Rossi***, Alessio Cappetti°, Federica Petrucci°, Branka Vujovic^

*Direzioe Medica di Presidio Ospedaliero Ospedale S. Donato - Azienda UsI 8 Arezzo

**Direttore Presidio Ospedaliero S. Donato - Arezzo

***Dipartimento Infermieristico - Ospetico

°Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Firenze

^Direttore Sanitario Ausl 8 Arezzo

INTRODUZIONE

La gestione dei sistemi sanitari vede oggi il miglioramento della qualità e della sicurezza quale elemento fondante nella prospettiva del *governo clinico integrato*.

La chirurgia, per volumi di attività e per complessità intrinseca di tutte le procedure ad essa correlate, richiede azioni e comportamenti pianificati e condivisi, finalizzati a prevenire l'occorrenza di incidenti peroperatori e la buona riuscita degli interventi.

La Regione Toscana, con Delibera n. 638/2009, ha determinato l'istituzione in ogni ospedale/azienda dell'**Ufficio di programmazione Chirurgica**, con il compito di gestire in modo centralizzato il percorso chirurgico dei pazienti candidati all'effettuazione di un intervento, dall'inserimento in lista di attesa sino alla definizione della lista operatoria.

L'azienda UsI 8 ha recepito le indicazioni della delibera estendendo il principio della programmazione e gestione centralizzata non soltanto al percorso chirurgico ma anche ai percorsi diagnostici (in particolare i servizi di endoscopia ed ecografia) che vedono coinvolte strutture afferenti a diversi dipartimenti aziendali. In quest'ultimo caso lo scopo è garantire il coordinamento dell'organizzazione dell'attività diagnostica interdipartimentale che, a partire dalla progettazione condivisa fra i Dipartimenti di riferimento e le Direzioni di Presidio Ospedaliero, assicuri:

- la corretta ed omogenea pianificazione dell'offerta
- la trasparente gestione delle liste di attesa con l'obiettivo del contenimento dei tempi di attesa
- l'efficiente utilizzo degli spazi
- l'efficiente utilizzo delle risorse umane e della loro formazione professionale
- il buon uso delle tecnologie disponibili e la programmazione del loro sviluppo

IL PERCORSO CHIRURGICO

Il **modello organizzativo** progettato prevede un assetto fondato su una centrale, attivata presso la Direzione di Presidio dell'Ospedale S. Donato di Arezzo, e una rete di punti di prenotazione del ricovero chirurgico, le **sedì di preospedalizzazione dei singoli ospedali aziendali**, funzionalmente collegate alla centrale attraverso la procedura informatizzata che permette la gestione dell'intero percorso chirurgico del paziente (Fig. 1).

Il Centro Unico, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche di presidio, costituisce uno strumento di gestione complessivo dell'attività chirurgica, comprensiva anche degli aspetti inerenti l'utilizzo efficace ed efficiente delle sale operatorie, il cui buon utilizzo è peraltro governato da regolamenti specifici all'interno dei singoli presidi.



Fig. 1. L'organizzazione del Centro Unico in rete con le centrali di preospedalizzazione



Fig. 2. Flow chart del percorso del paziente chirurgico

Il Centro Unico si fa carico di garantire la piena funzionalità delle componenti organizzative e tecnologiche necessarie per consentire ai diversi attori di svolgere il loro ruolo:

- manutenzione delle liste di attesa
- gestione della disponibilità delle sale operatorie aziendali e dei relativi spazi temporali con attribuzione programmata delle sedute ai diversi gruppi chirurgici sulla base della domanda e della consistenza delle relative liste di attesa
- valutazione e applicazione di metodi per il miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie, in collaborazione con le Direzioni mediche di Presidio e le strutture di Assistenza Infermieristica Ospedaliera;
- monitoraggio della domanda, della consistenza della lista di attesa e dei relativi tempi di attesa
- raccordo con le centrali di preospedalizzazione per il monitoraggio complessivo del sistema

Le centrali di preospedalizzazione rappresentano il front office di ogni ospedale per il cittadino che deve eseguire un intervento chirurgico (Fig. 2). In particolare:

- provvedono all'accoglienza del paziente che presenta la certificazione rilasciata dallo specialista chirurgo ed al relativo inserimento dei dati nella banca dati
- collaborano alla stesura delle liste operatorie in coordinamento con il Centro Unico
- collaborano all'organizzazione del percorso di preospedalizzazione.

PERCORSI DIAGNOSTICI INTERDIPARTIMENTALI

Relativamente ai percorsi diagnostici interdipartimentali il Centro Unico ha i seguenti compiti:

- Effettuare la pianificazione annuale dell'attività di concerto con i Direttori dei Dipartimenti in congruità con gli obiettivi assegnati alle strutture nella contrattazione di budget e alle risorse disponibili
- Effettuare, di concerto con le Direzioni di Presidio, la verifica mensile della programmazione della turnistica dei medici stilata da un responsabile indicato dai Direttori di Dipartimento per l'accertamento della congruità con la pianificazione dell'attività
- Effettuare la verifica periodica della congruità dell'attività svolta rispetto alla programmazione effettuata, sia relativamente all'attività istituzionale che libero professionale intramoenia
- Pianificare, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento, l'attribuzione di sedute in produttività aggiuntiva quando prevista
- Collaborare con i Direttori di Dipartimento, di concerto con le Direzioni di Presidio, per la stesura di protocolli specifici che richiedono la condivisione di risorse formalmente assegnate a strutture diverse
- Convocare incontri periodici con i Direttori di Presidio e con i Direttori di Dipartimento interessati per la verifica del buon andamento dell'organizzazione e l'analisi di eventuali criticità emerse
- Sovrintendere al coordinamento generale dell'organizzazione e programmazione dell'attività svolta in tutti gli ospedali aziendali (Fig. 3)



Fig. 3. La Zona Distretto dell'Azienda UsI 8, in cui sono indicate gli ospedali

RISULTATI

I risultati ottenuti a seguito dell'introduzione della nuova organizzazione sono:

- La programmazione condivisa dell'attività e la gestione trasparente delle liste di attesa con il mantenimento dei tempi di attesa previsti dalle classi di priorità in almeno un presidio aziendale
- La programmazione annuale dell'attività diagnostica interdipartimentale, comprensiva di riduzioni di attività per periodi di ferie, prevenendo le chiusure estemporanee di sedute
- La gestione efficiente delle risorse, sia umane, che tecnologiche che strutturali coinvolte nei percorsi
- La definizione di protocolli omogenei e condivisi a livello aziendale a garanzia di appropriatezza dei percorsi, qualità e sicurezza delle prestazioni
- Il coordinamento dell'attività complessiva, sia all'interno di ogni ospedale che della rete aziendale a garanzia della condivisione delle informazioni fra gli attori coinvolti nei processi

