

3 Luglio-Settembre 2015

L'OSPEDALE

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

La consulenza etica in
ambito sanitario in Italia.

Le ragioni del progetto
dell'IRCCS CROB

Procedura operativa per la
gestione delle consulenze
medico-specialistiche

Trapianti in Emilia Romagna:
quando "unico è bello"

L'epidemiologia come
strumento di counselling

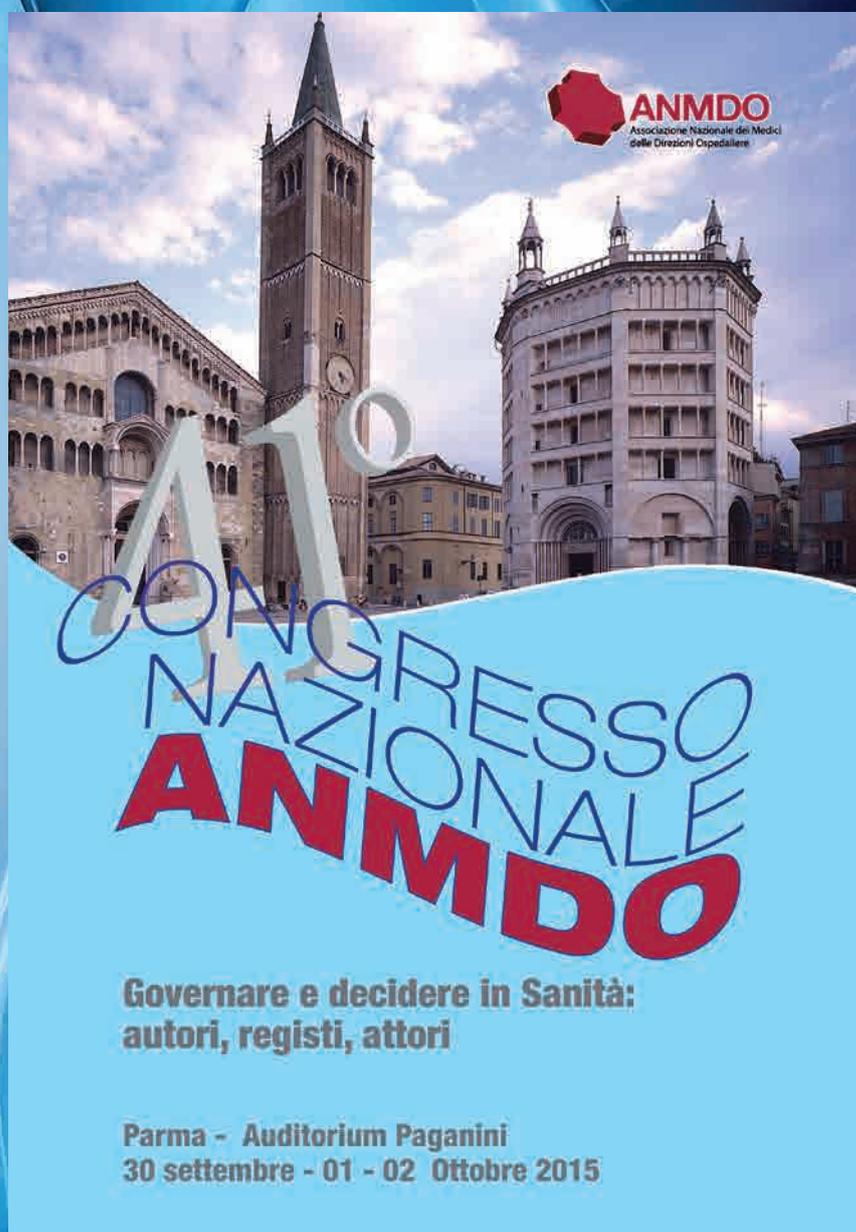
Infortuni a rischio biologico
nel personale sanitario
del Presidio Ospedaliero
Sant'Elia - ASP di Caltanissetta

Processi gestionali per la
valutazione dell'accuratezza
delle cartelle cliniche
(Protocollo P.A.C.A.)

Il futuro della professione

Il risk management come
occasione di miglioramento
organizzativo - gestionale
nelle strutture sanitarie

ORIZZONTI



ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

10
CONGRESSO
NAZIONALE
ANMDO

**Governare e decidere in Sanità:
autori, registi, attori**

Parma - Auditorium Paganini
30 settembre - 01 - 02 Ottobre 2015



SANIKILL



TI AFFIDERESTI AD UNO STRUMENTO COSÌ INVASIVO?

**C'È UN SOLO SISTEMA AL MONDO PER ELIMINARE
"CHIRURGICAMENTE" LA LEGIONELLA: SANIKILL.**

SANIKILL produce direttamente monochloramina pura nel flusso di acqua calda senza lasciare sottoprodotti di disinfezione. Grazie alla sua bassa aggressività, può essere usata in tutta sicurezza su tutti i materiali (acciaio zincato, acciaio inox, PEX, PPR, C-PVC, rame).

SANIKILL È UN BREVETTO SANIPUR, LEADER MONDIALE NELLA LOTTA CONTRO LA LEGIONELLA.

Sanipur
PURENESS FOR YOUR HEALTH.

QUALITÀ

Certificato di Eccellenza
CertiQuality
Qualità Sicurezza Ambiente
UNI EN ISO 9001:2008
OHSAS 18001:2007
UNI EN ISO 13485:2012
UNI EN 14065:2004
UNI EN ISO 22000:2005
UNI EN 20471:2013

AMBIENTE

Certificazione ISO 14001-2004
per tutti i siti produttivi

INNOVAZIONE

Sole240re Award 2013
Automazione Industriale



.....
SoGeSi servizi integrati
.....
dal 1982 con passione

**AZIENDA LEADER NAZIONALE
SERVIZI PER LA SANITÀ E L'INDUSTRIA**

.....
So.Ge.Si. Spa

Via Benucci, 105 - 06135 Perugia / Tel. 075 599 0396, Fax 075 397915

www.sogesispa.it - email: infosogesi@schultze.it



L'igiene è stabile!

**Dalla ricerca scientifica all'Innovazione applicata:
biostabilizzazione ambientale e microflora benefica**



- *riduzione stabile dei patogeni*
- *riduzione del rischio di trasmissione delle infezioni*
- *riduzione impatto ambientale*
- *riduzione costi*



- *più qualità*
- *più sicurezza*
- *più cultura dell'igiene*
- *più ambiente salubre*



PCHS Sistema Probiotico di Pulizia e Igiene

Editoriale	9
La consulenza etica in ambito sanitario in Italia. Le ragioni del progetto dell'IRCCS CROB	12
<i>Pasquale Francesco Amendola, Roberta Martino</i>	
Procedura operativa per la gestione delle consulenze medico-specialistiche	18
<i>Enea Iolanda, Giughiano Pasquale, Lotti Luigi, Manfredonia Luigi, Misefari Raffaele, Rapanà Armando, Reale Paolo, Rocco Pietro, Sgueglia Egidio, Sgueglia Sergio, Sorgente Giovannina, Vaccaro Mario</i>	
Trapianti in Emilia Romagna: quando "unico è bello"	32
<i>Emnio Ricchi</i>	
L'epidemiologia come strumento di counselling Infortuni a rischio biologico nel personale sanitario del Presidio Ospedaliero Sant'Elia – ASP di Caltanissetta	36
<i>A. Cirrone Cipolla, P. Di Mattia, R. Elia, L. M. G. Grimaldi, B. Trobia</i>	
Processi gestionali per la valutazione dell'accuratezza delle cartelle cliniche (Protocollo P.A.C.A.)	40
<i>M. Careno, G. Trimarchi, G. Borgese, S. Modica, P. Bonomo</i>	
Il futuro della professione	44
<i>Antonio Scarmozzino</i>	
Il risk management come occasione di miglioramento organizzativo – gestionale nelle strutture sanitarie	46
<i>Daniele Bosone</i>	
ORIZZONTI	51

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici
Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 68 - Numero 3 - luglio-settembre 2015

**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: G. Serranò

Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: U.L. Aparo

Comitato di direzione: U.L. Aparo, A. Appicciafuoco,
A. Battista, F. Bisetto, S. Brusafarro, A. Carbone,
F. Casassa, C. Del Giudice, O. Di Marino, B. Falzea,
G. Finzi, K. Kob, R. Lanzetta, R. Li Donni, G. Matarazzo,
I. Mura, G. Pelissero, A. Pellicanò, R. Predonzani,
G. Schirripa, G. Serafini, D. Stalteri, M.A. Vantaggiato

Comitato di redazione: U.L. Aparo, A. Appicciafuoco,
C. Catananti, R. Cunsolo, G. Pelissero, C. Ponzetti,
D. Stalteri, B. Zamparelli

Abbonamenti

Italia annuo € 31,00

Europa

Paesi Extra Europei € 103,00

Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

Fotolitografia 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

*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"*

CSST
CERTIFICAZIONE
EDITORIA
SPECIALIZZATA E TECNICA

Testata volontariamente sottoposta a
certificazione di tiratura e diffusione in
conformità al Regolamento CSST
Certificazione Editoria Specializzata e Tecnica

Per il periodo 1/1/2014-31/12/2014

Periodicità: TRIMESTRALE

Tiratura media: 4.500

Diffusione media: 4.402

Certificato CSST n. 2014-2503 del 3/3/2015

Società di Revisione: FAUSTO VITTUCCI

associato a:

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

 CONVEGNI

AMUCHINA® Bleach wipe

**Panno monouso
imbevuto di ipoclorito di sodio 0,1%**



**Per la disinfezione a freddo
di superfici pulite
di dispositivi medici non invasivi
e per piani di lavoro
di dispositivi medici**

S.HO.W.

SAFETY HOSPITAL WORK

Aspiratore a circuito chiuso per grandi volumi di liquidi biologici per:

sale Operatorie di: • Urologia, Ortopedia

reparti di: • Terapie Intensive

• Dialisi

• Degenza



MAGGIORE
SICUREZZA

RIDUZIONE
DEI COSTI

QUALITÀ
DEL LAVORO

OTTIMIZZAZIONE
DEL PERSONALE



KIEHL

die saubere Lösung

Fuori tutto!

**Pulizia di fondo radicale prima
della ceratura con prodotti
Kiehl Hightech**

**Per saperne di più scaricate la
nostra nuova App o visitate il
nostro sito.**

www.sonner-partner.de



Sistemi professionali per pulizia,
manutenzione ed igiene perfetti.



www.kiehl-group.com



Gli effetti delle politiche governative degli ultimi anni stanno ridisegnando il quadro generale in cui si trova a operare il medico igienista. La riorganizzazione della spesa sanitaria, con la riduzione dei posti letto, l'accorpamento e la chiusura di presidi ospedalieri, l'accorpamento e la soppressione delle direzioni mediche di presidio con la conseguente riduzione dei posti di lavoro, sia per le qualifiche apicali che per i dirigenti medici, disegnano uno scenario troppo indistinto in cui la ricerca del risparmio, invece di fare perno sull'innovazione – migliori prestazioni con minor spesa – e sull'appropriatezza, è incentrata sulla minor spesa attraverso tagli lineari e attraverso una rivisitazione delle modalità di appalto, per cui si rischia di non poter più esercitare, specie da parte di chi è deputato alle funzioni igienico-organizzative, garanzia o controllo sulla qualità delle prestazioni.

Questo stato di cose pone la necessità per l'ANMDO di una rinnovata azione da condurre su due fronti: quello culturale e quello politico, entrambi aventi come obiettivo generale l'efficienza del sistema sanitario del Paese e la sua efficacia assistenziale e sociale.

Cogliere la sfida già proposta dal Patto per la Salute significa affiancare, con proposte e suggerimenti, l'azione per uniformare un sistema che abbia come precipuo scopo quello di produrre sanità ma anche salute, che sia economicamente sostenibile, che investa in innovazione, ricerca, sviluppo tecnologico ed in formazione delle risorse umane. Perché ciò avvenga è indispensabile sviluppare un reale sistema di "governo clinico-organizzativo" basato sulla valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale. I medici di direzione ospedaliera, dell'area territorio e cure primarie, dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica per la loro formazione igienico-organizzativa e per le loro competenze, si propongono come soggetto autorevole e fondamentale interlocutore nel processo di decisione e di direzione del sistema sanitario per quanto concerne le politiche, gli strumenti e le azioni.

Il futuro della professione dei medici di direzione è strettamente connesso alla realizzazione di un sistema sanitario di qualità, che pur tenendo conto delle istanze dei professionisti, sia realmente centrato sulle esigenze e sui bisogni dei cittadini.

Alla luce di quanto esposto l'ANMDO ha individuato i seguenti 8 punti chiave per fornire il proprio positivo contributo al cambiamento del Sistema Sanitario Nazionale e 5 obiettivi di rinnovamento e cambiamento dell'Associazione.

Dott. Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale ANMDO

DOCUMENTO DI POLITICA SANITARIA PER LA TUTELA DELLA SALUTE

I PUNTI PER UNA NUOVA SANITA'

1. TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE

L'art.32 della Costituzione prevede la tutela del diritto alla salute. L'Associazione promuove e sostiene il mantenimento del Servizio sanitario nazionale e la garanzia dell'universalità, dell'equità di accesso ai servizi, del miglioramento della qualità dell'assistenza anche valorizzando il ruolo della sanità pubblica e dei suoi operatori, nell'ottica di promuovere e tutelare il bene salute.

2. STATO E REGIONI

L'ANMDO sostiene la necessità di modificare il titolo V della Costituzione, riservando al livello centrale, oltre che la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e del finanziamento del SSN, anche compiti che garantiscano l'omogeneità programmatica ed organizzativa nelle regioni, al fine di offrire a tutti i cittadini della Repubblica le stesse opportunità di assistenza indipendentemente dai territori di appartenenza, esercitando compiti di verifica e controllo, nell'ottica del superamento dei livelli intermedi di governo.

3. ASSISTENZA SANITARIA

L'erogazione dell'assistenza è garantita da dipartimento di prevenzione, dal distretto e servizi sovradistrettuali e dall'ospedale. Per ciascuna di tali macrostrutture va prevista la direzione da parte di dirigenti appartenenti alle rispettive discipline di sanità pubblica con l'esercizio della piena autonomia di gestione e di responsabilità. L'ANMDO promuove l'applicazione degli strumenti di governo clinico, al fine di un miglioramento continuo dell'organizzazione, della qualità e della sicurezza dei servizi e delle prestazioni sanitarie, dedicando una particolare attenzione, anche attraverso specifiche iniziative formative, ai seguenti aspetti: implementazione di percorsi clinico-assistenziali basati su linee guida nazionali e internazionali, valutazione e introduzione dell'innovazione, eliminazione di procedure obsolete, introduzione degli audit clinici in tutte le strutture assistenziali. L'ANMDO si impegna a promuovere e sostenere l'integrazione tra assistenza e ricerca, e si prefigge l'obiettivo di incoraggiare le direzioni sanitarie, anche attraverso specifiche iniziative formative, a voler svolgere un ruolo di leadership nel campo della ricerca assistenziale ("Health Care Research").

4. PUBBLICO E PRIVATO

Il servizio sanitario pubblico è integrato dal sistema privato in un'ottica di alleanza strategica con complessivo indirizzo, governo e verifica di parte pubblica.

5. IMPULSO ALL'AMMODERNAMENTO STRUTTURALE, DI PROCESSI ORGANIZZATIVI E DI INFORMATIZZAZIONE

Lo Stato garantisce il sufficiente finanziamento delle fonti di investimento al fine di realizzare l'adeguamento alle norme intervenute nonché l'ammodernamento, la sostituzione o la riconversione delle strutture edilizie esistenti, con particolare riguardo all'informatizzazione delle stesse e all'aggiornamento della dotazione tecnologica, anche in un'ottica di gestione integrata del processo assistenziale e di creazione di reti clini-

che. L'ANMDO si impegna a collaborare alla definizione della programmazione in materia di investimenti, anche attraverso le proprie competenze.

6. INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

Il livello centrale individua un modello organizzativo di integrazione territorio-ospedale che le regioni devono applicare, con particolare riferimento ai servizi di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria e a quelli rivolti ad affrontare i problemi di salute legati alla cronicità e alla non autosufficienza, garantendo l'adozione di definiti percorsi diagnostico-terapeutici.

7. LA COMUNICAZIONE

Va ulteriormente favorita la capacità di ascolto dei cittadini e potenziate le forme di comunicazione e di informazione sui servizi. L'ANMDO ritiene che i medici di direzione debbano farsi carico di garantire i processi di interlocuzione con i cittadini e le loro organizzazioni.