BIBLIOGRAFIA

- 1. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 aprile 2009 (G.U. n. 152 del 27 maggio 2009) "Linee guida sul ruolo di presidio per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e ai servizi massivi di attesa" che integra l'articolo 24 del D.L. n. 112 del 14 febbraio 2008
- 2. Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 638 del 29 giugno 2009 "Linee guida per la definizione del ruolo di presidio per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e ai servizi massivi di attesa"
- 3. Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 121 del 20 giugno 2009 "Linee guida per la definizione del ruolo di presidio per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e ai servizi massivi di attesa"
- 4. Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 121 del 20 giugno 2009 "Linee guida per la definizione del ruolo di presidio per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e ai servizi massivi di attesa"
- 5. Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 121 del 20 giugno 2009 "Linee guida per la definizione del ruolo di presidio per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e ai servizi massivi di attesa"
- 6. Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 121 del 20 giugno 2009 "Linee guida per la definizione del ruolo di presidio per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e ai servizi massivi di attesa"
- 7. Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 121 del 20 giugno 2009 "Linee guida per la definizione del ruolo di presidio per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e ai servizi massivi di attesa"
- 8. Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 121 del 20 giugno 2009 "Linee guida per la definizione del ruolo di presidio per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e ai servizi massivi di attesa"
- 9. Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 121 del 20 giugno 2009 "Linee guida per la definizione del ruolo di presidio per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e ai servizi massivi di attesa"
- 10. Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 121 del 20 giugno 2009 "Linee guida per la definizione del ruolo di presidio per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e ai servizi massivi di attesa"



MONITORAGGIO SUL GRADO DI SODDISFAZIONE DEI SERVIZI AFFIDATI IN OUTSOURCING PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE-CIACCIO" DI CATANZARO



Raffaele G*, Gallucci A*, Talarico F*, Tripodi L°, Pelle N**

* Dirigenti Direzione Medica di Presidio

** Direttore Medico di Presidio

Ufficio Infermieristico Direzione Medica di Presidio

INTRODUZIONE

I servizi ospedalieri affidati in outsourcing rappresentato una svolta dal punto di vista qualitativo per un'Azienda Ospedaliera che deve affrontare esigenze di tipo sia organizzativo che economico. In quest'ottica l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" ha esternalizzato da tempo i servizi di Pulizia, Raccolta e smaltimento dei Rifiuti, Disinfestazione, Noleggio dispensatori igienici, Trasporto materiali biologici, farmaci e presidi medico-chirurgici, Lavanolo, Fornitura tessuti sterili e Ristorazione. L'Outsourcing implica necessariamente una forma di monitoraggio della performance dei vari servizi al fine del miglioramento continuo delle prestazioni rese da terzi.



La Direzione Medica di Presidio monitorizza la performance dei servizi affidati in outsourcing accertando il grado di soddisfazione, per ciascuno dei servizi affidati in outsourcing, attraverso un'indagine conoscitiva che svolge semestralmente, in collaborazione con i Caposala e Capotecnici dell'Azienda anche al fine di valutare attentamente e mettere in atto interventi appropriati su eventuali disservizi /carenze verificatisi.



CONTENUTI

Lo strumento utilizzato per lo svolgimento del succitato monitoraggio è rappresentato da una scheda di valutazione suddivisa in otto sezioni (una per ogni servizio affidato ad esterni). All'interno di ciascuna sezione vi sono 2 variabili principali di verifica: il giudizio, con 4 opzioni disponibili (scarso, sufficiente, buono, ottimo) e la segnalazione carenze o suggerimenti in cui i Caposala/Capotecnici delle UU.OO. evidenziano gli eventuali disservizi/carenze verificatisi e contestualmente propongono suggerimenti per la risoluzione dei problemi riscontrati nell'erogazione delle varie prestazioni.

La scheda di valutazione viene inviata a tutti i Caposala/Capotecnici alla fine di ogni semestre. I giudizi pervenuti da parte delle varie UU.OO. vengono sia riportati in forma grafica (globalmente e singolarmente per ogni servizio), sia messi a confronto con le precedenti rilevazioni al fine di verificarne l'andamento. Gli eventuali giudizi negativi vengono evidenziati nel dettaglio e fatti pervenire ai responsabili delle ditte dei servizi in questione al fine di mettere in atto, in maniera collaborativa, tutti quegli interventi utili a migliorare l'efficienza dei servizi erogati.

AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE-CIACCIO" CATANZARO	
SCHEDA DI VALUTAZIONE SEMESTRALE DEI SERVIZI AFFIDATI RIFERITA AL 1° SEMESTRE 2012	
PULIZIA	
SEGGIO:	Nome: _____
	Cognome: _____
	Indirizzo: _____
	Telefono: _____
	SEGNALAZIONE CARENZE E SUGGERIMENTI: _____
DISINFESTAZIONE	
SEGGIO:	Nome: _____
	Cognome: _____
	Indirizzo: _____
	Telefono: _____
	SEGNALAZIONE CARENZE E SUGGERIMENTI: _____
LAVANOLO	
SEGGIO:	Nome: _____
	Cognome: _____
	Indirizzo: _____
	Telefono: _____
	SEGNALAZIONE CARENZE E SUGGERIMENTI: _____
STERILIZZAZIONE TESSILI	
SEGGIO:	Nome: _____
	Cognome: _____
	Indirizzo: _____
	Telefono: _____
	SEGNALAZIONE CARENZE E SUGGERIMENTI: _____

SEGGIO:	Nome: _____
	Cognome: _____
	Indirizzo: _____
	Telefono: _____
	SEGNALAZIONE CARENZE E SUGGERIMENTI: _____
DEBITO DISPENSAZIONE DEBITO-PAY EASY	
SEGGIO:	Nome: _____
	Cognome: _____
	Indirizzo: _____
	Telefono: _____
	SEGNALAZIONE CARENZE E SUGGERIMENTI: _____
RESTORAZIONE	
SEGGIO:	Nome: _____
	Cognome: _____
	Indirizzo: _____
	Telefono: _____
	SEGNALAZIONE CARENZE E SUGGERIMENTI: _____
TRASPORTO FARMACI E CAPSULE BUCCHI	
SEGGIO:	Nome: _____
	Cognome: _____
	Indirizzo: _____
	Telefono: _____
	SEGNALAZIONE CARENZE E SUGGERIMENTI: _____

Redatto il: _____ Data: _____
Caposala/Capotecnico



CONCLUSIONI

La realizzazione di tale indagine semestrale consente oltre che di ottenere un dato costante del reale andamento dei vari servizi affidati in outsourcing, anche di apportare quelle modifiche necessarie al miglioramento della qualità delle prestazioni rese. Il grado di soddisfazione del personale delle varie UU.OO. è indice fedele della qualità dei singoli servizi affidati ad esterni. L'adesione all'indagine, costantemente riportata, del 100% dei Caposala/Capotecnici delle UU.OO., afferenti all'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, consente alla Direzione Medica di avere non solo una visione ampia e generale del trend dei servizi affidati in outsourcing ma anche un quadro specifico e puntuale con possibilità di interventi correttivi "mirati".



La gestione del rischio legionellosi in ambiente ospedaliero attraverso l'uso del biossido di cloro



E. Saedelli¹, R. Belgiovine², S. Dottori³, R. Mariani⁴

¹ Collaboratore ARPA-ER/Az. Osp. Univ. di Bologna Policl. S. Orsola-Malpighi, ² D.M.O. Az. Osp. Univ. di Bologna Policl. S. Orsola-Malpighi, ³ Laboratorio Microbiologia Legionella ARPA-ER/Sez.BO, ⁴ Laboratorio Microbiologia Legionella ARPA-ER/Sez.BO

IL NEMICO: *Legionella pneumophila* è un microrganismo ambientale ubiquitario in grado di colonizzare gli impianti di distribuzione di acqua potabile e di causare infezioni nell'uomo con picchi di letalità fino al 50% in casi nosocomiali (polmonite comunemente chiamata "legionellosi").

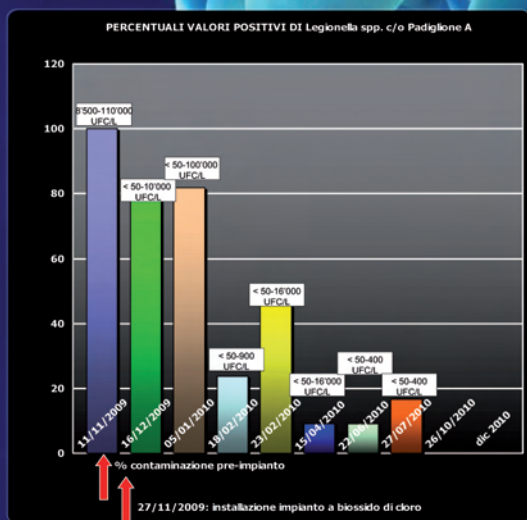
L'ARMA: Il biossido di cloro è una sostanza ossidante, prodotta in loco che viene dosata e miscelata con l'acqua come disinfettante. Ha un potere biocida esteso a batteri, spore batteriche e alghe; in concentrazioni fino a 0.2 mg/L non altera organoletticamente l'acqua.

LA SITUAZIONE INIZIALE:

- Fino a novembre 2009 il rischio legionellosi è stato arginato tramite l'uso di filtri assoluti terminali.
- La ricerca di *Legionella* spp. è iniziata da un Padiglione (A) dove è stata riscontrata la presenza ubiquitaria del microrganismo in concentrazioni tra 8'500 UFC/L e 110'000 UFC/L.
- Successivamente la ricerca si è estesa anche ad un altro Padiglione (B) dove le concentrazioni spaziavano tra 1'600 UFC/L e 18'000 UFC/L.
- I range di valori individuati hanno comportato l'attuazione di procedure di bonifica (Linee Guida-G.U. n.103 del 5/05/2000).

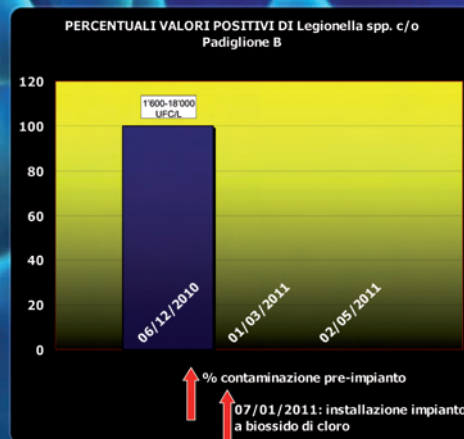
I RISULTATI:

- Presso entrambi i Padiglioni sono stati installati degli impianti di disinfezione a biossido di cloro.
- I campioni di acqua pre e post installazione sono stati prelevati da punti critici della rete ed ognuno di essi è stato sottoposto ad analisi di laboratorio mediante ricerca quali-quantitativa di *Legionella* spp. secondo il metodo ufficiale pubblicato sulla G.U. del 5/05/2000.
- I valori percentuali di contaminazione di *Legionella* spp. a seguito della messa a regime dell'impianto presso il Padiglione A mostrano un andamento decrescente nel tempo. Il 23/02/2010 viene registrato un valore percentuale di positività superiore a quello precedente, dato attribuibile probabilmente ad un evento puntiforme di distacco di *biofilm* microbico dall'interno delle tubazioni per l'azione disincrostante del disinfettante stesso.



➢ Il decorso dei valori presso il Padiglione B invece, mostra un abbattimento dei valori percentuali di contaminazione rapidamente successivo alla messa in funzione dell'impianto di disinfezione. Questo risultato è stato raggiunto grazie ad una attività di *flussaggio* di acqua calda con cadenza settimanale tale da permettere al disinfettante di raggiungere tutte le estremità della rete stessa, ivi compresi eventuali "rami morti" ed erogatori terminali dismessi.

➢ Inoltre presso tale impianto è stato abbinato alla produzione e al dosaggio del prodotto un sistema di telecontrollo per un costante monitoraggio del funzionamento dell'apparecchiatura installata.



LE CONCLUSIONI:

- L'efficacia dell'azione disinfettante del biossido di cloro viene incrementata da una puntuale attività di *flussaggio*, soprattutto in corrispondenza di "rami morti" della rete idrica.
- La completa tracciabilità del sistema ha consentito la sorveglianza delle azioni intraprese e la immediata disponibilità ad eventuali azioni correttive.
- L'abbattimento dei valori di contaminazione di *Legionella* spp. ha inoltre permesso in queste realtà di ridurre l'uso dei filtri assoluti terminali, laddove consentito dai termini delle Linee Guida.



Azienda Ospedaliera
Ospedale di Circolo di Busto Arsizio
Basta Anzile Sarmato - Trabattoni



" CONTROLLO DELLA CONTAMINAZIONE DA AGENTI ANTINEOPLASTICI PER GLI OPERATORI ADDETTI ALLA LORO PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE IN OSPEDALE"

Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio" Piazzale G. Solaro, 3 - 21052 Busto Arsizio

Autore: Antonio Triarico Direttore Medico P.O. di Busto Arsizio

Coautori: Carlo Castelletti - Responsabile U.O. Farmacia; Andrea Bocchieri - Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione;

Elisabetta Rossin - Farmacista Dirigente U.O. Farmacia; Roberto Cosentina Direttore Sanitario; Armando Gozzini Direttore Generale

L'Unità Farmaci Antiblastici (U.F.A.) è stata progettata presso il Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio nel corso del 2006 e messa quindi a regime nel 2008 come articolazione della Farmacia Aziendale.

Gli obiettivi raggiunti nel tempo sono stati i seguenti:

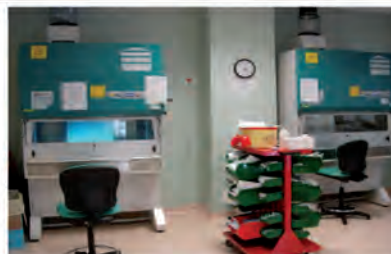
- conformità alla normativa tecnica, farmaceutica e di igiene sanitaria;
- incremento della sicurezza degli operatori e dei pazienti;
- abbattimento dei valori di contaminazione degli operatori;
- riduzione delle scorte e delle dosi di farmaco consumate;
- informatizzazione della prescrizione e della preparazione dei farmaci;
- tempestiva e corretta segnalazione degli errori al fine del miglioramento continuo;
- consolidamento della sinergia fra Strutture aziendali (Farmacia, Ingegneria Clinica, Servizio Prevenzione e Medicina del Lavoro, Direzione Medica, Ufficio Tecnico, SITRA, Ufficio Qualità).