8. IL MEDICO DI DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA

L'Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera (ANMDO), rappresentativa dei dirigenti medici di direzione organizzativa, mette a disposizione delle Istituzioni (Parlamento, Governo centrale, Istituzioni periferiche) le proprie competenze in materia programmatica ed organizzativa. Di particolare rilievo, a tale proposito, è il contributo che l'ANMDO offre nella definizione dei criteri per l'articolazione della rete ospedaliera e di quelli che definiscono l'ospedale. In tale ottica l'ANMDO ritiene, anche al fine dell'espletamento in sicurezza delle attività sanitarie e dei relativi percorsi assistenziali, nonché delle funzioni di direzione organizzativa, che:

■ Ospedali con meno di 120 posti letto si accorpano ad uno o più edifici fino ad un massimo di 250 pl purché la distanza tra gli edifici sia inferiore a 10 Km

■ Ospedale isolato con meno di 120 posti letto e con distanza inferiore a 10 Km è aggregabile a ospedali maggiori

■ Ospedali con più di 120 posti letto non si possono aggregare fra loro.

In ogni Ospedale, così come sopra definito, è previsto un direttore medico di presidio ospedaliero, figura obbligatoriamente prevista dal d.lgs. n.502/1992 e s.m.i. ed una direzione medica di presidio ospedaliero la cui dotazione organica, anche al fine di garantire le vigenti disposizioni normative e in particolare contrattuali, sarà:

■ tra 120 e 250 posti letto: 3 dirigenti medici e 1 direttore medico

■ tra 251 e 400 posti letto: 4 dirigenti medici e 1 direttore medico

■ > 400 posti letto: si aggiunge 1 dirigente medico ogni ulteriori 100 PL.

La complessità delle competenze e delle conoscenze necessarie per dirigere dal punto di vista organizzativo ed igienico sanitario le strutture sanitarie, richiede una formazione adeguata con il coinvolgimento delle Università, sulla base di modelli e contenuti omogenei stabiliti dal livello centrale.

OBIETTIVI DI RINNOVAMENTO E CAMBIAMENTO DELL'ANMDO

1. RAPPORTO SINDACALE

L'ANMDO promuove la dignità professionale e il ruolo centrale dei medici dell'area igienico-organizzativa e di management sanitario, di prevenzione e dei servizi territoriali, delle Aziende Sanitarie pubbliche, attraverso la costruzione e la valorizzazione di una comunità di professionisti che condividono una stessa visione di tipo deontologico, scientifico e professionale in un settore dell'attività sanitaria di fondamentale importanza per il SSN e per la salute della comunità.

L'ANMDO, coerentemente con il proprio Statuto, intende rafforzare il ruolo di tutela legale e sindacale considerato come tutela della professionalità e dei legittimi interessi della categoria. Pertanto l'ANMDO tutela, dal punto di vista sindacale, legale e giurisdizionale, tutti i dirigenti medici che operano nella Sanità Pubblica e quindi nelle Direzioni Ospedaliere, nei Distretti, nelle strutture territoriali, nel Dipartimento della Prevenzione.

Poiché l'esperienza degli ultimi anni all'interno del Soggetto Sindacale ANPO ASCOTI FIALS Medici, non è stata in sintonia alle istanze e alle aspettative dei nostri iscritti, a tal proposito ANMDO ritiene di avviare un dibattito interno per definire il futuro percorso sindacale che garantisca maggiore tutela sindacale e legale nei confronti dei nostri associati, nonché la presenza diretta ai tavoli trattanti a livello centrale e decentrato.

Inoltre l'ANMDO s'impegna a approfondire ogni sforzo per ottenere i seguenti risultati:

1. passaggio della disciplina "Direzione medica di presidio ospedaliero" dall'area di sanità pubblica all'area medica;
2. indennità di 'Direttore di Dipartimento' per i Direttori Medici di Presidio Ospedaliero;
3. eliminazione del limite di età per i Direttori Sanitari di Azienda Sanitaria.

Per consentire la massima competenza ai suddetti tavoli, i Presidenti delle sezioni regionali dovranno appartenere preferibilmente all'area contrattuale di Sanità pubblica.

2. FORMAZIONE

ANMDO da sempre si impegna quale promotore di eventi formativi e innovativi, a supporto delle funzioni dirigenziali e direzionali, sia a livello nazionale, sia con eventi formativi regionali e locali.

Alla luce di ciò e in vista dei nuovi scenari, ANMDO si propone di essere riconosciuta come istituzione formativa scientifica qualificata e certificata a livello nazionale in partnership con le Istituzioni Universitarie, e con la Scuola Di Pubblica Amministrazione.

A tal fine ANMDO è impegnata a fornire un percorso formativo strutturato post specializzazione sul territorio nazionale e a promuovere l'istituzione di un Albo dei professionisti formati nella gestione delle organizzazioni sanitarie e di Direttori Sanitari. ANMDO promuove lo sviluppo di collaborazioni multiculturali tra soggetti professionali diversi, anche in ambito internazionale.

ANMDO auspica fortemente che le Scuole di specializ-

zazione in Igiene prevedano nei programmi contenuti coerenti con le competenze dei Medici di direzione organizzativa.

3. ANMDO E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

L'ANMDO intende rafforzare la collaborazione con le altre Società Scientifiche, nazionali ed estere, anche di discipline cliniche. A tal fine l'Associazione intende promuovere l'appropriatezza clinica ed organizzativa, lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici e gestionali anche certificati, la valutazione e la efficacia dei modelli organizzativi, in modo da valorizzare le competenze e la professionalità dei medici della categoria rappresentata.

4. LA COMUNICAZIONE: IL CITTADINO AL CENTRO DEL SISTEMA SALUTE

ANMDO ritiene che sia necessario individuare nuove strategie per massimizzare il valore percepito dai pazienti e per raggiungere i migliori outcomes al minor costo. L'ANMDO propone di potenziare a tutti i livelli le capacità di ascolto del cittadino da parte del Servizio sanitario come elemento chiave per il miglioramento del sistema, anche attraverso innovative e più immediate forme di comunicazione.

Occorre adeguare la comunicazione in sanità verso un sistema che favorisca una più facile e immediata presa in carico, anche attraverso un dialogo costante tra cittadino e sistema sanitario, con la messa a disposizione di informazioni che consentano una sempre maggiore reciproca interlocuzione. Per realizzare un sistema sanitario sempre più centrato sui reali bisogni del paziente, l'ANMDO s'impegna a contribuire al superamento dell'attuale frammentazione del sistema con l'obiettivo che l'assistenza venga effettuata nelle organizzazioni sanitarie in grado di erogare cure di eccellenza, appropriate e sicure.

5. COMPETENZE SPECIFICHE

In tutti i presidi ospedalieri, alla Direzione medica di presidio, data la responsabilità igienico-organizzativa, fanno capo attività di gestione del rischio clinico, sistemi di valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche secondo i principi dell'evidence-based medicine, nonché la diffusione delle innovazioni.

ANMDO si impegna inoltre a promuovere l'uso sistematico di processi di valutazione delle tecnologie (HTA) che prendino in considerazione priorità, appropriatezza e opportunità nella programmazione nazionale e regionale e nell'acquisizione aziendale di dispositivi medici e tecnologie.

La consulenza etica in ambito sanitario in Italia.

Le ragioni del progetto dell'IRCCS CROB

Riassunto

L'impegno dell'Istituto verso lo sviluppo di nuovi modelli di comprensione, valutazione ed indirizzo nell'agire assistenziale e scientifico mediante gli strumenti della bioetica clinica è finalizzato ai seguenti obiettivi:

- il coinvolgimento della persona malata rappresenterà l'aspetto saliente dell'alleanza terapeutica medico-paziente e la decisione sarà informata oltre che dalla situazione clinica, da una valutazione proporzionata benefici-rischi dei trattamenti che, in quanto realmente tale, includerà anche un'analisi valoriale soggettiva del paziente in riferimento a ciò che solo lui, perché soggetto e attore principale dell'assistenza, ritiene possa essere adeguato ad un'esistenza che considera di qualità, cioè rispettosa della propria prospettiva morale. Sarà affermato il principio del *primum non nocere quam succurrere*, quindi i fondamenti imprescindibili dell'etica medica, che impongono beneficenza/non maleficenza clinica, autonomia e autodeterminazione del paziente nell'esprimere le sue preferenze;
- il richiamo ad una ricerca trasparente, oltre che alla completa pubblicazione dei risultati, vedrà l'affermazione della validità etico-scientifica delle sperimentazioni e dell'accordo informato (motivo e metodo dell'arruolamento, responsabilità di una comunicazione efficace) degli arruolati.

Pasquale Francesco Amendola¹, Roberta Martino²

1 Medico esperto in organizzazione sanitaria

2 Bioeticista clinico presso l'IRCCS CROB, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata,

PAROLE CHIAVE:

Consulenza etica in ambito sanitario, processo decisionale condiviso, medicina centrata sulla persona, appropriatezza clinica, adeguatezza etica, ottimizzazione delle risorse

L'ARRIVO IN ISTITUTO

Una giovane bioeticista clinica, quasi un anno fa, si proponeva per uno stage in Istituto in bioetica clinica.

COSA SI STAVA REALIZZANDO

La Regione Basilicata aveva varato una serie di provvedimenti in applicazione della spending review

e, tra le prime in Italia, aveva deliberato che le Aziende Sanitarie gestissero direttamente il rischio per responsabilità civile. L'Istituto era impegnato, seguendo il modello Lean Six Sigma e lo strumento del risk management, a ridisegnare tutti i processi verso l'erogazione efficace, snella e sicura dei servizi. L'attenzione era rivolta sulle risorse e sul contenimento della spesa, sulla clinical governance e la gestione del rischio come obiettivo

trasversale. Si andava affermando una visione dell'assistenza organizzata intorno ai bisogni dei pazienti, convinti che il perseguire la centralità della persona genera migliori outcome clinici, la riduzione dei costi, la diminuzione dei sinistri e l'attrattività dell'ospedale.

LA SFIDA

La sfida era ed è verificare se a fronte della centralità del paziente in quanto persona, si è disponibili a mettere in discussione l'organizzazione del lavoro e le relazioni professionali. Questo orientamento è stato stimolato dai risultati di uno studio pubblicato su Monitor n.34 del 2013, che ha evidenziato come per un paziente oncologico, il fondamento di un iter terapeutico di qualità è l'umanizzazione delle cure, che si esprime nei seguenti aspetti: consenso realmente informato e condiviso, presa in carico globale, appropriatezza clinica ed adeguatezza etica nella traiettoria di cura, accompagnamento nella continuità del percorso.

IL FOCUS DELLA III RIVOLUZIONE SANITARIA

La sanità del 21° secolo, a fronte di quella del secolo scorso, che ha visto notevoli miglioramenti nell'efficacia e nei rapporti costo-efficacia dell'assistenza, sarà dominata dal valore che i cittadini percepiranno nel ricevere prestazioni correlate ai progressi scientifici raggiunti. La loro prospettiva dipenderà sia dalle informazioni che verranno comunicate, sia dai propri personali valori.

I LIMITI DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA

L'aumento della domanda e la sua gestione.

La crescente domanda di assistenza sanitaria, conseguenza di quel fenomeno diffuso denominato consumerismo fortemente alimentato da internet, è gestibile contrastando la distorsione ottimistica dei risultati attraverso l'affermazione costante del principio di ottimalità secondo Donabedian, inteso quale bilanciamento dei miglioramenti di salute rispetto ai loro costi.

In questo senso, presupposto di un'informazione chiara ai pazienti è l'esplicitazione dei livelli di efficacia dei trattamenti in relazione ai loro possibili rischi.

MEDICINA ORGANICISTA

La medicina contemporanea vive il problema di mantenere coerenti i contenuti tecnici alle sue finalità filantropiche, in relazione ad una tecnologia che diventa sempre più sostitutiva dell'approccio fisico, diretto con il paziente, sviluppando un modello medico riduttivo che appiattisce la persona ad una complessa macchina biochimica.

"I medici -sostiene Lown- non si prendono cura della persona nella sua complessa multidimensionalità, ma curano parti biologiche frammentate che non funzionano più; la maggior parte delle volte l'essere umano sofferente è escluso dalla transazione...per molti medici la tecnologia è diventata un sostituto sufficiente ad un colloquio realmente inter-relazionale con il paziente".

DECIDERE ANCHE SE NELL'INCERTEZZA

Qualsiasi decisione operativa del medico ha come fine ultimo la migliore tutela della salute dell'uomo e perciò, deve essere condotta secondo scienza e coscienza.

La scienza è lo strumento attraverso il quale il medico valuta tecnicamente il rapporto esistente tra i benefici ed i rischi delle differenti opzioni diagnostiche e terapeutiche, pervenendo ad un bilancio complessivo che potrà essere positivo o negativo, in termini di umana certezza o di probabilità, e che indirizzerà la sua scelta verso il trattamento clinicamente più appropriato, perché proporzionato nel suo rapporto beneficio-rischio.

La coscienza esprime la consapevolezza umana e professionale di agire secondo principi morali conformi ai precetti della scienza, alla propria dimensione etica ed alle preferenze del paziente.

Il medico, di necessità, si trova nella condizione di scegliere, e talora in situazione di incertezza, sia clinica, sia morale.

La scelta più pertinente in un determinato contesto non può essere definita se non mediando co-costruttivamente tra l'opzione diagnostica e/o terapeutica clinicamente più appropriata e la volontà liberamente e perciò consapevolmente espressa dal paziente; una sintesi non determinata a monte del rapporto medico-paziente, ma continuamente concordata a partire dall'inizio della relazione e per tutto il processo terapeutico.

L'incertezza, per essere gestita, chiede di non essere occultata, co-

si come esige non la neutralità, ma l'espressione della propria prospettiva morale, riconoscendo al tempo stesso la pluralità delle posizioni valoriali e l'urgenza della mediazione. Va affermata quindi una medicina della scelta, capace sia di descrivere ciò che fa, sia di spiegare i motivi per cui lo fa; una medicina della responsabilità, in cui il medico sostanzialmente:

- è consapevole che l'etica clinica sia un'esigenza intrinseca dell'atto medico;

- riconosce la norma deontologica come mezzo per cercare e conservare ciò che è eticamente appropriato e non solo come un mero strumento di giustificazione/medicina difensiva;

- vive costruttivamente la dialettica tra la sua competenza professionale e l'autonomia del paziente;

- considera la salute un bene inter-relazionale, obiettivo di entrambi i soggetti attori della cura (paziente e curante), all'interno di un rapporto di fiducia, che trova espressione autentica nell'alleanza terapeutica;

- non è neutrale, ma, dopo aver correttamente illustrato al paziente le differenti opzioni diagnostiche e/o terapeutiche con il conseguente rapporto beneficio/rischio, si assume la responsabilità di proporgli il trattamento che ritiene essere clinicamente più appropriato;

- crea un contesto di senso che legittima il consenso, rispettando le preferenze e l'autonomia del paziente come meta di un percorso inter-relazionale, guidato dalla finalità interna di promuovere una decisione moralmente condivisa, attraverso un'integrazione co-costruttiva delle loro prospettive valoriali.

LA CONSULENZA ETICA IN AMBITO SANITARIO (CEC)

Per una sanità di valore, uno strumento particolarmente interessante viene suggerito dalla bioeticista clinica, nel frattempo occupata nelle attività del comitato etico: è la consulenza etica in ambito sanitario.

Scopo essenziale della consulenza etica in ambito sanitario è migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria nel processo e conseguentemente nel risultato, attraverso la prevenzione, l'identificazione e l'analisi di problematiche etico-morali presenti nella pratica clinica, nella sperimentazione clinica e quindi conseguentemente nell'organizzazione. La consulenza di etica clinica, attraverso la razionalizzazione del processo decisionale, promuove una medicina che non agisce in modo intuitivo ed immediato, ma sceglie consapevolmente e perciò con responsabilità, giustificando criticamente le cause e le conseguenze dei suoi atti. In questo senso, la consulenza di etica clinica facilita:

- il processo decisionale condiviso (PDC);
- l'orientamento dei familiari, degli operatori sanitari, tutori e altri decisori verso un'assistenza realmente centrata sul paziente in quanto persona, e quindi rispettosa della sua complessa e soggettiva multidimensionalità;
- la prevenzione e/o la risoluzione di dubbi e/o conflitti etico-morali in un clima di ascolto, rispetto e attenzione agli interessi, ai diritti ed alle responsabilità di tutti i soggetti coinvolti.

IL PROCESSO DECISIONALE CONDIVISO (PDC)

Nell'assistenza al paziente i medici, in adesione ai presupposti etici e deontologici connaturali alla loro professione, devono bilanciare l'obbligo di apporare benefici -principio di

beneficenza- con l'obbligo di evitare o ridurre al minimo la possibilità di causare danni -principio di non maleficenza -(appropriatezza clinica), coniugando il rispetto dell'autonomia e dell'autodeterminazione del paziente (adeguatezza etica).