Le Unità Operative coinvolte sono: Oncologia, Pneumologia, Medicina, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Nefrologia, Malattie Infettive. Dalla data di apertura del Servizio ad oggi sono stati concordati con i Medici Specialisti oltre 400 protocolli terapeutici per 1600 pazienti. Il numero di terapie allestite per anno è pari a circa diecimila.

Le misure di contaminazione, per gli operatori esposti a farmaci chemioterapici, vengono effettuate sui seguenti principi attivi farmacologici per i quali sono disponibili procedure di misura standardizzate: Ciclofosfamide; Cisplatino; 5_Fluoruracile.

Le misure venivano effettuate già prima della centralizzazione in U.F.A. e pertanto sono disponibili dati dell'efficacia della revisione del processo avvenuta nel biennio 2007-2008 e del suo miglioramento nel biennio successivo 2009-2010. Le misure sono organizzate con cadenza annuale in ogni Unità Operativa e sono eseguite in "giornate tipo" - ossia di pieno carico di lavoro - dal Servizio Prevenzione Protezione e Medicina del Lavoro.

I dati numerici delle misure acquistano particolare importanza poiché sono riferibili a singole fasi e a singoli momenti del flusso di lavoro. Dati e valutazione concorrono ad aggiornare le cartelle sanitarie di rischio degli operatori, congiuntamente alle schede personali di manipolazione. La tabella riporta sintesi dell'esito delle indagini svolte dal 2007 al 2010.



Indagini quadriennali eseguite per le misure di inquinamento da farmaci chemioterapici negli ambienti di lavoro

* Fase di preparazione (n° non conformità su n° campioni totali)

Unità Operativa	2007	2008	2009	2010
Oncologia D.H.	11 su 15	non più eseguita	non più eseguita	non più eseguita
U.F.A.	non esistente	2 su 27	0 su 21	0 su 30

* Fase di somministrazione (n° non conformità su n° campioni totali)

Unità Operativa	2007	2008	2009	2010
Oncologia D.H.	5 su 9	1 su 6	0 su 15	0 su 15

La centralizzazione del processo di manipolazione dei farmaci chemioterapici è un processo consapevole e sistematico che consente di conseguire risultati tangibili.

Il sistema gestionale della qualità e della sicurezza che è stato associato alla centralizzazione ha permesso di monitorare e raggiungere adeguati livelli di garanzia della qualità sia del prodotto farmaceutico sia del servizio assistenziale atteso per la tutela dei pazienti.

XXXVII Congresso Nazionale ANMDO
"Gestire il futuro in Sanità"
Bologna 8-11 giugno 2011

Technology assessment multidimensionale in Azienda Ospedaliera: come nasce un testo unico per armonizzare le Commissioni aziendali di valutazione delle tecnologie sanitarie da acquisire



Autori: Vitale A*, Borsotti M**, Mitola B*, Vigna I*, Malvasio P*

*Direzione Medica di Presidio

** Direzione Sanitaria d'Azienda



Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino

Parole chiave

Valutazione delle tecnologie sanitarie, integrazione tra Commissioni, appropriatezza

Introduzione

Presso l'AO Ordine Mauriziano-Torino sono attive 4 Commissioni di valutazione per acquisizioni di materiale sanitario e/o di competenza sanitaria

Le Commissioni, costituite e formalizzate con delibere aziendali (recepimento direttive Regione Piemonte), emettono **parere tecnico** su richieste di acquisizioni/introduzione di tecnologie sanitarie materiali (dispositivi medici, elettromedicali, farmaci, POCT) e immateriali (procedure, PDTA).

Per definire i campi di attività delle Commissioni e ambiti di intervento è stato necessario elaborare una procedura (**testo unico**) che espliciti e sintetizzi il ruolo delle diverse Commissioni per integrare loro attività e evitare duplicazioni/ sovrapposizioni.

Contenuti

Obiettivi

- Condividere e stabilire fasi delle richieste di acquisizione da parte di reparti/servizi e relative procedure di autorizzazione all'acquisto, nel rispetto delle procedure già esistenti (regolamenti HTA, CDM, POCT, CFI), integrandosi con le stesse.
- Promuovere **dialogo/integrazione tra Commissioni** e coordinamento delle loro attività.
- Definire iter delle richieste di acquisizione di tecnologie sanitarie e relativo processo di valutazione

Metodi

- 1) Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare-multiprofessionale (DMPO, SITRO, Provveditorato, Farmacia)
- 2) Organizzazione riunioni
- 3) Condivisione/elaborazione documento definitivo via mail
- 4) Revisione esterna
- 5) Approvazione Direzione Generale

Risultati

Documento finale si articola in 2 componenti

- 1) organizzazione/ gestione dei flussi per inviare richieste di acquisizioni da operatori sanitari a strutture aziendali competenti
- 2) modalità di approvazione di richieste

Oggetto della procedura sono tutti i casi di richiesta di acquisizione per dispositivi medici (dm), presidi medico chirurgici, dispositivi di protezione individuale, dm diagnostici in vitro, dm impiantabili attivi, dm chirurgia mini-invasiva/elettrochirurgia, dm sistema nervoso/midollare, dm protesici/prodotti osteosintesi, apparecchiature sanitarie elettromedicali.

Si distinguono **diversi casi**:

- materiale non in uso c/o AO (CDM)
 - materiale in uso c/o AO, di cui è necessaria sostituzione per usura/obsolescenza
 - dm già in uso c/o AO-gia' oggetto di contratti di fornitura in corso (contratti scaduti/ in scadenza: necessaria stesura capitolato speciale di gara)
 - donazioni e/o comodato d'uso gratuito di apparecchiature tecnico-sanitarie o tecnico-economiche
 - farmaci/specialità medicinali non presenti in azienda (CFI)
 - alte tecnologie o innovazioni ad elevato impatto in termini clinici, organizzativi, strutturali/impiantistici, economici (HTA)
- Si definiscono:
- modalità comunicazione/interazione tra Commissioni
 - tempistiche/programmazione temporale
 - modello richiesta
 - carattere tecnico di pareri forniti dalle Commissioni (inviati a Direzione Aziendale per acquisizione effettiva di tecnologia sanitaria oggetto della richiesta, in base a priorità aziendali)
 - indicatori (n°acquisizioni richieste secondo modalità corrette, n°acquisizioni autorizzate non redatte secondo modalità previste da procedura, %acquisizioni vagliate per autorizzazione da SSC che conducono procedura)

Commissione	Presupposti normativi	Oggetti di valutazione
Health Technology Assessment (HTA)	PSN 2006-2008, PSR 2007-2010, DOR n. 330 del 29/07/2007, DGR n. 45-5233 del 09/02/2007	Tecnologie con carattere innovativo della tecnologia stessa elevato impatto clinico, organizzativo, strutturale/impiantistico, economico della tecnologia richiesta
Dispositivi Medici (CDMA)	DGR n.9 - 1435 del 28 gennaio 2011 Attuazione piano di rientro -Acquisto di beni e servizi da parte delle ASL: standardizzazione della domanda e appropriatezza di utilizzo dei dispositivi medici	Dispositivi Medici
Point of Care Test (POCT)	Determinazione Direzione Sanità Regione Piemonte n. 199 del 29/01/2010 "Approvazione modalità e criteri per le attività analitiche eseguite con tecnologia POCT in ambito ospedaliero"	Tecnologie point of care testing
Farmaci (CFI)	DGR n. 76-4318 del 13/11/2006; Legge 425/96;	Farmaci ed emoderivati; comportamenti prescrittivi



Conclusioni

La procedura ha delineato i rapporti tra Commissioni Aziendali e ha sancito i **percorsi dei flussi di richieste per acquisizioni**, riducendo disservizi/criticità in approvvigionamento di tecnologie sanitarie, **ottimizzando tempi di valutazione e relativa acquisizione**, garantendo **appropriatezza** e aderenza alle **evidenze scientifiche**.