Al processo decisionale condiviso si possono affidare due obiettivi fondamentali:

- dare un'informazione al paziente ed agli arruolati in sperimentazioni cliniche, completa, comprensibile e recepita in merito alla diagnosi, alla prognosi, alle differenti opzioni diagnostiche e terapeutiche con il relativo profilo beneficio-rischio;
- integrare nel processo decisionale la prospettiva etico-morale del paziente, quindi i suoi valori e le proprie preferenze (adeguatezza etica): "qual è il senso che il paziente in quanto persona attribuisce alla sua esistenza? cosa rappresenta la malattia? che significato conferisce alle differenti opzioni diagnostiche e terapeutiche ed ai relativi benefici e rischi? come interpreta il rapporto benefici-rischi?"

Il processo decisionale condiviso, rispondendo al dovere etico e deontologico della professione medica intesa nella sua propria autenticità, previene, attraverso il miglioramento della relazione, della comunicazione medico-paziente, l'insorgenza di conflitti etico-morali significativi tra operatori sanitari e pazienti/famiglie e costituisce un utile strumento per:

- garantire l'appropriatezza clinica e l'adeguatezza etica dei trattamenti diagnostici e terapeutici;
- ottimizzare le risorse riducendo gli sprechi derivanti dagli eccessi diagnostici e terapeutici (overtreatments);
- incrementare la soddisfazione dei pazienti;
- ridurre il contenzioso medico-legale e la conseguente medicina difensiva;
- favorire l'adesione alle sperimentazioni cliniche.

IL RI-ORIENTAMENTO DEL PROCESSO DI CURA VERSO UN'ASSISTENZA CENTRATA SULLA PERSONA

Un'assistenza in cui le capacità tecniche del personale sono bilanciate da una formazione orientata allo sviluppo delle attitudini inter-relazionali, che garantiscono il rispetto della complessa ed individuale multidimensionalità del paziente in quanto persona sofferente e non mero corpo malato, restituisce agli attori del processo la consapevolezza che il proprio agire è conforme ad una buona medicina clinica, perché medicina etica, e che il lavoro è per questo organizzato in favore dell'effettivo bisogno. Ne conseguono, per il personale, la legittimazione del proprio ruolo attivo, non meramente burocratico, ed uno slancio motivazionale che può compensare il mancato entusiasmo determinato dalla riduzione di altre forme incentivanti e dai blocchi contrattuali protratti.

LA PREVENZIONE E/O LA RISOLUZIONE DI DUBBI E/O CONFLITTI ETICO-MORALI

La prevenzione e/o la risoluzione di dubbi e/o conflitti etico-morali determina un contesto positivo ed un clima di rispetto e rassicurazione nell'ambiente lavorativo, che in sanità è caratterizzato anche dalla complessità della gestione dei vissuti esistenziali degli operatori, legati alle relazioni con i pazienti, i familiari dei pazienti, oltre che con i colleghi; vissuti influenzati dal senso del vivere e del morire al quale la malattia (in modo particolare se oncologica) rimanda costantemente, ricordando la natura limitata e perciò vulnerabile di ogni essere umano.

La qualità della vita lavorativa determina la massimizzazione del

potenziale umano e professionale individuale e assume un profondo significato morale, testimoniando la responsabilità dell'Istituto nei confronti dei suoi dipendenti e contemporaneamente verso il miglioramento del servizio offerto.

CONCLUSIONI

Il decreto del Ministero della Salute del 14.03.2013, documentazione necessaria per il riconoscimento degli istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, prevede che gli istituti debbano possedere la certificazione di qualità dei loro servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute. I più noti programmi di valutazione della qualità in ambito sanitario (JCI, ISO, OECI) hanno tra i loro standard o set di criteri, alcuni centrati sulla capacità di far fronte alle problematiche morali con la gestione etica che abbraccia il processo di cura, la struttura, l'organizzazione, e la ricerca.

L'Istituto, nella consapevolezza che un IRCCS debba perseguire, oltre alla ricerca biomedica e clinica, quella organizzativa, ha promosso tra le sperimentazioni di innovazioni dei processi funzionali e gestionali il progetto "ripartiamo dalla persona", dal quale ci si attendono evidenze in ordine all'efficacia ed all'efficienza degli strumenti di supporto decisionali per i pazienti e per gli operatori, a seguito della disponibilità della consulenza di etica clinica (CEC).

BIBLIOGRAFIA

1. *American Society for Bioethics and Humanities. 2nd edition. American Society for Bioethics and Humanities, Glenview (IL), 2011.*
2. *American Society for Bioethics and Humanities'Clinical Ethics Task Force. Improving competence in clinical ethical consultation: An education guide. American Society for Bioethics and Humanities, Glenview (IL), 2009.*
3. *American Society for Bioethics and Humanities'Core Competencies Update Task Force. Core Competencies for Health Care Ethics Consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities. 2nd edition. American Society for Bioethics and Humanities, Glenview (IL), 2011;2.*
4. *Ashcroft RE, Lucassen AM, Parker M, Verkert M (eds.). Case analysis in clinical ethics. Cambridge University Press, Cambridge, 2005.*
5. *Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Health Care Ethics Consultation: Nature, goals, and competencies: A Position Paper from the Society for Health and Human Values - Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. Ann Intern Med 2000; 33:59-69.*
6. *Bean S. Navigating the murky intersection between clinical and organizational ethics: A hybrid case. Bioethics 2010; 25:320-5.*
7. *Boyle PJ, DuBose ER., Ellingson SJ, Guinn DE, McCurdy DB, Organizational Ethics in Health Care. Principles, Cases, and Practical Solutions. San Francisco:Jossey-Bass, 2001.*
8. *Buccelli C, in introduzione al V convegno del Comitato Etico per le Attività Biomediche "Carlo Romano" - Clinica e Tecnologia nella medicina contemporanea, 21-23 novembre 2012, Napoli, pp. 13-15.*
9. *Caminti C, Diodati F, Gatti A, et al. Current functions of Italian ethics committees: a cross-sectional study. Bioethics 2011; 25:220-7.*
10. *Craig JM, May Th. Evaluating the Outcomes of Ethics Consultation, The Journal of Clinical Ethics 2006; 17(2): 168-80.*
11. *Daly G. Ethics and Economics, Nurs Econ 2000; 18: 194-201.*
12. *Dougherty CJ. Clinical ethics - III. Institutional ethics committees. In: Post EG (ed.). Encyclopedia of Bioethics. 3rd edition. Macmillan Reference - Thomson Gale, New York, 2003; 1:444-7.*
13. *Fletcher JC, Brody H. Clinical ethics - I. Development, role, and methodologies. In: Post EG (ed.). Encyclopedia of Bioethics. 3rd edition. Macmillan Reference - Thomson Gale, New York, 2003; 1:433-9.*
14. *Goldberg JL. The moral education of medical students. In: Ravitsky W, Fiester A, Caplan Al (eds.). The Penn Center guide to bioethics. Penn Center for Bioethics - Springer Publishing Company, New York (NY), 2009; 181-90.*
15. *Gray SM, Ricciardi W, Per una sanità di valore, Iniziative Sanitarie, Roma, 2008.*
16. *Gruppo Nazionale di Etica Clinica e Consulenza Etica in Ambito Sanitario, Documento di Trento "La Consulenza Etica in Ambito Sanitario in Italia", Trento, 10 ottobre 2013, Medicina e Morale 2014/1.*
17. *Hall R. Healthcare Organization and Business Ethics. New York: Oxford University Press, 2000.*
18. *Heilicser BJ, Meltzer D, Siegler M. The Effect of Clinical Medical Ethics Consultation on Healthcare Costs, Journal of Clinical Ethics 2000, 11:31-8.*
19. *Hurst S. Clinical ethics. In Chadwick R. (ed.). Encyclopedia of applied ethics. 2nd edition. Academic Press, San Diego (CA), 2012; 1:476-87.*
20. *Jonsen Albert R, Siegler M, Winslade William J, Etica Clinica, a cura di Spagnolo AG, McGraw-Hill, Milano 2012.*
21. *Kanoti GA, Youngner S. Clinical ethics - II. Clinical ethics consultation. In: Post EG (ed.). Encyclopedia of Bioethics. 3rd edition. Macmillan Reference - Thomson Gale, New York, 2003; 1:439-44.*
22. *Koch T. Thieves of virtue. When bioethics stole medicine. MIT Press, Cambridge (MA), 2012.*
23. *MacRae SK, Fox E, Slowther A. Clinical ethics and system thinking. In: Singer PA, Viens AM (eds). The Cambridge text-book of bioethics. Cambridge University Press, Cambridge, 2008; 313-21.*
24. *Marcon A, Bravi F, Foglino S, et al, Continuità di cura in Oncologia, in Monitor 34, 2013; 46-52.*

25. Meyers C. *A practical guide to clinical ethics consulting. Expertise, ethos and power.* Lanham, Maryland: Rowman and Littlefield Publishing Group, Lanham (MD), 2007.
26. Minacori R, Comoretto N, Cicero-ne M, Spagnolo AG, *La consulenza di etica clinica: strumento di chiarificazione medico-paziente e prevenzione del contenzioso*, in *La medicina legale del nuovo millennio tra tradizione ed innovazione*, (Ancona, 29 settembre - 02 ottobre 2009), Monduzzi, Noceto 2011: 217-223.
27. Minacori R, Sacchini D, Comoretto N, and Spagnolo AG, *The clinical ethics consultation (CEC): clarification tool for physicians and patients to avoid complaints?*, 7th International Conference on Clinical Ethics and Consultation (ICCEC), Amsterdam, The Netherlands -May 18-21, 2011. abstract Book: 70.
28. Orr RD, deLeon DM. *The Role of the Clinical Ethicist in Conflict Resolution.* *The Journal of Clinical Ethics* 2000, 11(1): 21-30.
29. Rasmussen L (ed.). *Ethics expertise. History, contemporary perspectives, and applications.* Springer, Dordrecht, 2005.
30. Repensbek M. *An empirically-driven ethics consultation service.* *Health Care Ethics USA* 2009; 17:6-17.
31. Silverman HJ. *Organizational ethics in healthcare organizations: proactively managing the ethical climate to ensure organizational integrity.* *HEC Forum*, 2000; 12:202-15.
32. Slowther AM. *Ethics consultation and ethics committees.* In: Ashcroft RE, Dawson AJ, Draper H, McMillan JR (eds.). *Principles of health care ethics.* 2nd edition. John Wiley and Sons, Chichester, 2007; 527-32.
33. Spagnolo AG, Comoretto N, Sacchini D, Minacori R, *Dalla morale medica alla bioetica clinica*, *Medicina e Morale*, 2010, 6:891-915.
34. Spencer EM, Mills AE, Rorty MV, Werhane PH (2000). *Organization Ethics in Health Care*, New York, Oxford University Press.
35. Tarzian A, *The ASBH Core Competencies Update Task Force. Health care ethics consultation: An update on core competencies and emerging standards from the American Society for Bioethics and Humanities' Core Competencies Update Task Force.* *AM J Bioethics* 2013; 13:3-13.
36. Tavani M, *Il bisogno di certezza del medico nella pratica clinica d'oggi*, in *V convegno del Comitato Etico per le Attività Biomediche "Carlo Romano" - Clinica e Tecnologia nella medicina contemporanea*, 21-23 novembre 2012, Napoli, pp. 28-32.



VERMOP®



PULIZIA SICURA – L' IGIENE NELLA SANITÀ

VERMOP Italia S.r.l. · Tel. +39 02 45 70 60 93 · info@vermop.it · www.vermop.it SALMON-GROUP

Contro la resistenza agli antibiotici: flusso laminare focalizzato

Riduce fino al 95 % la carica batterica



Toul tavolo strumenti sterile:
strumenti e materiali protesici
sono protetti

**Toul flusso laminare mobile: protegge il tavolo operatorio,
gli strumenti e il deposito sterile**
- riduce fino al 95 % la carica batterica sul sito chirurgico e sul tavolo portafetri -

Il numero di infezioni complicate è aumentato notevolmente negli ultimi anni a causa dell'incremento degli impianti di protesi (ortopediche, cardiache, dispositivi elettronici impiantabili) e della resistenza agli antibiotici. Questi dispositivi sono destinati in gran parte a pazienti anziani e con multiple comorbidità. La maggior parte delle infezioni della ferita chirurgica viene acquisita durante l'intervento: se una ferita è pulita e asciutta, infatti, nell'arco di poche ore dall'intervento non è più suscettibile all'aggressione da parte dei batteri. Le sale operatorie presentano cariche batteriche troppe elevate durante l'intervento chirurgico favorendo infezioni gravissime.

La sola profilassi antibiotica non è più sufficiente per impedire in modo efficace un' infezione a causa della resistenza agli antibiotici. Il costo di ogni infezione da protesi è stimato intorno a 50.000 Euro, considerando revisione chirurgica, terapia medica, degenza, antibiotici, riabilitazione e follow-up, a cui si può aggiungere un costo medio di circa 50.000 Euro per sinistro da infezioni ospedaliere.

Il flusso focalizzato Toul usa dei filtri Hepa che eliminano tutti i batteri (anche quelli resistenti!)

Si abbate la carica batterica sul campo operatorio e sugli strumenti fino a 95 %. Il paziente è meno esposto ai batteri anche durante lunghissimi interventi e si riduce drasticamente il rischio di acquisire un' infezione intraoperatoria. Il sistema Toul può essere utilizzato immediatamente portando la sala operatoria in classe ISO 5, prevista dalla norma UNI EN ISO 11425 2011. Toul è dotato di un sistema di tracciabilità per la medicina difensiva.



Il flusso laminare mobile protegge direttamente il sito chirurgico e gli strumenti senza ostacoli



Nella sala operatoria tradizionale l'aria viene ostacolata aumentando la carica batterica sul sito chirurgico e sugli strumenti

Procedura operativa per la gestione delle consulenze medico-specialistiche

Riassunto

Il presente documento è stato elaborato da Federico Giovanni, direttore dell'u.o.c. Risk Management, con la fattiva collaborazione di Egidio Sgueglia, Giovannina Sorgente, Raffaele Misefari, Mario Vaccaro e definito, in apposite riunioni di lavoro, mediante un processo di franca consultazione di volenterosi ed esperti professionisti operanti da anni nell'area sanitaria di questa Azienda: si ringraziano tutti per il prezioso apporto fornito. La sua stesura, ben si comprende, ha richiesto anche la consultazione e l'approfondimento di numerose pubblicazioni scientifiche sui molteplici aspetti attinenti la pratica delle consulenze.

Enea Iolanda¹, Giugliano Pasquale², Lotti Luigi³, Manfredonia Luigi⁴, Misefari Raffaele⁵, Rapanà Armando⁶, Reale Paolo⁷, Rocco Pietro⁸, Sgueglia Egidio⁹, Sgueglia Sergio¹⁰, Sorgente Giovannina¹¹, Vaccaro Mario¹²

1 Dirigente Medico - u.o.c. Medicina d'Urgenza

2 Dirigente Medico - u.o.c. Medicina Legale

3 Dirigente Medico - u.o.c. Urologia

4 Dirigente Medico - u.o.c. Diagnostica per Immagini

5 Coll. Prof. San. - Infermiere - u.o.c. Risk Management

6 Dirigente Medico - u.o.c. Neurochirurgia

7 Dirigente Medico - u.o.c. Medicina Generale

8 Dirigente Medico - u.o.c. Gastroenterologia

9 Coll. Prof. San. Esperto - Capo Servizi Inferm. - u.o.c. Risk Management

10 Dirigente Medico - u.o.c. Chirurgia d'urgenza ed emergenza

11 Dirigente Medico - u.o.c. Risk Management

12 Dirigente Medico - u.o.c. Anestesia d'Urgenza

PAROLE CHIAVE:

Burocrazia, etica professionale, privacy

PREMESSA

Da alcuni decenni molteplici ragioni "spingono" le strutture sanitarie, con maggiore interesse del passato, a perseguire strategicamente la

qualità¹ e sicurezza² dei servizi erogati ai pazienti.

Tuttavia, le risultanze assistenziali non sono sempre in linea con le aspettative, sia dei cittadini utenti che delle stesse strutture. Infatti le

misurazioni al riguardo, effettuate in molti paesi del mondo, hanno fatto rilevare ovunque alte percentuali di errori ospedalieri evitabili (in sintesi: per i pazienti ricoverati i tassi variano dal 2,9 al 45,8 %, dei quali risultano evitabili tra il 27,6 e il 51,2 %; nel Regno Unito gli eventi avversi relativi ai ricoveri costano circa 3 miliardi di euro all'anno).

Gli esperti di sanità pubblica dicono, perciò, che le strutture, se non vogliono restare indietro e diventare istituzioni desuete, devono subito puntare sull'eccellenza operativa e dare ancor più valore alle prestazioni fornite dai propri operatori sviluppando nuovi modelli di erogazione dei servizi e nuove competenze per implementarli, specie nei *processi chiave*, anche mediante l'utilizzo di una adeguata infrastruttura informatica così da rendere più semplice fare le cose giuste e più difficili fare le cose sbagliate. E perché le strutture diventino adatte al cambiamento occorre che nella cultura dei suoi operatori siano integrati nuovi principi, quali lavoro di squadra, attenzione incentrata sui pazienti, collaborazione al di là dei confini formali dell'organizzazione, senso di responsabilità diffusa e condivisa, miglioramento e innovazione continui.

Ora non vi è dubbio che la consulenza medico-specialistica sia un processo chiave in sanità; invero essa è assistenza diretta del pazien-

1 Qualità dell'assistenza sanitaria: è la capacità di soddisfare, in uno specifico contesto, i bisogni di salute di una popolazione, secondo le evidenze scientifiche e le risorse disponibili; è stata definita anche come "il livello al quale i servizi sanitari a disposizione dei singoli e della popolazione aumentano la probabilità di ottenere gli esiti desiderati, nonché il livello di coerenza con le conoscenze professionali al momento disponibili".

2 Sicurezza del paziente: dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

te, il compito istituzionale irrinunciabile e centrale di ogni ospedale che, per assurdo, tutto potrebbe omettere fuorché non garantire le giuste visite cliniche-prestazioni strumentali al paziente e la giusta diagnosi-cura-riabilitazione alla malattia.

Parimenti scontato è che le “*difettose*” consulenze hanno effetti importanti e non trascurabili potendo portare a inesattezza della diagnosi, intempestività della terapia, inappropriata assistenza, aggravamento della malattia, frammentazione-parcellizzazione del paziente, prolungamento della degenza, spreco delle risorse in uso,...

Dunque mettere in sicurezza una pratica tanto essenziale e delicata come quella delle consulenze è convenienza universale (del paziente, dell'Azienda, del SSN, della collettività).

A tal proposito si consideri inoltre che:

- come sostiene W.E.Deming, il guru della qualità totale, l'efficacia di un lavoratore è determinata per l'85 % dal contesto (ambiente, organizzazione, sistema,...) in cui egli opera e solo per il 15 % dalla sua competenza

- come ci dice la nostra logica-esperienza, i processi assistenziali non recentemente ridefiniti e adeguatamente aggiornati danno prestazioni insoddisfacenti a prescindere dalla bravura e dall'impegno degli operatori che li effettuano.

Lo strumento professionale più indicato per ridefinire e mettere in sicurezza la pratica delle consulenze è la procedura operativa³

anche perché essa assomma il duplice vantaggio di contrastare sia i rischi legati al singolo professionista coinvolto e sia quelli legati

all'equipe ed agli altri fattori che influenzano la pratica clinica.

Il principale elemento innovatore della procedura operativa qui presentata sta nell'assunto d'interesse generale che la consulenza medico-specialistica, lungi dal limitarsi a dare l'indispensabile e formale supporto, deve di volta in volta fornire il massimo contributo professionale possibile all'assistenza ospedaliera affinché essa – in coerenza con gli obiettivi strategici dell'Azienda – realizzi i potenziali livelli di eccellenza e, soprattutto, consegua il miglior esito clinico per il paziente.

NOTA: Questo documento, previamente visionato e discusso, recepisce le osservazioni e proposte della sede locale di Cittadinanzattiva che lo ha valutato positivamente.

OBBLIGHI E PRINCIPI IN MEDICINA

Allo stato secondo tradizione e giurisprudenza in Medicina valgono, tra altri, i seguenti vincoli

- il medico in esercizio delle sue funzioni, quale pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, *non può rifiutare un atto del suo ufficio che* deve essere compiuto senza ritardo;

- la prestazione del medico, salvo talune eccezioni, appartiene alla categoria delle *obbligazioni c.d. di mezzi e non di risultato*, cioè il medico ha l'obbligazione di porre in essere un comportamento professionale caratterizzato da diligenza, perizia, prudenza e osservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline;

- ogni sanitario è tenuto ad assolvere gli obblighi derivanti dalla necessità che le sue azioni – in uno con quelle di tutti gli operatori

partecipanti all'assistenza dello stesso paziente - convergano verso il fine comune ed unico (*mantenere o recuperare la salute del paziente assistito*). Perciò non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altri sanitari, sia pure di altra area, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo o facendo porre opportunamente rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali e, come tali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio;

- tutti gli operatori sanitari sono portatori *ex lege* di una “*posizione di garanzia*” nei confronti dei pazienti, cioè hanno l'obbligo di preservarli dai rischi che possono lederne l'integrità psicofisica e di neutralizzare le fonti di pericolo che li possono minacciare (obbligo di protezione e controllo);

- nelle situazioni in cui una pluralità di soggetti si trova ad operare a tutela di un medesimo paziente la “posizione di garanzia” richiede una organizzazione del lavoro con suddivisione dei doveri/compiti che ogni sanitario è chiamato ad osservare/svolgere;

- il dirigente medico subordinato che non condivide il trattamento assistenziale deciso dal dirigente in posizione superiore o che lo ritiene costituire un pericolo per il paziente ovvero lo ritiene essere comunque inidoneo per le esigenze del caso è tenuto a rappresentare questo dissenso.

Secondo i moderni dettami della buona pratica medica - che è fondata sull'etica dell'organizzazione e persegue non solo di ottimizzare l'uso delle risorse ma anche di soddisfare le istanze dei malati/clienti - i sanitari coinvolti nell'assistenza

³ La procedura è una spiegazione di dettaglio metodologico e organizzativo che esplicita come, all'interno delle diverse funzioni, gli incaricati debbano operare, attenendosi a ben precisate indicazioni, per partecipare - in modo ripetibile - allo svolgimento di tutte le attività inerenti un particolare processo. Essa acquista veste operativa quando entra nel merito dell'attività di tipo prevalentemente esecutivo (cioè si occupa di definire cicli, valori di parametri, istruzioni specifiche su come usare le attrezzature di pertinenza,) per il personale che la deve applicare.

degli stessi sono tenuti ad osservare, tra altri, i seguenti Principi:

- a. l'integrazione multiprofessionale sposta l'attenzione sul paziente e la sua *unicità/unitarietà*; integrare significa, dunque, adottare processi attraverso i quali le attività di servizio devono acquistare e conservare una univocità-congruità-funzionalità centrate sul malato e i suoi bisogni in maniera olistica e progettuale per poterne perseguire il benessere e alla fine costituire, come è ovvio, un complessivo **atto assistenziale unitario**⁴;
- b. l'integrazione dei sanitari membri dell'equipe ha implicite, quantomeno, gli aspetti dell'*interdipendenza* (consapevolezza di dipendere gli uni dagli altri) e dell'*omogeneità* (consapevolezza di avere lo stesso obiettivo: il beneficio del paziente); la diversità e molteplicità degli operatori sono risorse solo se adeguatamente governate e indirizzate in funzione dell'obiettivo più alto, quello del miglioramento continuo della qualità del servizio, del perseguimento di standard assistenziali crescenti, della realizzazione di contesti favorevoli all'eccellenza professionale;
- c. l'integrazione dei partecipanti al lavoro di gruppo non può prescindere dagli altri fattori che

influenzano direttamente la qualità dell'agire professionale (chi sono coloro che fanno, in quale momento fanno, con quali strumenti fanno,); le diverse prestazioni devono essere erogate solo quando gli operatori, oltre ad essere competenti specificamente ed adeguati numericamente, sono anche in condizioni di eseguirle con i modi, tempi e mezzi tecnici necessari perché risultino efficaci, efficienti, appropriate e sicure.

Secondo il vigente codice deontologico e le consolidate disposizioni sia di leggi sanitarie che di organismi normativi (vedi riferimenti bibliografici) la Cartella Clinica (C.C.) – e con essa la documentazione della consulenza medico-specialistica - non può non assolvere, tra altre, le seguenti funzioni:

- fornire una base informativa per decisioni cliniche appropriate e garantire la continuità assistenziale documentando (con tutti i dati significativi del caso) lo stato di salute/malattia del paziente, i trattamenti effettuati, i risultati ottenuti
- registrare le attività svolte per permettere di risalire a:
 - autori/responsabili
 - logica seguita
 - cronologia/sequenza

- modalità di esecuzione/misurazione

- facilitare l'integrazione operativa tra le diverse figure professionali coinvolte

- consentire le valutazioni dell'attività assistenziale erogata e i correlati riscontri di ordine amministrativo, gestionale e legale.

Ancora secondo i consolidati principi della *comunicazione interprofessionale* (tanto importante in medicina⁵) la relazione tra gli operatori che intervengono nell'assistenza dello stesso paziente non può che essere improntata all'educazione, cortesia, collaborazione⁶ reciproca mentre lo scambio informativo bidirezionale (tra i sanitari emittente e ricevente la comunicazione) non può che essere funzionale, essenziale ed efficace rispetto alle necessità di realizzazione corretta di ogni specifica pratica. Ciò significa che la messa in sicurezza di tale processo comunicativo non può prescindere dall'obbligo di utilizzare nelle attività interprofessionali-interdisciplinari lo strumento che ha implicite i minori rischi di omissioni, equivoci, fraintendimenti, incomprensioni, errori interpretativi e che è il *dialogo*, il *colloquio*, il *confronto verbale* tra operatori

4 E' il caso di rimarcare con la maggiore evidenza che ogni episodio di presa in carico assistenziale del paziente ricoverato deve essere un atto unitario, dalla diagnosi alla terapia e prognosi, come gestito da un solo operatore e con una sola appropriata logica. Perciò occorre che gli operatori passino da una visione della continuità assistenziale incentrata sul singolo operatore a una incentrata sull'insieme, sul sistema: gli erogatori delle prestazioni devono facilitare la erogazione di quelle degli altri e rendere le proprie non solo integrate e compatibili con esse ma anche coerenti con il fine, l'obiettivo di tutte. Il processo assistenziale, pur nella successione e frammentazione delle attività che lo compongono, deve sempre costituire e risultare un atto, oltre che logico, unitario.

5 La comunicazione interprofessionale interna ed esterna al reparto, essendo un mezzo imprescindibile per erogare assistenza, è una componente essenziale della prestazione e il tempo ad essa dedicato è tempo di cura: la comunicazione interprofessionale coincide in maniera significativa con l'assistenza stessa. Una cattiva comunicazione tra operatori (nel senso che l'informazione non è disponibile e/o non viene passata e/o viene passata in maniera distorta) può, evidentemente, avere conseguenze negative importanti per gli assistiti, anche drammatiche. Secondo la Joint Commission on Healthcare Accreditation i difetti di comunicazione sono all'origine di oltre il 60% degli eventi sentinella che accadono negli ospedali accreditati per la qualità. Per rendere uniformi e sicure le modalità di questo processo comunicativo la nostra Azienda ha adottato, con deliberazione 666/2012, il Protocollo per la corretta comunicazione interprofessionale riguardante l'assistenza ai pazienti.

6 Collaborazione: Processo mediante il quale le parti individuano i diversi aspetti di un problema, esplorano costruttivamente le proprie differenze e cercano soluzioni che vadano ben al di là della personale visione di cosa sia possibile (Gray). Interdipendenza tra gli interessati, gestione costruttiva delle differenze, condivisione delle decisioni e responsabilità collettiva degli esiti (Hartman). La collaborazione reale deve provenire dalla mente, deve essere voluta (Liedtka e Whitten).

“collaboranti” nella erogazione della pratica clinica. È intuitivo, infatti, che il parlarsi diretto in un contesto di buona collaborazione e comunicazione comporta vantaggi reciproci ai medici curante e consulente, quali p. es. quelli di poter

- comprendere meglio le rispettive visioni del caso
- condividere al massimo le informazioni d'interesse
- costruire una più intensa sintonia relazionale tra loro
- focalizzare meglio le esigenze assistenziali del paziente
- chiarire e decidere assieme le conseguenze pratiche successive
- prendere con maggiore chiarezza e responsabilità le decisioni di pertinenza
- consultare in maniera più agevole e rapida la C.C.
- inquadrare meglio le attività assistenziali in precedenza erogate
- comporre più facilmente le discordanze di opinione o controversie cliniche che dovessero insorgere
- correggere con maggiore puntualità le eventuali inappropriatezze o irregolarità assistenziali ancora emendabili
- accrescere molto la capacità di risolvere le situazioni critiche impreviste⁷

NOTA: Dunque, salvo quando sia impossibile o riguardi prestazioni semplici-routine, la comunicazione tra sanitari deve essere prioritariamente verbale e la do-

cumentazione clinica deve essere integrativa, non sostitutiva del dialogo tra essi.

COSA È LA CONSULENZA MEDICO-SPECIALISTICA

LA CONSULENZA MEDICO-SPECIALISTICA (CMS) può essere definita come *prestazione lavorativa richiesta dal medico che al momento ha preso in carico⁸ il paziente per le necessità assistenziali del caso ed erogata in regime di collaborazione multidisciplinare da un professionista medico-chirurgo che ha titolo ed esperienza in materia e che la formalizza con una relazione scritta (referto⁹) in cui fornisce al richiedente informazioni e pareri al riguardo*. Nella Medicina di laboratorio è la effettuazione delle indagini bio-chimicologiche come lavoro d'interfaccia clinica-laboratorio.

Convenzionalmente le consulenze possono essere distinte in:

- prestazioni di prima istanza che sono quelle erogabili dal consulente direttamente o con l'ausilio di mezzi e presidi sempre disponibili (visita medica, indagine bio-chimicologica, esame laringoscopico,...)
- prestazioni di successiva istanza che sono quelle erogabili solo dopo una preliminare visita dello specialista, con allestimento di appositi ambienti-mezzi-presidi e/o con preparazione specifica del paziente

(esame gastroduodenoscopico, prelievo da puntato sternale,...)

Studi scientifici hanno dimostrato che quando tra i sanitari vi è una buona collaborazione la consulenza porta a risultati clinici positivi e negativi in caso contrario.

Le consulenze sono in effetti una pratica collaborativa irrinunciabile per gestire i problemi di salute non semplici, non risolvibili da un solo operatore: dunque sono un **atto dovuto** a meno che i medici richiesti non esplicitino per iscritto i motivi per cui le giudicano non necessarie (vedi dopo).

Esse testimoniano che la prevalente assistenza sanitaria è il prodotto di un lavoro di gruppo, di equipe, di squadra in cui **i diversi professionisti coinvolti imparano l'uno dall'altro a migliorare la collaborazione operativa e la qualità delle pratiche dandosi al contempo reciproco supporto ed eventuale soccorso assistenziale: di norma gli operatori si aiutano e si parlano per rendere le proprie attività integrate, sicure e conformate rispetto alle singole necessità**.

Il medico consulente prende in carico il paziente per il solo tempo e per le sole necessità di erogazione della propria pratica specialistica; egli ha gli stessi doveri professionali del medico che gestisce l'assistenza del paziente ricoverato e degente presso il proprio reparto.

⁷ Questa capacità (detta resilienza) è fondamentale per la sicurezza clinica poiché nessun operatore può essere preparato ed attrezzato a fronteggiare tutti i pericoli.

⁸ La presa in carico è l'impegno – voluto dal SSN – che il medico prende su di sé di effettuare una valutazione globale (e perciò multidimensionale) delle condizioni di bisogno del paziente e conseguentemente di fare il possibile per soddisfarle mediante un processo assistenziale multidisciplinare (e perciò articolato, integrato e coordinato).

Questa modalità di governance consiste in una funzione che inizia con l'accoglienza del paziente e termina con il suo affidamento al medico di famiglia (=dimissione) o al medico di altro reparto/ospedale (=trasferimento) e formalizza sia il soggetto istituzionale (il reparto, l'equipe) e sia il soggetto relazionale (il medico e l'infermiere di riferimento) che sono garanti del percorso e della condivisione assistenziale.

⁹ Il vocabolo *referto* ha qui il significato ormai diffuso e comune di “resoconto o informativa rilasciati per iscritto dal medico dopo aver sottoposto il paziente ad una prestazione professionale (visita, esame, procedura cruenta,)” Esso, in diritto, ha invece il significato di “atto col quale l'esercente una professione sanitaria riferisce all'autorità giudiziaria di avere prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio”.

La relazione tra richiedente e consulente – sempre improntata a rispetto, cortesia, collaborazione e collegialità – deve essere primariamente verbale, completata e formalizzata poi con la stesura della documentazione di rito: la **richiesta** e il **referto**.

NOTA: Le consulenze, salvo ciò sia impossibile o altrimenti disposto e specie quando si tratti di visite/prestazioni medico-chirurgiche importanti, vanno preferibilmente effettuate con la presenza e partecipazione dei medici che curano-conoscono-seguono i processi assistenziali dei singoli pazienti perché così possono contribuire alla migliore erogazione delle consulenze stesse.