La profilassi della malattia tromboembolica: valutazione dell'aderenza alle Linee di Indirizzo Aziendali per la Prevenzione delle Complicanze TromboEmboliche nell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna

Riassunto

Un'adeguata tromboprofilassi deve essere realizzata in ogni ospedale. Il presente lavoro riporta i risultati di un audit clinico mirato a verificare l'aderenza, da parte delle UU.OO. di chirurgia, alle Linee di Indirizzo per la tromboprofilassi ufficialmente presenti nella nostra Azienda. Il 66,8% delle esaminate 340 cartelle cliniche derivate da 16 UU.OO. conteneva la scheda per la valutazione del rischio trombotico individuale (adeguatamente compilata nel 57,9% delle cartelle). I risultati dell'audit sono stati discussi con i referenti delle singole UU.OO. nell'ambito di incontri riservati. Nella valutazione finale la tromboprofilassi, spesso adottata anche in assenza della scheda specifica, è risultata appropriata nell'84,1% dei casi e in difetto nel 7,1%. L'audit ha consentito di individuare aree di maggiore criticità e di avviare interventi correttivi i cui risultati dovranno essere valutati nel corso di un re-audit, a completamento del ciclo dell'audit clinico.

dei comportamenti alle indicazioni contenute nelle Linee di Indirizzo Aziendale condivise all'interno delle UU.OO. per ridurre il rischio o la gravità delle complicanze tromboemboliche.

In particolare, obiettivi specifici erano verificare la presenza della scheda nella documentazione sanitaria, la qualità di compilazione della scheda e l'appropriatezza della profilassi tromboembolica.

MATERIALI E METODI

Il criterio di qualità esaminato era la valutazione del rischio tromboembolico individuale, che dovrebbe essere effettuata per ogni paziente ricoverato, in base agli schemi di profilassi definiti nei protocolli operativi di U.O. Sono stati identificati i seguenti indicatori di processo: percentuale di schede di valutazione del rischio tromboembolico compilate, percentuale di pazienti chirurgici con profilassi appropriata per indicazione e dosaggio (in linea con le indicazioni di prevenzione individuate), percentuale di pazienti chirurgici con profilassi inappropriata *in difetto* e percentuale di pazienti chirurgici con profilassi inappropriata *in eccesso*. Come standard di riferimento (valori soglia) sono state considerate:

- target di *accettabilità*: una percentuale di appropriatezza della profilassi effettuata non inferiore al 80% e una percentuale di inappropriata non superiore al 20%
- target di *eccellenza*: una percentuale di appropriatezza della profilassi effettuata non inferiore al 90% e una percentuale di inappropriata

Taglioni Martina*, **Pieri Giulia****, **Palareti Gualtiero*****

*Ufficio di Staff Ricerca e innovazione, Governo Clinico e Valutazione della performance sanitaria AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

**Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna

***Angiologia e Malattie della Coagulazione AOU di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

Gruppo di lavoro aziendale per la profilassi del tromboembolismo venoso

(Dott. Stefano Cariani, Dott. Giuseppe Cianciolo, Dott. Andrea Fabiani, Dott.ssa Paola Fiacchi, Dott.ssa Caterina Galetti, Dott.ssa Maria Guarino, Dott.ssa Marcora Mandreoli, Dott. Fausto Marchetta, Prof. Gualtiero Palareti, Dott.ssa Maria Pia Rainaldi, Dott. Leonardo Rasciti, Maria Cristina Robb, Maddalena Ruggieri, Dott. Sandro Sandri, Dott.ssa Stefania Taddei, Dott.ssa Martina Taglioni, Dott.ssa Catleen Tietz, Dott. Calogero Vendra, Dott. Claudio Zamagni)

INTRODUZIONE

La tromboembolia venosa (TEV) è una delle più comuni complicanze dei pazienti ospedalizzati e nonostante la ricchezza della letteratura scientifica sull'argomento, rappresenta ancora un importante problema clinico, sia per il paziente medico che per il paziente chirurgico, evidenziando come le linee guida e le raccomandazioni disponibili siano ampiamente sottoutilizzate (Selby et al, 2009; Tooher et al, 2005). Studi clinici e audit hanno inoltre dimostrato come la maggior parte dei pazienti medici, chirurgici ed oncolog-

gici non ricevano una profilassi anti-tromboembolica appropriata (Geerts et al, 2009).

In particolare, un recente studio (ENDORSE Survey) condotto in 358 ospedali in 32 paesi ha mostrato come solo il 62% dei pazienti definiti a rischio di tromboembolia venosa aveva ricevuto la profilassi raccomandata (Kakkar et al, 2010). Diverse strategie sono state messe in atto per incrementare l'utilizzo appropriato della profilassi, sia a livello nazionale che locale (Tooher et al, 2005; RER-DGR n.1706/2009).

Scopo del presente lavoro era valutare, mediante audit clinico, l'aderenza

**PAROLE CHIAVE:**

Tromboembolismo venoso, profilassi, rischio, audit clinico, ospedalizzazione

tezza non superiore al 10%.

E' stato condotto uno studio retrospettivo sulle cartelle cliniche dei ricoveri ordinari effettuati presso le UU.OO. di Ortopedia, Urologia, Ginecologia e Ostetricia, Chirurgia Generale e Specialistica, per un totale di 16 Unità Operative, limitatamente ai dimessi con DRG chirurgici, residenti in Emilia-Romagna, dal 1 gennaio 2009 al 31 luglio 2009.

Sulla base degli obiettivi dello studio, un numero di 320 cartelle (o superiore), pari ad almeno 20 cartelle per U.O., è stato ritenuto sufficiente per poter stimare, con una precisione di +/- 4.5 punti %, l'appropriatezza aziendale che si è supposto essere dell'80% circa.

Tutte le cartelle cliniche, presenti nella banca dati aziendale, sono state numerate in sequenza ordinata, in base alla data di dimissione, entro ciascun reparto di dimissione. Utilizzando il generatore di numeri casuali disponibile sul sito della Regione Emilia-Romagna¹, sono state generate 16 liste di numeri casuali, una per ciascuna U.O., per poter procedere all'estrazione delle cartelle cliniche.