REQUISITI GENERALI

Come ogni altro atto medico, per essere corretta, appropriata e rispondente la CMS non può non ottemperare ai summenzionati Obblighi e Principi. Perciò la prestazione professionale del medico consulente deve possedere i seguenti Requisiti Generali:

- essere preceduta dalla conoscenza e valutazione dell'attività antecedente e contestuale svolta da altri sanitari (la C.C. messa a disposizione del consulente deve essere sempre, oltre che leggibile e completa, anche ben compilata, aggiornata e ordinata)
- essere inclusiva di un controllo della convergenza di tali attività verso il fine comune ed unico
- essere inclusiva di un rimedio ad eventuali errori altrui che siano rilevabili ed emendabili dal professionista medio
- essere inclusiva delle informazioni dovute al paziente cui vanno date con linguaggio chiaro e comprensibile

tutte le notizie del caso

- essere effettuata con il massimo scrupolo e la massima collaborazione
- essere ottemperante all'obbligo della "posizione di garanzia"
- essere realizzazione del massimale interesse sanitario del malato nella situazione contingente
- essere realizzazione di una visione olistica dei bisogni del paziente
- essere armonizzata con l'apporto professionale altrui in vista dell'obiettivo comune
- essere sostanziata dalla implementazione o dal completamento del processo assistenziale del malato in carico
- essere corredata dalla trasmissione al sanitario subentrante delle indicazioni (referto) per un affidamento legittimo, consapevole, corretto e fattibile del processo assistenziale.

COSA È IL REFERTO

Il Referto è la "relazione scritta della prestazione di consulenza effettuata della quale costituisce parte integrante: dunque esso è un **atto medico dovuto** che si estrinseca, a seconda dei casi, in *attestazioni, dichiarazioni, valutazioni, giudizi professionali... attinenti circostanze di fatto e dati clinici che il relatore ha constatato direttamente*". Tale relazione scritta serve ad affiancare e guidare il medico nello studio e nella definizione della patologia ovvero a comunicare e descrivere agli interessati un'attività assistenziale erogata: per soddisfare tale esigenza deve contenere tutte le informazioni utili, inequivoche e facilmente interpretabili sul piano clinico richieste dal caso. E, in quanto documento sanitario,

non può non possedere, impliciti, anche i requisiti fondamentali della chiarezza, completezza e veridicità.

OGGETTO

La procedura, dopo aver argomentato gli obblighi, i principi e le definizioni d'interesse in materia, dettaglia il complesso delle regole che deve disciplinare la pratica delle CMS nell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta. Reca allegati il **Modulo Richiesta della CMS**, il **Modulo Refertazione della CMS** e il **Diagramma Flusso delle attività documentali relative alle CMS**.

SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di fornire agli operatori di questa Azienda uno strumento professionale che li coadiuva, primariamente, a gestire in modo corretto la pratica delle consulenze specialistiche e, secondariamente, ad accrescere la qualità complessiva delle prestazioni sanitarie.

Più in particolare mira a:

- Implementare la cultura della sicurezza assistenziale dei dirigenti medici
- migliorare l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare degli stessi
- favorire in loro il continuo sviluppo delle abilità cliniche e delle *Non Technical Skills*¹⁰
- motivare, razionalizzare e uniformare i loro comportamenti nell'assistenza, specie di gruppo
- accrescere l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle consulenze erogate
- rendere più ragionata, dettagliata e completa la documentazione clinica

10 Le Non Technical Skills sono quelle abilità di tipo personale, cognitivo, relazionale che integrano e rafforzano le competenze tecniche contribuendo alla realizzazione di performance lavorative efficaci e sicure (e quindi, alla prevenzione dei rischi non contrastati dalle competenze tecniche). L'esperienza ha rimarcato che sono soprattutto importanti le abilità non tecniche inerenti: consapevolezza della situazione, comunicazione efficace, presa di decisioni, lavoro in gruppo, leadership, gestione di stress e fatica.

- ridurre i disservizi sanitari e i contenziosi medico-legali correlati alle pratiche di diagnosi e cura
- contribuire al contenimento dei costi globali di gestione dell'Azienda.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica:

- a tutte le articolazioni operative e funzionali delle aree sanitarie
- a tutti i professionisti che vi prestano servizio
- a tutti i casi in cui si verifica la necessità di richiedere ed effettuare una CMS per i pazienti assistiti.

RESPONSABILITÀ

La responsabilità di osservare le norme contenute nella presente procedura afferisce a tutte le uu.oo. delle aree sanitarie giacché nel loro organico insistono i professionisti istituzionalmente preposti ad erogare le prestazioni assistenziali rientranti nella pratica delle CMS.

I Direttori delle predette uu.oo. verificheranno costantemente la puntuale applicazione della procedura in parola e, anche sulla base delle emergenti necessità, ne motiveranno la proposta di modifica e/o aggiornamento. La u.o. Risk Management collaborerà ad ogni richiesta di supporto al riguardo.

MODALITÀ OPERATIVE

Il complesso delle azioni professionali con cui gli operatori dovranno gestire l'articolato processo di *preorganizzazione, richiesta, erogazione e refertazione* della CMS è dettagliato nei seguenti paragrafi e nell'accluso "Diagramma Flusso delle attività documentali relative alle consulenze medico-specialistiche". Dette azioni richiedono - assolutamente - il possesso di competenze specifiche e l'impiego di modi, mezzi e tempi adeguati che non possono essere surrogati.

PRESUPPOSTI PER LA CORRETTA CONSULENZA

Per erogare correttamente le consulenze specialistiche sono necessari numerosi fattori predisponenti e concomitanti che nella realtà quotidiana vengono talvolta sottovalutati e che, invece, sono imprescindibili e vanno sempre assicurati perché altrimenti è impedita o pregiudicata la correttezza della prestazione. Queste precondizioni comprendono, quantomeno, che:

- i Direttori delle uu.oo. creino e mantengano un *clima-spirito collaborativo* tra i professionisti interni ed esterni al reparto e intervengano subito nel risolvere i conflitti che possono insorgere
- i Direttori delle uu.oo. promuovano e favoriscano il *dialogo e la comunicazione vis a vis* nelle interrelazioni assistenziali degli operatori in organico
- i Direttori delle uu.oo. definiscano l'organizzazione interna specifica per le consulenze ed individuino i medici preposti ad effettuarle secondo le competenze acquisite
- i Direttori delle uu.oo. definiscano le circostanze e modalità di erogazione delle singole consulenze multidisciplinari anche per evitare che i diversi operatori abbiano un comportamento contrastante tra loro specie nei confronti dei pazienti
- i medici di tutte le uu.oo. conoscano ed applichino i dettami della buona relazione e comunicazione interprofessionale (collaborazione, ascolto attivo, domande di precisione, metodo ISBAR,...)
- i medici curanti compilino in maniera leggibile, aggiornino e tengano in ordine scrupolosamente le C.C.
- i medici richiedenti la consulenza partecipino alla sua erogazione ovvero deleghino a ciò un collega opportunamente istruito

ovvero concordino con il consulente i dettagli del caso

- gli infermieri mettano a disposizione del consulente la C.C. completa e lo collaborino con professionalità nell'espletamento della sua prestazione
 - gli infermieri preparino i pazienti secondo le esigenze tecniche della consulenza
 - gli infermieri predispongano apparecchiature, farmaci e materiali occorrenti all'erogazione della consulenza
 - gli infermieri assicurino le incombenze di segreteria connesse alle consulenze (ricevano le richieste, le consegnino ai medici di reparto,...)
 - il Direttore dell'u.o. S.I.A. assicuri l'efficienza dei computer e la continuità delle linee informatiche/telefoniche
 - i Direttori di tutte le uu.oo. di supporto (Farmacia, Provveditorato, Ingegneria ospedaliera,...) assicurino il servizio di pertinenza necessario alle pratiche assistenziali
 - il Direttore dell'u.o. S.O.V.R.U. allestisca periodici corsi formativi per l'implementazione delle abilità comunicative ed il miglioramento del lavoro in interprofessionalità del personale dipendente.
 - il Direttore Generale, mediante l'adozione degli atti amministrativi occorrenti, faccia perseguire la qualità e sicurezza continua delle prestazioni sanitarie erogate nell'Azienda.
- NOTA:** È, altresì, utile che, per quanto possibile, i medici ospedalieri sostituiscano una parte delle consulenze con più proficui "briefing multidisciplinari" come **incontri-confronti vis a vis attivati in fase iniziale di assistenza** allo scopo di definire gli obiettivi e le modalità del piano diagnostico-terapeutico-riabilitativo meglio aderenti alle necessità dei singoli pazienti.

Emergenti	quando il paziente presenta l'insufficienza in atto di almeno una funzione vitale con compromissione dei relativi parametri o una patologia a rischio di rapida evoluzione con perdita di una funzione da fronteggiare mediante una prestazione di consulenza immediata
Urgenti	quando il paziente presenta funzioni vitali non compromesse ma una condizione clinica instabile ovvero stabile con potenziale evoluzione negativa da fronteggiare mediante una consulenza erogata entro il tempo in cui non cambia la prognosi (indicativamente 30-60 minuti)
Elettive	quando il paziente presenta una condizione clinica stabile e necessità assistenziale da fronteggiare mediante una consulenza erogata entro il tempo che non comporta danno clinico per il paziente e/o inefficienza gestionale per l'Azienda (indicativamente 1-24 ore)

L'insufficienza di ogni funzione vitale, la compromissione dei parametri biochimici, la gravità delle patologie, e l'evoluzione clinica dei pazienti devono essere sempre rilevate e documentate mediante l'impiego di indici/parametri/scores disponibili.

tabella 1

QUANDO RICHIEDERLA

La CMS va richiesta quando – visitato il paziente (eccettuate le situazioni di emergenza in cui ciò può non essere necessario od opportuno), considerato il suo quadro clinico, valutata l'eventuale sua documentazione sanitaria e tenuti presente i dettami della buona pratica assistenziale relativa al caso – il medico che ha in carico tale paziente ritiene necessario uno o più dei seguenti riscontri da parte di sanitari afferenti ad altra u.o. che ne ha titolo e competenza:

- a. far erogare una determinata indagine bio-chimologica o di diagnostica per immagini ovvero una prestazione strumentale ovvero una visita medico-chirurgica al paziente secondo procedura basata su prove di efficacia
- b. ottenere ulteriori informazioni cliniche o la risposta ad uno specifico quesito sul caso per decidere nella successiva condotta assistenziale
- c. acquisire precise indicazioni per stabilire l'eventuale ricoverabilità o dimissibilità del paziente circa la patologia di competenza ovvero per ottimizzare la strategia terapeutica domiciliare od organizzare il follow up clinico ambulatoriale

COME RICHIEDERLA

Come già innanzi precisato la relazione tra richiedente e consulente deve essere primariamente verbale: perciò la richiesta di CMS va subito formulata a voce direttamente al medico di competenza, soprattutto quando attiene un caso clinico delicato o grave e a meno che non si tratti di una prestazione semplice o routinaria. La richiesta di CMS deve essere formalizzata – il più tempestivamente possibile – dal medico che ha in carico il paziente compilando in modo chiaro, leggibile e completo un apposito modulo in cui non possono mancare, a seconda dei casi, i seguenti dati:

- a. le generalità del paziente in oggetto (cognome, nome, sesso, data e luogo di nascita)
- b. l'indicazione dell'u.o. richiedente
- c. l'identificazione di eventuale campione biologico
- d. tipo di consulenza richiesta
- e. data e ora della richiesta
- f. motivazione della richiesta¹¹
- g. modalità emergente, urgente o elettiva di erogazione della consulenza
- h. problema in atto, quesito clinico¹¹
- i. dati clinici, strumentali e laboratoristici d'interesse con la propria opinione in proposito¹¹

j. eventuale terapia in atto¹¹

k. stato del paziente (collaborante, allettato, in carrozzina, deambulante,...)¹¹

l. identificazione del richiedente (cognome, nome, firma e timbro del medico)

Dopo aver formulato la richiesta il medico deve:

a. dare al paziente o suo familiare delegato tutte le informazioni al riguardo (perché ha richiesto la consulenza, in che cosa essa consiste, quale beneficio apporta,...)

b. accludere tale richiesta alla C.C. del paziente cui si riferisce

c. dare al personale infermieristico le indicazioni preliminari all'effettuazione della CMS

d. dare al personale infermieristico la disposizione di preavvertire il reparto destinatario della richiesta per sapere quando il consulente potrà venire o il paziente vi si dovrà accompagnare (eccettuato quando si tratti di esami bio-chimologici).

e. dare al personale infermieristico la disposizione di trasmettere all'u.o. destinataria due copie del modulo di richiesta e di accludere poi alla C.C. la copia del modulo con la prenotazione effettuata.

Per rendere le consulenze temporalmente appropriate e compatibili alle esigenze assistenziali

¹¹ Questi dati possono non essere necessari o previsti quando la richiesta riguarda le indagini bio-chimologiche

dei pazienti, il medico deve, con l'apposito modulo, differenziare le **richieste in emergenti o urgenti** o **elettive** sulla base dei seguenti criteri (vedi tabella 1)

Fintanto che l'Azienda non si sarà dotata del software informatico per dematerializzare la corrispondenza scritta (in entrata e in uscita) correlata alla consulenza, i moduli delle richieste di CMS vanno inviati in cartaceo all'u.o. destinataria tramite il personale di supporto e secondo l'allegato Diagramma di flusso ovvero tramite telefax se tale modalità è stata interconcordata tra le parti interessate.

NOTA: In casi di emergenza o complessità assistenziale del paziente il medico che lo ha in carico dovrà obbligatoriamente interagire prima a voce con il richiesto consulente, rappresentargli quanto d'interesse per l'effettuazione della consulenza e compilare solo in un secondo momento l'apposito modulo.

Ogni richiesta di CMS inoltrata va anche trascritta nel diario della C.C.

COME EFFETTUARLA

Perché sia corretta la CMS deve essere effettuata, oltretutto nella puntuale ottemperanza degli Obblighi e Principi innanzi elencati, con il rigoroso impiego di modi, mezzi e tempi tecnici occorrenti e con il doveroso impegno di attenzione, concentrazione mentale richiesta. Ciò significa che

a. prima di effettuarla, a seconda dei casi, il medico consulente deve:

- conoscere e valutare approfonditamente¹² sia la storia clinica del paziente che le attività assistenziali a lui erogate (la C.C. messa a disposizione del consulente deve essere sempre leggibile, completa e ben compilata-aggiornata-ordinata)
- controllare che tali attività siano

nell'insieme appropriate rispetto al problema clinico (o situazione gestita), corrette rispetto alle procedure di riferimento e convergenti verso il miglior risultato dell'assistenza

- discutere e confrontarsi col medico che ha in carico il caso affinché gli aspetti clinici fondamentali siano chiari e condivisi

- considerare tutti gli aspetti che il caso presenta come rientranti nella "posizione di garanzia"

- considerare tutti i bisogni sanitari del paziente con visione olistica anche prescindendo da quanto prospettato nella richiesta di consulenza

- considerare tutte le questioni che la richiesta sottopone al riscontro della consulenza

- considerare quale è il massimale interesse sanitario del paziente oggetto della consulenza nella situazione contingente (la prima espressione della diligenza medica è pensare "come antepongo il bene di questo ammalato a qualsiasi altra esigenza?")

- valutare se è giustificata o meno la richiesta di consulenza sotto l'aspetto specialistico e motivarne le ragioni se non la ritiene giustificata (cioè se non la condivide)

- considerare come va implementato o completato il processo assistenziale del caso con il proprio apporto professionale

- considerare come va integrato/armonizzato al meglio il proprio apporto professionale con quello già erogato dagli altri operatori

- concordare ogni aspetto tecnico d'interesse con le altre figure professionali coinvolte nei casi di prestazione multidisciplinare.

b. quando la effettua, a seconda dei casi, il medico consulente deve:

- presentarsi al paziente o suo familiare con la propria identità e qualifica professionale

- dare ai predetti tutte le informazioni d'interesse sulla prestazione da effettuare

- acquisire dagli stessi il consenso informato quando la conformità di erogazione della consulenza lo prevede (vedi l'apposito documento aziendale "Procedura operativa per l'acquisizione del consenso informato")

- interloquire con il medico (se presente) che ha in carico il malato per avere informazioni e/o dare spiegazioni estemporanee e, quando opportuno, coinvolgerlo nella prestazione

- erogare la richiesta indagine di diagnostica bio-chimica o per immagini ovvero prestazione strumentale ovvero visita medico-chirurgica con l'impegno della maggior attenzione mentale, con l'impiego degli idonei modi, mezzi e tempi tecnici e con l'eventuale partecipazione del medico curante

- prescrivere direttamente gli eventuali approfondimenti per valutare il problema in atto e rispondere al quesito clinico

- prenotare direttamente o tramite il personale collaboratore le ulteriori indagini/prestazioni specialistiche afferenti alla propria disciplina

- considerare come siano da riferire al sanitario subentrante tutte le indicazioni ritenute necessarie per un approfondimento corretto della prosecuzione assistenziale

- disporre il ricovero del paziente in causa quando di competenza.

c. dopo averla effettuata il medico consulente deve:

- verificare che tutte le azioni del riscontro considerate nel precedente **punto b** siano conformi alla corretta consulenza del caso

- integrare e correggere le azioni del predetto riscontro secondo le risultanze emerse dalla verifica appena effettuata

¹² Quando la situazione clinica del paziente è più delicata/complessa o il suo percorso assistenziale è più lungo/intricato il consulente, a maggior ragione, deve farsi illustrare a voce il caso dal medico che lo gestisce: interagendo con questi egli riduce i tempi di lettura della C.C. e valuta meglio gli aspetti d'interesse

prestazioni di prima istanza	Emergenti = immediatamente
	Urgenti = entro 30-60 minuti
	Elettive = entro 24 ore
prestazioni di successiva istanza	entro 24 ore o, se necessaria, secondo programmazione

■ sintetizzare al paziente o suo familiare le risultanze della prestazione e le altre eventuali notizie d'interesse

■ anticipare a voce i contenuti clinici del referto al medico richiedente, specie quando attiene un caso clinico delicato e grave, a meno che non si tratti di una relazione semplice e routinaria

■ redigere il referto con cui risponde al problema/quesito e dettaglia i particolari tecnici d'interesse per il successivo processo assistenziale

Per quanto attiene **sede e contesto** la prestazione di CMS va di norma effettuata a letto del malato, salvo ciò sia impossibile o altrimenti disposto, avendo già preallestito quanto necessario per la pratica e *preferibilmente con la presenza e partecipazione del medico che ne cura/conosce/segue il processo assistenziale* (perché – specie nelle visite/prestazioni medico-chirurgiche importanti – egli può contribuire ad una migliore erogazione della consulenza).