Dall'elenco dei pazienti dimessi dalle suddette UU.OO. sono state quindi estratte 20 cartelle cliniche, corrispondenti ai primi 20 numeri casuali dell'elenco, per ciascuna U.O. (40 cartelle per una delle due U.O. di Urologia per verificare se gli scostamenti osservati fossero dovuti ad una effettiva diversità nell'approccio terapeutico o al particolare campione estratto). Le cartelle che non è stato possibile valutare per errori sistematici o indisponibilità delle stesse

Policy aziendale per la profilassi

antitromboembolica – A seguito di un evento sentinella occorso ad una paziente ricoverata presso il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, legate verosimilmente ad una mancata profilassi antitromboembolica, nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna sono state prodotte nel 2008 le Linee di Indirizzo Aziendali per la Prevenzione delle Complicanze TromboEmboliche, con l'obiettivo di rendere espliciti i criteri e le modalità pratiche di profilassi antitromboembolica in specifiche procedure e protocolli operativi, sulla base delle raccomandazioni contenute nella letteratura (Geerts et al, 2008; NICE clinical guideline 46, 2007; AOU Torino-Linee guida aziendali, 2008; RER-Delibera Regionale 2008). Su mandato del Collegio di Direzione, i Direttori delle Unità Operative erano chiamati a definire in modo dettagliato e a formalizzare in appositi documenti aziendali sia le strategie sia gli schemi di profilassi antitromboembolica più idonei per le situazioni cliniche trattate nelle rispettive UU.OO. sia le procedure di implementazione e monitoraggio della profilassi.

A supporto delle UU.OO. è stato istituito un Gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale con i seguenti compiti:

- **supportare** con materiali informativi/formativi, riunioni di confronto, ecc. le UU.OO. nella stesura dei documenti operativi per la profilassi
- **predisporre strumenti** per la va-

lutazione del rischio individuale dei pazienti

- valutare criticamente quanto proposto dalle UU.OO. ai fini anche della *omogeneizzazione* dei comportamenti e proporre eventuali modifiche

- programmare le azioni di *valutazione* dell'applicazione delle procedure definite dalle UU.OO.

Sulla base delle strategie di profilassi dipartimentali e di U.O. sono state messe a punto le schede di U.O. per la definizione del rischio individuale globale del paziente chirurgico. La scheda ha lo scopo di aiutare il professionista nell'identificare e stratificare il rischio di TEV nel singolo paziente e di rendere esplicito il processo decisionale circa la profilassi da mettere in atto. Le strategie per l'implementazione delle Linee di Indirizzo Aziendali per la Prevenzione delle Complicanze TromboEmboliche comprendevano:

- il coinvolgimento degli utilizzatori nel Gruppo di lavoro fin dall'inizio del progetto (modalità *bottom-up*)
- la presenza nel Gruppo di lavoro di uno specialista di riferimento per l'ospedale ("Coordinatore scientifico")
- riunioni di reparto su richiesta
- supporti decisionali (*reminder*) da inserire in cartella
- la definizione delle responsabilità e tracciabilità della decisione assistenziale all'interno della documentazione sanitaria
- **la valutazione dell'adesione alle raccomandazioni mediante strumenti di *audit* e *feedback*.**

segue

Lo strumento: la scheda di valutazione del rischio tromboembolico utilizzata per il paziente chirurgico

La scheda di valutazione del rischio tromboembolico registra l'esito della valutazione del rischio globale (stratificando il paziente in tre livelli di rischio: basso, moderato o elevato), la decisione assistenziale assunta (paziente sottoposto/non sottoposto a profilassi) e la strategia di profilassi scelta (farmacologica e/o meccanica).

Le decisioni clinico-assistenziali assunte in tema di profilassi della TEV sono comunque registrate nella cartella clinica del paziente e/o nella scheda di terapia. In accordo con le principali linee guida di riferimento (RER-DGR n.1706/2009; AOU Bologna-Linee di indirizzo aziendali 2009; Geerts et al, 2008; NICE clinical guideline 46, 2007), le Linee di Indirizzo Aziendali raccomandano le seguenti opzioni profilattiche, in rapporto al livello di rischio individuato:

- **RISCHIO TROMBOEMBOLICO BASSO:** nessuna profilassi farmacologica, favorire la precoce mobilitazione, eventuale applicazione di calze elastiche antitrombo se presenti condizioni specifiche
- **RISCHIO TROMBOEMBOLICO MODERATO:** eparina a basso peso molecolare (EBPM) alla dose profilattica più bassa eventualmente associata a calze elastiche antitrombo
- **RISCHIO TROMBOEMBOLICO ELEVATO:** EBPM alla dose profilattica maggiore eventualmente associata a calze elastiche antitrombo o compressione pneumatica intermittente (CPI), in caso di controindicazione assoluta alla profilassi farmacologica anticoagulante.

e/o carenza nella documentazione clinica sono state sostituite da quelle con numerazione immediatamente successiva.

Per ogni cartella clinica visionata sono state raccolte, in aggiunta alle informazioni anagrafiche del paziente, le informazioni relative alla presenza e appropriata compilazione della scheda di valutazione del rischio e i dati clinici d'interesse per gli esiti in studio.

Ai fini della valutazione dell'appropriatezza della profilassi effettuata, per i pazienti per i quali la scheda di valutazione del rischio non era stata compilata o era assente, il livello di stratificazione del rischio è stato calcolato a posteriori, dal valutatore individuato dal Gruppo di lavoro, sulla base dei documenti operativi adottati dalle singole UU.OO.

I primi dati elaborati, riassunti in un report, sono stati inviati per la lettura ai professionisti e quindi discussi e interpretati nell'ambito di riunioni a valenza formativa con l'opinione leader e i referenti dipartimentali e delle singole UU.OO. Infine, sono stati rielaborati i dati conclusivi di scostamento.

I dati sono stati elaborati utilizzando il software SPSS versione 13.

RISULTATI

Sono state visionate un totale di 340 cartelle cliniche. La scheda di valutazione del rischio tromboembolico individuale per la profilassi della TEV era presente in 227 (66,8 %) cartelle; nel 57,9 % delle cartelle la scheda era compilata.

Su un totale di 340 pazienti (51,5 % femmine e 48,5 % maschi), 131 (38,5 %) sono stati valutati a basso rischio, 86 (25,3 %) a rischio moderato e 115 (33,8 %) a rischio elevato. Per 8 pazienti (2,35 %) il protocollo

adottato dall'U.O. non prevedeva, sulla base della tipologia di intervento effettuata, la valutazione del rischio trombo embolico individuale.

Dalla prima valutazione "esterna" dei risultati è emerso che la profilassi antitromboembolica effettuata, sulla base del livello di stratificazione del rischio attribuito al paziente in base alla scheda di valutazione del rischio trombotico individuale, era appropriata nell'67,0% dei pazienti esaminati; il livello di inappropriata in eccesso era del 11,1%, mentre quello in difetto era del 21,9%. La Tabella 1 riporta un riassunto dei principali risultati dell'audit.

I risultati dell'audit sono stati discussi nell'ambito di incontri riservati con i referenti delle singole UU.OO. per discutere i gap qualitativi più significativi nelle singole situazioni e mettere in evidenza le problematiche più consistenti. Ogni report presentava una tabella di contingenza che sintetizzava il tipo di profilassi adottata per livello di stratificazione del rischio attribuito al paziente in base alla scheda di valutazione del rischio trombotico individuale adottata dalle diverse UU.OO.

In alcune UU.OO. sono emersi alcuni aspetti, alla luce dei quali si è deciso di modificare le strategie di profilassi adottate dall'U.O. In particolare:

- la tipologia dei pazienti e degli interventi eseguiti presso alcune UU.OO. è tale da non richiedere nella maggioranza dei casi la profilassi, trattandosi di pazienti per lo più già scoagulati o sottoposti ad intenso trattamento antitrombotico;
- al contrario, in altre UU.OO. la tipologia dei pazienti e degli interventi eseguiti è tale da richiedere nella maggioranza dei casi una profilassi tromboembolica ad

1 http://www.regione.emilia-romagna.it/sin_info/generatore/

alte dosi; le eccezioni possono essere rappresentate da alcune specifiche procedure diagnostiche per le quali è necessaria la sospensione di un'eventuale terapia anti-coagulante/anti-aggregante prima della procedura e nel periodo post-operatorio, salvo rivalutazione del rischio tromboembolico dopo l'esecuzione della manovra in funzione della mobilità del paziente;

■ l'utilizzo della poltrona in seconda giornata dopo l'intervento, non è da considerarsi una mobilitazione del paziente, anzi aumenta la stasi venosa e il rischio di eventi tromboembolici; nella Scheda di valutazione del rischio, dovrebbe pertanto essere data una maggiore enfasi alla mancata/ridotta mobilitazione del paziente come fattore personale predisponente, per il calcolo dello score individuale di rischio tromboembolico. L'elaborazione conclusiva dei dati, dopo la condivisione con i professionisti, ha mostrato che la profilassi antitromboembolica effettuata era appropriata nell'84,1% dei pazienti chirurgici esaminati, nel 7,1% era inappropriata in difetto e nel 8,8% era inappropriata in eccesso (vedi Figura 1).

Tabella 1. Principali risultati dell'audit clinico.

	N.	%
N. Unità Operative	16	
N. cartelle valutate	340	
Femmine	175	51.5
Maschi	165	48.5
Valutazione Rischio Tromboembolico (scheda compilata)		
- presente	197	57.9
- assente	135	39.7
- valutazione non prevista	8	2.4
Livello di stratificazione del rischio		
- basso	131	38.5
- moderato	86	25.3
- elevato	115	33.8
- valutazione non prevista	8	2.4
Profilassi effettuata		
- in linea	286	84.1
- in difetto	30	8.8
- in eccesso	24	7.1

DISCUSSIONE/CONCLUSIONI

Scopo dell'audit descritto nel presente report è stato quello di verificare l'aderenza nella pratica clinica quotidiana da parte dei reparti di chirurgia del nostro ospedale rispetto ai protocolli di profilassi antitromboembolica messi a punto e condivisi nei reparti stessi. L'audit si è svolto in due fasi. Nella prima, un campione di cartelle cliniche di ciascun reparto è stato esaminato da valutatori indipendenti; nella seconda, i risultati di questa valutazione sono stati discussi con i referenti per la profilassi di ciascun reparto. Ci sembra rilevante segnalare che mentre in oltre il 90% dei

casi esaminati è stata eseguita la profilassi antitrombotica (e in una piccola percentuale addirittura in eccesso rispetto al previsto), tuttavia in oltre un terzo delle cartelle cliniche la scheda per la valutazione del rischio tromboembolico/emorragico individuale non era presente nella cartella o non era compilata correttamente. Ciò appare del tutto insoddisfacente e in contrasto con quanto fortemente raccomandato dalle linee guida internazionali, che indicano la necessità che ogni paziente che viene ricoverato in ospedale sia subito valutato per il rischio tromboembolico secondo schemi prestabiliti ed espliciti

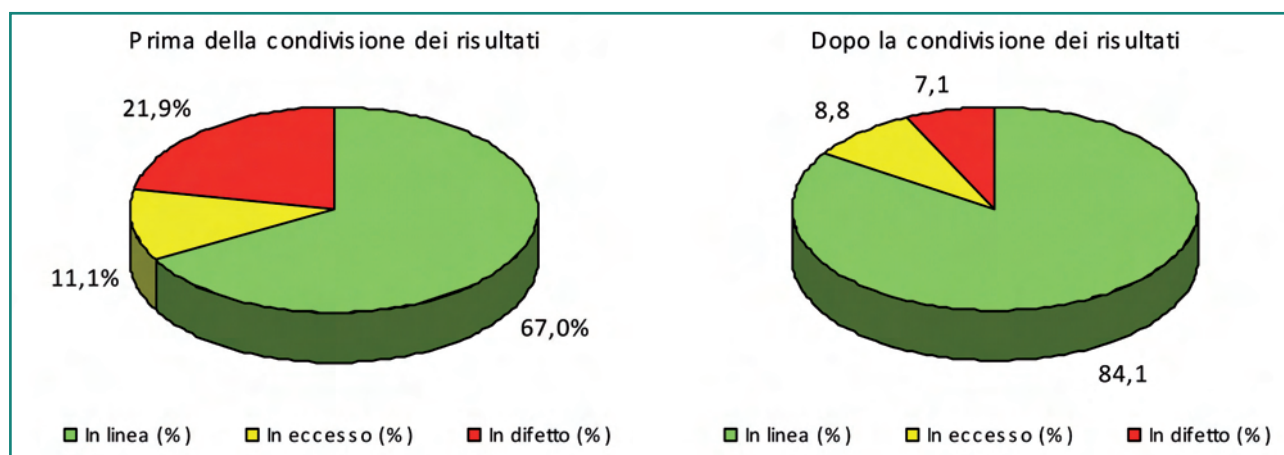


Figura 1. Appropriately della profilassi effettuata rispetto alla stratificazione del rischio tromboembolico sul totale delle UU.OO valutate, prima e dopo la condivisione dei risultati con i professionisti.