Quando la CMS viene effettuata presso altre uu.oo., il paziente deve esservi accompagnato da personale adeguato alle esigenze che porterà anche la C.C. In questa fattispecie il Coordinatore Infermieristico dell'u.o. che ha in carico il paziente – previa opportuna disposizione interna al reparto - deve anche garantire:

■ il trasporto protetto con assenza di pericolosità per la situazione del paziente

■ la conoscenza del percorso e delle modalità di accesso all'u.o.

destinataria da parte del personale di trasporto/accompagnamento

■ le attività assistenziali di cui necessita il paziente durante l'allontanamento dal reparto.

Circa il fattore **tempo** la prestazione di CMS va effettuata sempre con la massima sollecitudine possibile per ovvi motivi di qualificata assistenza ai pazienti e di efficiente gestione delle risorse aziendali.

Più in dettaglio i consulenti devono al riguardo osservare lo schema in alto che, per le ragioni di cui sopra, contiene tempi puramente *indicativi*

Il consulente che non può essere puntuale all'erogazione della C.M.S. elettiva deve informare quanto prima di tale impossibilità l'u.o. richiedente ovvero il personale di accompagnamento del paziente.

NOTA: Nei casi di emergenza, in cui il supporto dell'assistenza sanitaria è più vitale per il paziente, la prestazione della CMS va erogata con ancora maggiore scrupolo e inappuntabilità; fermo restando ciò, alcune azioni elencate nei precedenti **punti a e b** potranno essere omesse per mancanza di tempo e sempre che sia garantito il massimo vantaggio clinico del paziente.

COME REFERTARLA

Perché sia corretto il Referto deve essere formulato con **indipendenza di giudizio tenendo conto di volta in volta delle sue variabili finalità** (a chi e a cosa serve nella fattispecie) e utilizzando un modulo intestato alla u.o. cui appartie-

ne il consulente. Questi lo redige a computer-macchina (a meno che ciò sia impossibile), evita le cancellature, correzioni o alterazioni che ne pregiudicherebbero la formalità e si attiene alla simbologia universalmente accettata per la propria branca.

Perché il Referto corrisponda ai requisiti di riferimento – ossia realizzi il maggior interesse del paziente (contribuisca alla migliore erogazione dell'assistenza), dell'Azienda Sanitaria (contribuisca alla migliore gestione delle risorse ricevute) e della collettività (contribuisca alla massimale efficienza, efficacia, appropriatezza, qualità e sicurezza del SSN finanziato dai cittadini) – il consulente non vi può far mancare, a seconda dei casi, i seguenti dati:

- l'indicazione dell'u.o. richiedente
- le generalità del paziente cui si riferisce

- il consenso informato quando le conformità di erogazione della consulenza lo prevede

- l'identificazione del consulente (cognome, nome, firma e timbro del medico)

- il luogo e il tipo della prestazione eseguita con eventuale suo codice
- l'indicazione del momento di prelievo di campione biologico, di somministrazione di mezzo di contrasto,...

- la eventuale legenda di riferimento

- il motivo della consulenza e/o il problema/quesito clinico sottoposto

- la menzione delle procedure utilizzate per indagare il problema e raccogliere informazioni

- la descrizione¹³ del paziente, del-

le sue caratteristiche clinico-patologiche e della sua storia per quanto d'interesse

k. la descrizione¹³ dei disturbi considerati, dei reperti anormali individuati, delle evidenze emerse (anche da test/prove) e informazioni ottenute

l. la discussione dei risultati e la loro interpretazione/concettualizzazione mediante un modello teorico di riferimento

m. la conclusione ragionata¹⁴ con una eventuale diagnosi nosografica, proposta di ulteriori interventi/trattamenti/processi assistenziali e risposta al problema o quesito clinico

n. la data, l'ora e i minuti di stesura della refertazione.

Una struttura più articolata e specifica di dati deve avere, quale referto particolare, la cartella anestesio-logica; di norma meno composita è quella richiesta per le relazioni degli esami biochimici/radiologici.

NOTA: È ovvio che i consulenti delle prestazioni pluridisciplinari (p. es. la scintigrafia miocardica) devono co-refertarle con la descrizione integrata delle diverse pratiche eseguite (nel caso della predetta scintigrafia devono essere descritte combinatamente le immagini scintigrafiche e le risultanze del test da sforzo, dei dati funzionali,...).

CHE FARE IN CASO DI DIVERGENZA D'OPINIONE TRA MEDICO CURANTE E CONSULENTE

Nonostante che il rapporto tra medico curante e medico consulente sia implicitamente ispirato da fiducia e collaborazione reciproca e che il referto della CMS sia intrinsecamente finalizzato al vantaggio-bene del paziente, la realtà ospedaliera fa registrare non pochissimi casi in cui le opinioni dei predetti professionisti divergono su quale debba essere, più appropriatamente, il successivo processo assistenziale dei malati in esame.

Tali evenienze si verificano specie quando le situazioni cliniche di fondo sono del tutto nuove od oltremodo complesse oppure sono senza una soluzione nota o specificamente univoca.

In questi casi di divergenza d'opinione si rimarca che, per le ragioni innanzi ampiamente dettagliate, i medici curanti e i medici consulenti, siano essi apicali o subordinati, devono sempre confrontarsi a voce per discutere, in sintonia relazionale, i motivi della divergenza e cercare così di superarli arrivando ad un'intesa, ad un parere concorde. Ciò naturalmente anche in discrezione e senza

coinvolgere i pazienti.

Quando detti confronti non esitano in decisioni condivise e portano a contingenze difficili per i medici curanti (che devono decidere se attuare l'indirizzo consigliato dal consulente pur non condividendolo o se attuare il proprio indirizzo che il consulente non ha ritenuto condivisibile) occorre uniformarsi alle seguenti indicazioni:

a. il medico curante sottopone, per le determinazioni del caso, la contingente problematica al Direttore/Responsabile di u.o. cui è assegnato perché questi ha il compito istituzionale di dirigere le attività cliniche del reparto;

b. se il Direttore/Responsabile di u.o. condivide la difficoltà della decisione richiede (anche per il tramite del medico curante suo collaboratore) un **secondo parere**¹⁵, cioè richiede una nuova CMS al Direttore/Responsabile dell'u.o. competente (il quale la effettuerà di persona o delegherà un diverso collaboratore) ovvero, in subordine, richiede la CMS a un professionista esterno dipendente di Struttura Pubblica ed esperto nella problematica;

c. se il medico curante o il Direttore/Responsabile di u.o., per qualche fondato motivo, non possono percorrere le precedenti opzioni sotto-

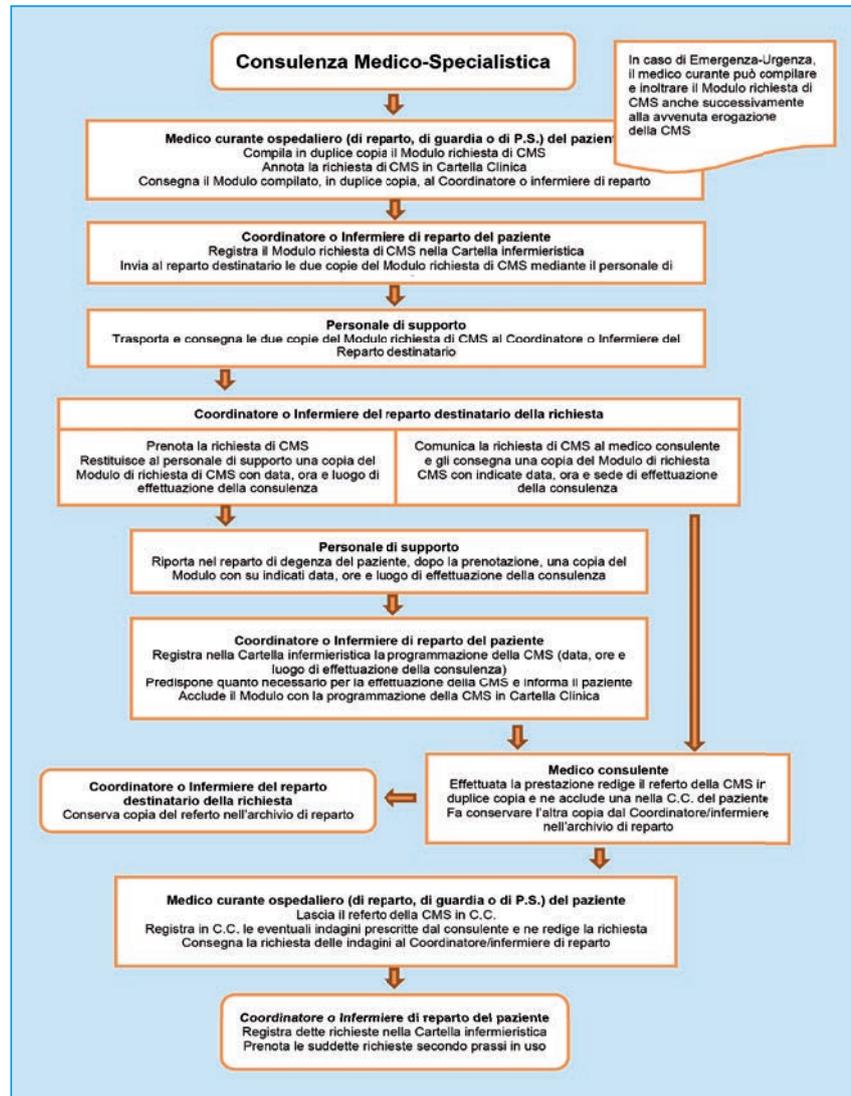
13 La registrazione documentale dei dati clinico-patologici e la valutazione della loro importanza-gravità devono essere quanto più ampie e complete così come già avviene per i referti delle prestazioni radiologiche in cui, accanto alla descrizione di tutti i reperti anormali individuati, vengono fornite tutte le informazioni utili a consentire un confronto tra l'esame eseguito ed eventuali indagini future, viene specificato se i reperti descritti sono di vecchia data e se si sono modificati per dimensioni od entità rispetto a esami precedenti, vengono dettagliati gli eventuali reperti collaterali rinvenuti ed i rilievi di significato patologico che possono causare nocumento al paziente o richiedere ulteriori approfondimenti clinici, viene spiegato perché non ci si può spingere oltre il solo sospetto di una certa patologia e, si ripete, devono essere anche quanto più oggettive/professionalizzate e, perciò, effettuate mediante l'utilizzo di indici/parametri/scores oggi disponibili.

14 La conclusione del referto deve sempre essere esplicitamente argomentata in rapporto al problema/quesito clinico sottoposto ed ai dettami della buona pratica professionale per la migliore assistenza del caso.

15 Un tempo chiedere un secondo parere era considerato quasi offensivo, un atto di sfiducia nei confronti del proprio curante. Oggi la crescente specializzazione e complessità della medicina porta con sempre maggiore frequenza i medici stessi a ricorrere all'opinione di un collega che sia svincolato dalla collegialità e dal contesto per portare a compimento un iter diagnostico-terapeutico risultato incompleto o incerto o non del tutto positivo. Tanto che cominciano ad essere istituiti nei SSN formali e gratuiti servizi di Consulto Medico Specialistico a supporto diretto sia dei curanti che degli stessi pazienti (vedi p. es. il Poliambulatorio del Secondo Parere presso l'AUSL di Modena).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. ACOI – Gruppo di studio “Medicina e Legalità” – *La responsabilità nel lavoro di equipe* –
2. AIOCC di Edoardo Manzoni – *Lavoro d'equipe. Dalle parole chiave alle istruzioni per l'uso.* – Aprile 2012
3. Anna Carratù et al. – *Viaggio nel Servizio Sanitario Nazionale tra criticità e sostenibilità* – Fondazione ISTUD – Programma Scienziati in Azienda , XIV ed. - Baveno 13/12/2013
4. Annunciata Maccarana – *La relazione di consulenza* – 9/12/2008
5. AOU di Ferrara – *Regolamento emergenza medica intraospedaliera* – Direzione medica di presidio - dicembre 2003
6. AOU di Udine et al. – *Protocollo per la semplificazione della prescrizione delle prestazioni specialistiche* – Linea 3.4.1.2. dei piani Attuativi Locali e ospedalieri per l'anno 2011
7. ASL Vallecamonica-Sebino – *Protocollo d'intesa con le unità operative per le consulenze specialistiche* – 28/10/2013
8. Elio Guzzanti – *L'ospedale del futuro: origini, evoluzione, prospettive* – RPM vol. 97 n. 11 novembre 2006
9. Elisa G.Liberati, Lorenzo Moja – *L'ospedale centrato sul paziente è ancora lontano* – Il Pensiero Scientifico Editore Wed. 09/07/2014
10. G.Negrini – *La comunicazione tra professionisti* – Rischio Sanità del 30/06/2013
11. G.Soffiati, F.Piersanti – *La riorganizzazione clinico-gestionale: dipartimenti e clinical governance* – Riv. Med.Lab. – JLM, vol. 5, suppl. al n. 3, 2004
12. Giorgio Bedogni – *L'approccio interprofessionale in sanità: relazione ed evidenze* – Centro studi fegato, Bassovizza, Trieste
13. Gloria Viotto – *L'EBN e l'integrazione professionale* –
14. Gruppo di lavoro della Fondazione Smith Kline – *L'ospedale del futuro.* –
15. Gruppo Nazionale di Etica Clinica e Consulenza Etica in ambito Sanitario – *La consulenza etica in ambito sanitario in Italia* – Documento approvato il 10/10/2013
16. Iole Simeoni e Anna Maria De Santi – *Comunicazione in medicina* – SEEd 2009
17. Jim Adams et al. – *La sanità e l'assistenza sanitaria nel 2015* – IBM Sanità



18. Laura Massa et al. – *Indicazioni per la consulenza cardiologica e gestione del paziente cardiopatico da operare o sottoporre a procedure endoscopiche: la proposta dell'AOU di Trieste* – AIM Publishing S.r.L. 2010
19. Luciana Ridolfi – *Le professioni sociali e sanitarie nelle loro differenze di ruolo: modelli e strumenti di integrazione professionale* – Milano sett-ott 2011
20. M.Pradella, G.Casiraghi – *La risposta-referto di laboratorio* – Riv. Med. Lab. JLM vol. 5, n.3, 2004
21. Maria Bernadette Di Sciascio et al. – *Gestione delle consulenze specialistiche* – Asl 2 Lanciano-Vasto-Chieti 23/11/2011
22. Maria Lucia Calcagni et al. *La refertazione della PET-TC oncologica con 18F-FDG* – Università Cattolica del Sa-

- cro Cuore – Roma
23. Matteo Caputo – *“filo d'arianna” o “flauto magico”? Linee guida e checklist nel sistema della responsabilità per colpa medica* – Diritto Penale Contemporaneo
24. N. de Trizio et al. – *L'errore medico: studi per la rilevazione, analisi del fenomeno, proposte operative e legislative.*
25. Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova – *Rapporti tra colleghi: linea guida* –
26. P.Ragazzoni et al. – *La griglia di valutazione Dors per individuare le buone pratiche in prevenzione e promozione della salute* - ASL TO3 Novembre 2011
27. Paolo Michelin – *Come stendere una relazione diagnostica e di trattamento* – Focus Emilia Romagna