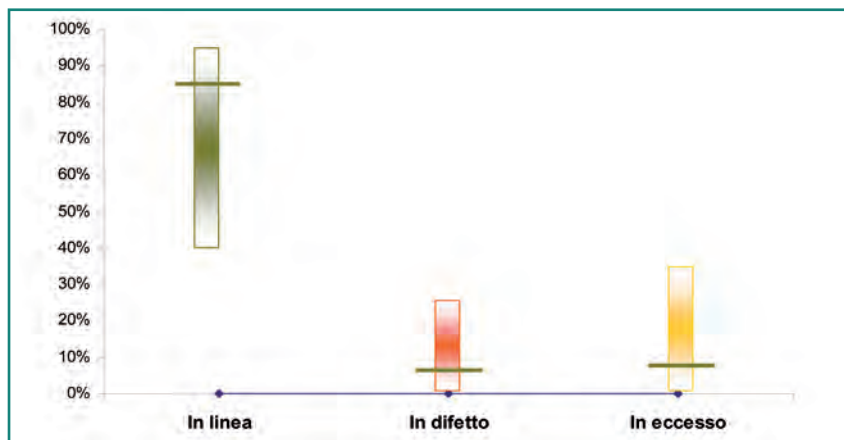


Figura 2. Appropriately della profilassi effettuata rispetto alla stratificazione del rischio tromboembolico. Valori medi, massimi e minimi osservati nelle UU.OO

(NICE clinical guideline 92, 2010). È probabile che tra le motivazioni dello scarso utilizzo da parte dei professionisti della scheda di valutazione individuale siano in parte da includere le caratteristiche della scheda stessa. È possibile infatti che le schede siano state accettate sulla base di quanto proposto centralmente come modello generale, senza modificarle adattandole alle specifiche caratteristiche del reparto; è pertanto possibile che siano viste come troppo complesse, ma anche come uno strumento troppo generico rispetto alle specifiche realtà cliniche delle diverse UU.OO. A questo scopo, nella seconda fase dell'audit si è cercato di insistere con i referenti delle UU.OO. sulla necessità della presenza e adeguata compilazione della scheda individuale di rischio nella cartella clinica, proponendo però anche modifiche delle schede stesse in modo da renderle più idonee alla realtà ed esigenze specifiche e inoltre semplificarne la compilazione da parte dei professionisti. Come già detto, sostanzialmente soddisfacente è stata la reale applicazione della profilassi antitromboembolica che è risultata effettuata e valutata appropriata nell'84,1% dei pazienti chirurgici esaminati, mentre solo nel 7,1% è risultata inappro-

priata per difetto. Questi risultati sono migliori di quanto riportato in altri recenti studi che hanno analizzato la pratica clinica corrente in ambienti ospedalieri (Amin et al, 2008; Kucher et al, 2008). Amin e coll., in una valutazione retrospettiva di quanto era stato effettuato in una serie di ospedali della California, hanno riportato che una profilassi di qualsiasi tipo era stata effettuata nel 72.9% dei pazienti chirurgici e che solo nel 32.3 la profilassi effettuata poteva essere ritenuta appropriata. In un recente lavoro, Kucher e coll. hanno rivalutato una serie di pazienti, medici o chirurgici, che avevano sofferto di TEV insorta entro 30 giorni dalla dimissione da 14 ospedali svizzeri e hanno esaminato quale procedura di profilassi era stata effettuata in questi soggetti. Su 261 pazienti chirurgici solo il 76% dei pazienti di coloro che avevano una chiara indicazione alla profilassi l'aveva in realtà ricevuta. Quanto registrato nel presente audit e cioè da una parte un'insufficiente compilazione della scheda individuale di rischio, mentre dall'altra si è confermato che una valida profilassi farmacologica era stata praticata, ci orienta a ritenere che vi possa essere un atteggiamento da parte dei professionisti che consiste nel prescrivere comunque e in modo generico

una profilassi farmacologica, senza però valutare la reale situazione del rischio individuale, potenzialmente anche quello emorragico. Poiché questo atteggiamento non ci sembra corretto, riteniamo sia importante agire per riorientare il comportamento dei professionisti e soprattutto individuare e rimuovere le eventuali barriere (conoscenze, convinzioni, non chiara attribuzione dell'incarico della valutazione del rischio, ecc.) che possono essere alla base di resistenze ad un'applicazione adeguata delle procedure di profilassi. Tra queste resistenze va probabilmente anche incluso il persistente timore da parte di alcuni professionisti di un possibile sanguinamento perioperatorio. Questo timore è almeno in parte sostenuto dalla convinzione, del tutto discutibile, della necessità di iniziare la profilassi nel periodo pro-operatorio. Particolarmente utile ci è apparsa la scelta di effettuare un'analisi in due tempi, con una prima osservazione "esterna" seguita da una osservazione "interna", con condivisione e discussione dei risultati con i professionisti coinvolti, che ha consentito di condividere con i clinici l'analisi del lavoro fatto, l'evidenziazione dei punti ancora non soddisfacenti e le indicazioni per un loro superamento. L'audit clinico condotto ha consentito di individuare le aree di maggiore criticità dove avviare ulteriori interventi correttivi in funzione delle barriere identificate. L'efficacia dei cambiamenti apportati dovrà essere valutata e documentata nel corso di un re-audit, nell'ottica del completamento del ciclo dell'audit clinico.

BIBLIOGRAFIA

Amin AN, Stemkowski S, Lin J, Yang G. Preventing venous thromboembolism in US hospitals: are surgical patients receiving appropriate prophylaxis? *Thromb Haemost* 2008; 99: 796-7.

Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Orsola-Malpighi di Bologna. Linee di Indirizzo Aziendali per la Prevenzione delle Complicanze TromboEmboliche – Documento operativo. Versione Dicembre 2009.

Azienda Ospedaliero Universitaria S.Giovanni Battista di Torino - Profilassi TVP. Linee Guida Aziendali per la Profilassi della Malattia Trombo Embolica Venosa – Agg. Marzo 2008 (http://www.molinette.piemonte.it/linee_guida/).

Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, Colwell CW; American College of Chest Physicians. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 2008; 133(6): 381S-453S.

Geerts W. Prevention of venous thromboembolism: a key patient safety priority.

J Thromb Haemost 2009; 7 (1):1-8.

Kakkar AK, Cohen AT, Tapson VF, et al. Venous Thromboembolism risk and prophylaxis in the acute care hospital setting (ENDORSE Survey). *Ann Surg* 2010; 251(2): 330-8.

Kucher N, Spirk D, Kalka C, et al. Clinical predictors of prophylaxis use prior to the onset of acute venous thromboembolism in hospitalized patients SWISS Venous Thromboembolism Registry (SWIVTER). *J Thromb Haemost* 2008; 6: 2082-7.

NICE clinical guideline 46. Venous Thromboembolism – reducing the risk of VT in in-patients undergoing surgery. NICE 2007.

NICE clinical guideline 92. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital. NICE 2010. (This guideline updates NICE clinical guideline 46 and replaces it).

Regione Emilia–Romagna. Deliberazione della Giunta Regionale, 9 novembre 2009, n. 1706. Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio. Allegato 3: Profilassi antitromboembolica e antibiotica in chirurgia.

Regione Emilia-Romagna. Delibera Regionale, bozza aprile 2008. Profilassi del Trombo Embolismo Venoso in Chirurgia Elettiva.

Selby R, Geerts W. Prevention of venous thromboembolism: consensus, controversies, and challenges. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2009; 286-92.

Tooher R, Middleton P, Pham C, et al. A systematic review of strategies to improve prophylaxis for venous thromboembolism in hospitals. *Ann Surg* 2005; 241(3): 397-415.





Linea Sterile

Via Pirandello, 16 - 47043 Gatteo (FC) Tel. 0541.819911 Fax 0541.818790

info@lineasterile.com - www.lineasterile.com