28. Patrizia Piccialli – *La responsabilità della "equipe" Milano 2012*
 29. Piero Cappelletti – *Il "referto" in Medicina di laboratorio – Riv. Med. Lab. JLM vol. 5, n.3, 2004*
 30. Piero Micossi et al. – *Il ruolo dell'ospedale del futuro –*
 31. Plinio Pinna Pintor e Walter Picco – *La caccia agli errori medici – Fondazione Arturo Pinna pintor Torino Marzo 2008*
 32. Rocco Barresi et al. – *Impatto sociale, economico e giuridico della pratica della medicina difensiva in Italia e negli Stati Uniti – Fondazione ISTUD Programma "scienziati in azienda" XII ed.*
 33. Rischio sanità – *RCMedica – La cartella clinica: definizione, riferimenti normativi e legislativi – n° 34 sett.2009*
 34. *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale – Ferdinando Pellegrino – Risk Management e comunicazione: cosa non va? – n° 1 Febbraio 2011*
 35. *Rotary International – La qualità nella sanità per una sanità di qualità – Quaderno d'informazioni operative n.3*
 36. Sally Taylor-Admas & Charles Vincent

– *Il Protocollo di Londra – Gennaio 2008*
 37. SDA Bocconi – *Anna Prenestini – L'ospedale a misura di paziente: perché innovare, come innovare e, soprattutto, per arrivare dove? – ottobre 2012*
 38. Stefano Tomelleri, Giovanna Artioli – *Scoprire la collaborazione resiliente: una ricerca-azione sulle relazioni interprofessionali in area sanitaria. – ed. FrancoAngeli – Anno 2013*
 39. *www.altalex – Alessandro Buzzoni – Responsabilità medica in equipe: breve disamina degli orientamenti giurisprudenziali. – 20/09/2006*
 40. *www.consiglioveneto.it - L.R. 14/12/2007, n. 34 (BUR n. 108/2007) – Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso infomato.*
 41. *www.corriere.it/salute - Riccardo Renzi - Il secondo parere serve al malato. Ma anche al medico. – 23/01/2011*
 42. *www.diritto.it – Modesti Giovanni - Profili di responsabilità del medico chiamato per consulto – pubblicato il 19/05/2011*

43. *www.regioe.emilia-romagna.it – Secondo parere, un aiuto per il paziente e per il medico – Saluternotizi– Anno VIII, numero 4, 28/02/2011*
 44. *www.filodiritto.com - chi è responsabile in caso di operazioni in equipe –*
 45. *www.poliambulatoriosecondoparere.it – Perché PSP (poliambulatorio del secondo parere)?*
 46. *www.risarcimentodanno.it – avv.F.Scatamacchia – Errore medico: il danno – 25/11/2013*
 47. *www.saluter.it – L'assistenza ospedaliera per intensità di cura – Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna – Anno 2002*
 48. *Codice di Deontologia Medica, 2014*
 49. *Joint Commission International: manuale per l'accreditamento degli ospedali*
 50. *Norma UNI EN ISO 9000:2005: Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e terminologia*
 51. *Norma UNI EN ISO 9001:2008: Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti*

www.rgstrumenti.it

IL PULITO HA UN VALORE



Bioluminometro multiparametro

sistema rapido di controllo dell'igiene basato sul test dell'ATP per rilevare la presenza sia di microrganismi che di materiale organico. Viene utilizzato per la verifica di ogni tipo di superficie in ambienti sensibili e sulla strumentazione chirurgica.



Campionatori d'aria

per la verifica microbiologica degli ambienti controllati. Con testata rotante per lo sfruttamento completo della piastra contenente il terreno di crescita.



Lampade sanificanti a raggi UV

utilizzabili in ambienti di lavoro e aree comuni. Per mezzo di lampade UV-C abbattano il 99,999% dei germi e dei batteri presenti in aria e sulle superfici. Utilizzabili in presenza di personale (schermate) o in assenza (ad irraggiamento diretto) sterilizzano ambienti e superfici di lavoro

Sanificatore per mani con azionamento no-touch

per l'igiene delle mani con soluzione disinfettante



RG Strumenti S.r.l. Via Monte Aquila 24/a - 43124 Parma (PR) Tel 0521 631188 Fax 0521 630929 info@rgstrumenti.it

Vericlean™ System

La migliore prevenzione contro le infezioni ospedaliere

Le superfici sono state davvero pulite efficacemente?

Un programma innovativo per la validazione e il miglioramento delle performance di pulizia, che aiuta a ridurre il rischio delle infezioni ospedaliere e migliora l'efficienza operativa.



- Ottimizzazione delle procedure
- Selezione di metodi e sistemi per la pulizia
- Implementazione & Training
- Validazione dell'efficacia delle operazioni di pulizia

Trapianti in Emilia Romagna: quando "unico è bello"(*)

Riassunto

Il lavoro intende essere un contributo alla revisione dell'attuale assetto delle attività di trapianto della Regione Emilia Romagna il cui sistema presenta rigidità intrinseche e problematiche organizzativo-gestionali che costituiscono un ostacolo all'ulteriore sviluppo. In particolare poi sono evidenziati i potenziali vantaggi in termini di massimizzazione delle attività e razionalizzazione dei costi derivanti dalla definizione di un Centro Trapianti unico, come peraltro avviene per quasi tutti i processi caratterizzati da alta specializzazione e bassi volumi prestazioni,

Ennio Ricchi

*Programma Igiene Ospedaliera e Prevenzione – Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Policlinico S. Orsola-Malpighi*

PAROLE CHIAVE:

Trapianti di organo, organizzazione delle attività sanitarie

L'assetto del sistema trapiantologico della Regione Emilia-Romagna, relativamente agli organi addominali (fegato, rene, intestino), risponde a logiche organizzativo-gestionali che sollevano alcuni interrogativi e qualche perplessità.

Nella tab. 1 sono indicati i trapianti di fegato, rene, pancreas, intestino e multiviscerale eseguiti in regione nel periodo 2009-2014: il numero di interventi risulta pari a 280 nel 2010 (anno di massima attività) ma il trend mostra una sostanziale stabilizzazione intorno a 250-260 casi per anno. Questi volumi di attività sono, da un punto di vista meramente quantitativo, del tutto residuali se rapportati agli interventi chirurgici complessivi delle aziende. Pertanto organizzare l'atto chirurgico e la degenza per sostenere questa attività complessiva, pur trattandosi di interventi imprevedibili, non pone di per sé grossi problemi considerando anche che quota parte dei trapianti può essere

inserita nell'ambito della operatività ordinaria feriali diurna (es. trapianto di fegato e di rene da donatore vivente, alcuni trapianti di rene da donatore cadavere) mentre una ulteriore frazione può essere dilazionata di alcune ore (avendo presente le dinamiche della donazione ed i tempi di ischemia fredda dei diversi organi da trapiantare).

Si tratta però, come noto, di attività di alta specializzazione che richiede, oltre alla immobilizzazione di risorse (i trapianti non sono in larga misura pianificabili), expertise delle equipe medico-chirurgiche ed un background di competenze clinico-assistenziali e diagnostico-laboratoristiche di supporto, in grado di gestire la variabilità del decorso in ogni fase del processo. Alta specializzazione del contesto clinico-assistenziale e bassi volumi prestazionali sono i classici elementi che, in sanità, consigliano di optare per una centralizzazione delle attività al fine di massimizzare i

risultati, ottimizzare gli investimenti e contenere i costi di esercizio.

Per sostenere l'attività di trapianto, in Emilia Romagna sono previsti ed autorizzati tre centri trapianto (Bologna, Modena, Parma), uno dei quali, Parma, esegue solo trapianti di rene e pancreas. Ovviamente questo assetto ha il suo fondamento in motivazioni storiche e, quasi certamente, ragioni campanilistiche ma non pare rispondere a quei criteri di razionalità che dovrebbero, oggi più che mai, ispirare la organizzazione dei servizi sanitari, soprattutto se orientati alla alta ed altissima specialità.

Fra l'altro l'esistenza di più centri potrebbe essere, almeno in parte, giustificata qualora si fosse costituito, sin dall'esordio, un sistema di "rete trapiantologica" con i conseguenti vantaggi derivanti da una regia unica ed una reale integrazione: specializzazione delle diverse sedi su singoli programmi (doppio trapianto, trapianto da vivente, split liver, trapianto pediatrico, ecc.) o su innovazioni, armonizzazione dei carichi assistenziali con equa distribuzione delle attività, supporto reciproco in momenti di defaillance, riduzione dei tempi di ischemia fredda (trasportando gli organi nella sede più prossima al prelievo) e una visione comune delle risorse necessarie: un approccio che avrebbe potuto attenuare gli svantaggi derivanti dalla numerosità dei centri regionali.

Nella realtà, invece, il contesto in cui i centri trapianto operano è caratterizzato da una competizione fra pari, finalizzata al successo del proprio programma e, più in generale, dell'Azienda cui afferiscono, successo definito sostanzialmente dal numero di trapianti eseguiti "in loco".

Operare con modalità competitive, nell'ambito dello stesso sistema sanitario regionale, raramente aggiunge elementi utili alla qualità complessiva dell'assistenza, mentre quasi sempre sottrae risorse ed energie al sistema e presenta alcune controindicazioni e rischi specifici.

Vediamo alcuni esempi pratici:

■ Se l'obiettivo di ciascun centro è realizzare più trapianti degli altri è inevitabile che ciascuno degli attori tenderà a dirottare, con i mezzi a disposizione, quanti più organi possibili verso la propria sede. Per evitare comportamenti opportunisti, il sistema di governo ha preteso ed ottenuto dai clinici la definizione ed il rispetto di rigide regole di allocazione degli organi²⁻³. Ha quindi istituito un arbitro⁴ super partes che vigili e tuteli quelle stesse regole adottate, a volte, con fatica. Complessivamente quindi si è venuto a creare un sistema abbastanza ingessato che ostacola, invece di promuovere, le innovazioni scientifiche in una materia in rapida evoluzione, rallenta l'introduzione di nuove pratiche clinico-assistenziali derivate dalla ricerca scientifica, e, in definitiva, guarda con sospetto tutto quanto tenda a mutare gli equilibri faticosamente raggiunti, almeno sino a quando una successiva concertazione, non sempre agevole o tempestiva, introduca i necessari correttivi.

■ Ogni centro trapianti deve essere in grado di fare tutto ed organizzarsi per volumi di attività massimali per non rischiare, in caso di occasionale eccesso di offerta, di dovere rifiutare organi che verrebbero automaticamente dirottati sul centro "concorrente": si immobilizzano così risorse al solo fine di neutralizzare la concorrenza.

■ E' indispensabile che nella distribuzione degli organi si adottino criteri chiari, relativamente semplici ed oggettivi (che lascino cioè poco margine alla interpretazione del singolo centro). Nel caso del trapianto di fegato esiste una lista di attesa regionale (formalmente unica) nella

Tabella 1 - Trapianti eseguiti nei tre centri della Regione Emilia Romagna nel periodo 2009-2014, suddivisi per tipologia di trapianto (fonte CRT-AIRT RER¹)

Tipo di trapianto e sede	anno					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Rene e Pancreas						
Bologna	64	69	62	85	67	65
Modena	54	37	32	23	27	27
Parma	36	44	45	41	55	42
Totale rene ER	154	150	139	149	149	134
Fegato						
Bologna	72	84	73	81	72	70
Modena	44	43	32	38	43	40
Totale fegato ER	116	127	105	119	115	110
Intestino e multiviscerale						
Bologna	1	3	3	0	0	0
Totale trapianti ER	271	280	247	268	264	244

quale i pazienti sono stratificati secondo lo score M.E.L.D. (Model for End-stage Liver Disease)⁵⁻⁶ opportunamente modificato per i pazienti affetti da epatocarcinoma eligibili per trapianto o per altre patologie rare non caratterizzabili dal MELD (polineuropatia amiloidotica familiare, Budd-Chiari, malattia di Caroli, etc). E' un classico sistema che prioritarizza i pazienti sulla base della urgenza di ricevere un organo (need the organ most)⁷. Infatti il M.E.L.D.-score si correla molto bene al rischio di morte per malattia epatica ed è, quindi, una misura piuttosto precisa e trasparente della gravità della epatopatia, utilizza per la sua definizione semplici dati di laboratorio oggettivi ed universalmente riconosciuti⁷. Adottare questo sistema in un contesto altamente competitivo significa che i singoli attori sono costantemente alla ricerca (e per certi aspetti sono indotti a "creare") dei pazienti più gravi in modo tale da occupare, con i propri casi, i primi posti della lista di attesa. Una volta avuto accesso all'organo, poi, i professionisti non dispongono di margini di discrezionalità e quindi tenderanno ad utilizzarlo per il paziente cui è stato assegnato, pena il doverlo perdere in favore di altri casi in lista appartenenti al centro concorrente. Perciò il sistema regionale nel

suo insieme è sempre orientato verso i pazienti più gravi, più complessi dal punto di vista clinico-assistenziale, che assorbono le maggiori risorse⁸⁻⁹ e, che in presenza di organi sempre più "marginali" (cioè non pienamente rispondenti in quanto ad età, patologie concomitanti e quadro istologico epatico ai criteri di donatore ottimale) sono destinati ad un outcome peggiore⁹⁻¹⁰ (e se il rischio non si traduce in evento reale ciò è dovuto alle indubbie competenze dei professionisti).

■ Ma se il M.E.L.D. score è un ottimo indice di gravità della malattia epatica (quindi della urgenza di ciascun paziente di ricevere un organo) non si dimostra altrettanto valido nel definire la prognosi (in termini di sopravvivenza) del paziente o dell'organo trapiantato in quanto l'esito del trapianto dipende dalle condizioni del ricevente ma anche, dal processo e dalla "qualità" del donatore e dell'organo donato, elementi che non sono ovviamente contemplati nel M.E.L.D.¹¹⁻¹³. Questi requisiti sono cruciali nel definire l'utilità del trapianto e proprio la scarsità della risorsa (organi donati) dovrebbe indurre a spostare progressivamente l'attenzione da un sistema fondato sulla urgenza del paziente ad uno che focalizzi l'attenzione sul beneficio complessivo del trapianto, adot-

Tabella 2 - Classifica dei primi 15 centri trapianti italiani in base al numero trapianti eseguiti nel 2014. Simulazione di posizionamento di un ipotetico centro trapianti regionale unificato (in grassetto)

	SEDE DEL CENTRO	TRAPIANTI TOTALI
1	TORINO	231
	Centro trapianti della Emilia-Romagna	215
2	PADOVA	174
3	MILANO NIGUARDA	146
4	PISA	144
5	BERGAMO	137
6	VERONA	129
7	BOLOGNA	118
8	MILANO OSP MAGGIORE	110
9	RM - POLICLINICO GEMELLI	78
10	PALERMO - ISMETT	75
11	RM - TOR VERGATA	74
12	GENOVA	72*
13	CAGLIARI	70
14	MODENA	62
15	RM UMBERTO I	61

*solo trapianto di rene/pancreas

tando schemi che si basano quanto più possibile sia sulle condizioni del paziente che sugli esiti prevedibili del trapianto¹⁴⁻¹⁶.

■ D'altra parte nessuno dei criteri che si volessero adottare può sostituire la classica valutazione rischio/beneficio che quotidianamente viene richiesta ad ogni clinico il quale, partendo dalle proprie conoscenze e dalle migliori evidenze scientifiche disponibili, individua la migliore soluzione possibile per il proprio paziente e la migliore allocazione delle risorse (tanto più se pregiate). Nel contesto attuale non è possibile declinare il criterio di allocazione (il primo fegato al paziente più grave) modulandolo in funzione della massima utilità possibile (il primo fegato al paziente più grave che sia più adatto a riceverlo) in quanto la valutazione del clinico, trattandosi di elemento soggettivo, potrebbe celare (o essere letto come) un tentativo di appropriazione di organi a favore del proprio centro, il classico atteggiamento opportunistico tipico dei contesti competitivi.

In una fase storica in cui la novità

principale delle politiche sanitarie è la creazione di cosiddette "aree vaste" oppure la realizzazione di vere e proprie fusioni fra Aziende Sanitarie co-incidenti sul medesimo territorio (Aziende Ospedaliere ed Aziende Territoriali) ovvero fusioni "orizzontali" fra realtà territoriali contigue, che portano alla definizione di macro realtà funzionali e/o giuridiche con il nobile intento di razionalizzare i servizi di supporto e/o le funzioni sanitarie vere e proprie, limitando o eliminando le ridondanze. In un momento in cui per declinare il riordino del sistema si devono rapidamente superare le logiche concorrenziali sostituendole con il concetto di integrazione e superare altresì le logiche comunali o regionali per le quali "il mio ospedale deve essere mantenuto e anzi potenziato per rispondere appieno alle esigenze della mia comunità", risulta difficile comprendere il persistere di modelli di parcellizzazione territoriale competitiva (un modello certo meno efficiente ed efficace) di processi iper-specialistici (ma sostanzialmente di nicchia) che, per definizione, sono quelli che sarebbe del

tutto logico, razionale e conveniente centralizzare sull'esempio virtuoso di altre tipologie di trapianto (es. trapianto di cuore e polmone in Emilia Romagna) o di (poche purtroppo) realtà regionali contigue alla nostra. La creazione del Centro Trapianti della Regione Emilia-Romagna, nella sede che il governo regionale vorrà individuare, consentirebbe di superare gran parte limiti dell'assetto attuale. Sul piano clinico-assistenziale si potrebbe immediatamente perfezionare e rimodulare la gestione della lista di attesa ed i criteri di allocazione degli organi ottimizzando il match donatore/ricevente, riducendo i rischi e migliorando l'efficienza complessiva, anche attraverso il pieno sviluppo delle potenzialità di un sistema oggi autolimitato.

Il Centro Trapianti della Emilia Romagna diverrebbe il secondo più importante centro di trapiantologia in Italia, dopo il Polo delle Molinette di Torino, (tab. 2) mentre oggi le tre sedi di Bologna, Modena e Parma occupano posizioni di rincalzo fra i principali centri nazionali. Nel 2014 Bologna era solo al settimo posto per volumi di attività mentre Modena e Parma sono ben più arretrate: ciò dipende anche e soprattutto dal fatto che questi tre sedi incidono sul medesimo bacino di donatori e, anche in questo senso, sono costrette a farsi concorrenza, sottraendosi reciprocamente occasioni di trapianto. Il Centro Regionale, con la massa critica prevista, diventerebbe il punto di riferimento per qualsiasi committenza interessata a sviluppare programmi di ricerca mentre gli investimenti istituzionali necessari alla attività di trapianto potranno essere ottimizzati, ritagliando ad esempio preziose risorse da investire sul tema della donazione di organi e sulla ricerca e sviluppo di tecniche alternative o complementari al trapianto da donatore cadavere.

(*) riferimento a "Piccolo è bello", il noto libro di saggi economici di Ernst Friedrich Shumacker del 1973

BIBLIOGRAFIA.

1. Centro Riferimento Trapianti Regione Emilia-Romagna "Report Attività di Donazione e Trapianto Organi, Tessuti e Cellule in Emilia-Romagna" aa. 2009-2014"
2. Assessorato Regionale alle Politiche per la Salute "Linee Guida per la Gestione delle Liste d'Attesa e l'Assegnazione dei Trapianti di Rene da Donatore Cadavere" Circolare n. 11 del 14/07/2011
3. Assessorato Regionale alle Politiche per la Salute "Linee Guida per la Gestione delle Liste d'Attesa e l'Assegnazione degli Organi nel Trapianto di Fegato da Donatore Cadavere" Circolare n. 9 del 16/06/2011
4. Centro Riferimento Trapianti Regione Emilia-Romagna "Carta dei Servizi"
5. Malinchoc M, Kamath PS, Gordon FD, Peine CJ et al. "A Model to Predict Poor Survival in Patients Undergoing TIPS" *Hepatology* 2000;31:864-71
6. Wiesner RH, McDiarmid SV, Kamath PS et al. "MELD and PELD: Application of Survival Models to Liver Allocation" *Liver Transplantation* 2001;7:567-80
7. Freeman RB Jr "Impact and Benefits of the MELD Score System for Liver Allocation"
8. Trends in Transplant 2009;3:70-6
9. Washburn WK, Polloch BH, Nichols L et al "Impact of Recipient MELD Score on Resource Utilization" *Am J Transplant* 2006;6:2449-54
10. Salvalaggio PR, Dzebisashvili N, MacLeod Ke et al. "The Interaction among Donor Characteristics, Severity of Liver Disease, and the Cost of Liver Transplantation"
11. *Liver Transplantation* 2011;17:233-42
12. Tuttle-Newball JE, Lentine LK "Improving Access to Liver Transplantation: Another Part of the Puzzle" *Liver Transplantation* 2013;19:353-4
13. Jacob M, Copley LP, Lewsey JD et al. "Pretransplant MELD Score and Post Liver Transplantation Survival in the UK and Ireland" *Liver Transpl* 2004;10:903-7
14. Desai NM, Mange KC, Crawford MD et al "Predicting Outcome After Liver Transplantation: Utility of the MELD and a New Derived Discrimination Function" *Transplantation* 2004;77:99-106
15. Nagler E, Van Vierberghe H, Colle I et al. "Impact of MELD on Short-Term and Long-Term Outcome After Liver Transplantation: a European perspective" *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005;17:849-56
17. Keller EJ, Kwo PY, Helft PR "Ethical Considerations Surrounding Survival Benefit-Based Liver Allocation" *Liver Transplantation* 2014;20:140-6
18. Shaubel DE, Guidinger MK, Biggins SW et al. "Survival Benefit-Based Deceased-Donor Liver Allocation" *Am J Transplant* 2009;9:970-81
19. Dutkowsky PD, Oberkofler CE, Slankamenac K et al. "Are the Better Guidelines for Allocation in Liver Transplantation? A novel Score Targeting Justice and Utility in the MELD Era" *Annals of Surgery* 2011;254(5):1-9
20. *Annals of Surgery* 2011;254(5):1-9
21. Sito Web del Centro Nazionale Trapianti. Dati di attività.



Il sistema combinato per lo smaltimento dei rifiuti biologici

SICUREZZA Interruzione della catena di diffusione delle infezioni nosocomiali • Smaltimento sicuro e ecologico • Monouso biodegradabile, privo di componenti tossici e nocivi.

RISPETTO A salvaguardia del patrimonio ambientale dispositivi monouso in carta riciclata.

COMFORT Per i pazienti dispositivi monouso per tutte le esigenze • Aumento della qualità del servizio domestico-alberghiero.

RISPARMIO Riduzione dei costi e tempi di gestione • Risparmio energetico e idrico.

distributore esclusivista per l'Italia **bi-medica** s.r.l.

Sede Operativa: Via Provinciale Dalmine Almè, 20 • 24048 Treviolo (BG)
Tel. 035 6221138 • Fax 02 700502661 • e-mail: bimedica@bimedica.it - www.bimedica.it

Vernacare
cleaner safer healthcare

L'epidemiologia come strumento di counselling

Infortunati a rischio biologico nel personale sanitario del Presidio Ospedaliero Sant'Elia – ASP di Caltanissetta

Riassunto

L'Ospedale inteso come ambiente lavorativo si differenzia dalla maggior parte degli ambienti di lavoro per la molteplicità delle attività svolte, che espongono i lavoratori a diversi rischi di cui uno tra i più significativi è sicuramente il rischio biologico da malattie a trasmissione parenterale legato ad un evento infortunistico. Obiettivo dello studio svolto è stato quello di quantificare e qualificare le esposizioni professionali a liquidi biologici occorse agli operatori sanitari del P.O. "Sant'Elia" nell'ultimo triennio, al fine di poter:

1. rivedere eventualmente le strategie di prevenzione
2. fornire durante il counselling informazioni reali e contestualizzate all'operatore sanitario infortunato

A. Cirrone Cipolla¹, P. Di Mattia¹, R. Elia², L. M. G. Grimaldi¹, B. Trobia³

1 Dirigente Medico della Direzione Medica di Presidio P.O. Sant'Elia

2 Direttore Medico di Presidio P.O. Sant'Elia

3 Medico in Formazione Specialistica c/o la Direzione Medica di Presidio P.O. Sant'Elia

Direttore Generale Asp di Caltanissetta: Ida Grossi

PAROLE CHIAVE:

Infortunati, rischio biologico

INTRODUZIONE

L'Ospedale inteso come ambiente lavorativo si differenzia dalla maggior parte degli ambienti di lavoro per la molteplicità delle attività svolte, che espongono i lavoratori a diversi rischi di cui uno tra i più significativi è sicuramente il rischio biologico da malattie a trasmissione parenterale legato ad un evento infortunistico, ossia la possibilità per l'operatore sanitario di contrarre durante la sua attività lavorativa una determinata patologia in seguito ad esposizione a materiali biologici, sangue o fluidi, potenzialmente infetti, o

in seguito ad utilizzo di materiali medico-chirurgici contaminati o non opportunamente sterilizzati. È superfluo sottolineare che l'adozione di comportamenti e dispositivi utili ad evitare l'esposizione a materiale biologico rappresenta la strategia più efficace per prevenire la trasmissione del virus dell'epatite B (HBV), del virus dell'epatite C (HCV) e del virus dell'immunodeficienza umana acquisita (HIV). Fare prevenzione significa, quindi, mettere in atto un processo informativo-educativo che possa aiutare la persona ad acquisire una mentalità e uno stile di vita volti a promuovere la

salute come bene primario da difendere e potenziare. Affinché ciò si realizzi è fondamentale fornire informazioni "personalizzate" e contestualizzate che si inseriscano negli schemi cognitivi della persona e nel suo vissuto. Nel Presidio Ospedaliero Sant'Elia di Caltanissetta gli operatori sanitari esposti seguono una opportuna procedura per la gestione degli infortuni biologici che prevede, tra l'altro, un controllo sierologico al tempo 0, 45 giorni, 3 e 6 mesi di distanza dall'incidente (soltanto in casi selezionati si arriva a 12 mesi, come, ad esempio, nel caso di paziente fonte HIV positivo).

L'Operatore Sanitario infortunato, infatti, riceve:

- le informazioni su una valutazione del rischio ed un *counselling*¹ relativo alla possibilità di trasmissione associato alla specifica esposizione, nonché sulle precauzioni che lo stesso deve adottare per evitare la potenziale trasmissione ad altri di eventuali virus durante i 6-12 mesi di follow-up;

- informazione del suo diritto di scelta tra il rifiutare o l'accettare

¹ Il counselling, è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità "un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni; esso coinvolge un "cliente" ed un "counselor". Il primo è un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al cliente, formata all'ascolto, al supporto ed alla guida".

re la Profilassi Post-Esposizione (PPE).

Pur considerando, infatti, che i tassi di sieroconversione a seguito di esposizione occupazionale risultano essere bassi, rimane la difficoltà del *counselling* post-esposizione dovuta alla comprensibile emotività del momento. Una conoscenza, quindi, dell'epidemiologia legata agli incidenti occupazionali da contatto con liquido biologico, può dare ulteriori elementi sia perché il *counselling* all'operatore sanitario coinvolto sia quanto più dettagliato e oggettivo, sia perché la decisione dello stesso operatore sia quanto più informata possibile.

Obiettivo di tale studio è, di conseguenza, quello di quantificare e qualificare le esposizioni professionali a liquidi biologici occorse agli operatori sanitari del P.O. "Sant'Elia" nell'ultimo triennio, al fine di poter:

1. rivedere eventualmente le strategie di prevenzione per permettere agli operatori di lavorare sempre più in un ambiente sicuro;
2. fornire durante il *counselling* informazioni reali e contestualizzate all'operatore sanitario infortunato.

METODI

Mediante uno studio retrospettivo sono stati raccolti e analizzati i dati relativi agli incidenti occorsi agli operatori sanitari del P. O. "Sant'Elia" di Caltanissetta nel periodo compreso tra l'1 gennaio 2011 e il 31 dicembre 2013.

Le informazioni relative agli eventi lesivi sono state ricavate dagli appositi moduli utilizzati per la segnalazione degli incidenti occupazionali con esposizione a materiale biologico. I dati sono stati imputati su un foglio di calcolo Excel e, successivamente, elaborati per la rappresentazione grafica dei risultati.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Durante il triennio considerato sono stati notificati 118 incidenti occupazionali (rispettivamente 43 nel 2011, 45 nel 2012 e 30 nel 2013) di cui 96 relativi a lesioni percutanee e 22 relativi a contatti cutaneo-mucosi con liquidi biologici. Tali esposizioni riguardano un totale di 59 femmine e 59 maschi di età compresa tra i 22 e i 64 anni (mediana 48 anni).

In relazione all'U.O. di appartenenza dell'operatore sanitario coinvolto, la UOC di M. C. A. U. in tutti

e tre gli anni è quella interessata da un maggior numero di incidenti (vedi grafico 1), con una frequenza complessiva di infortuni pari al 22,04%, ciò probabilmente dovuto a vari fattori: l'elevato turnover di personale che ha interessato la U.O. negli ultimi anni, la tipologia di attività che viene svolta, le continue condizioni di emergenza in cui si lavora.

Analizzando la distribuzione degli incidenti nei diversi mesi dei tre anni osservati, si evidenzia una uniforme distribuzione del fenomeno (vedi grafico 2).

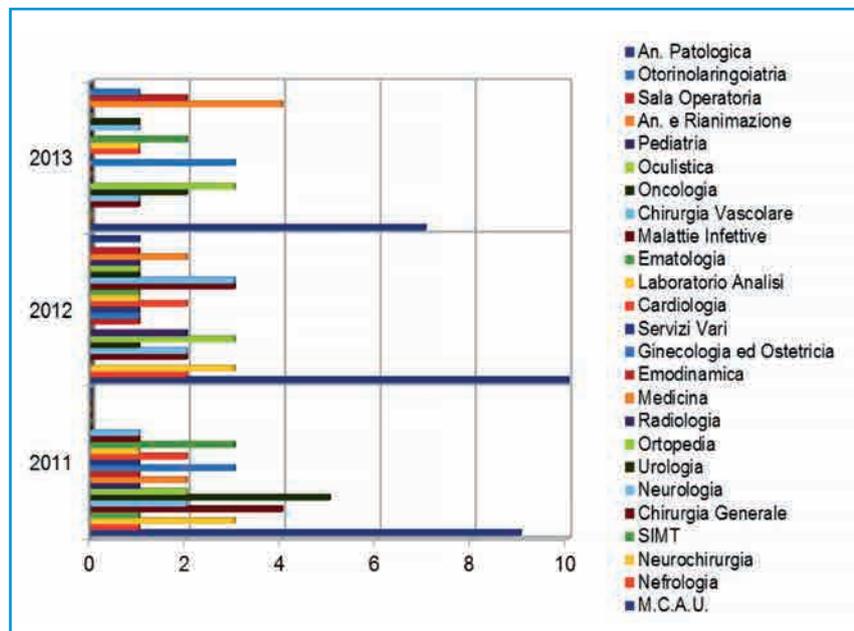


Grafico 1 – Suddivisione annua degli incidenti per singola U.O.

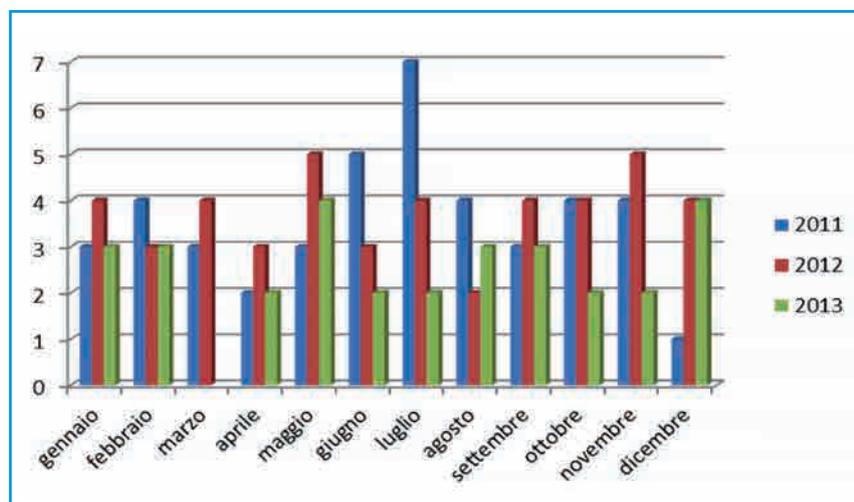


Grafico 2 – Distribuzione mensile e per ciascun anno degli incidenti

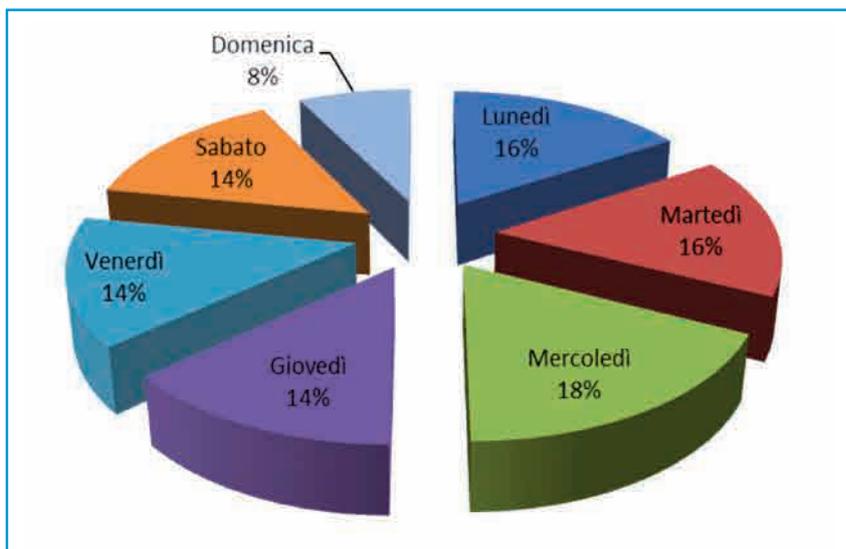


Grafico 4 – Distribuzione giornaliera degli incidenti

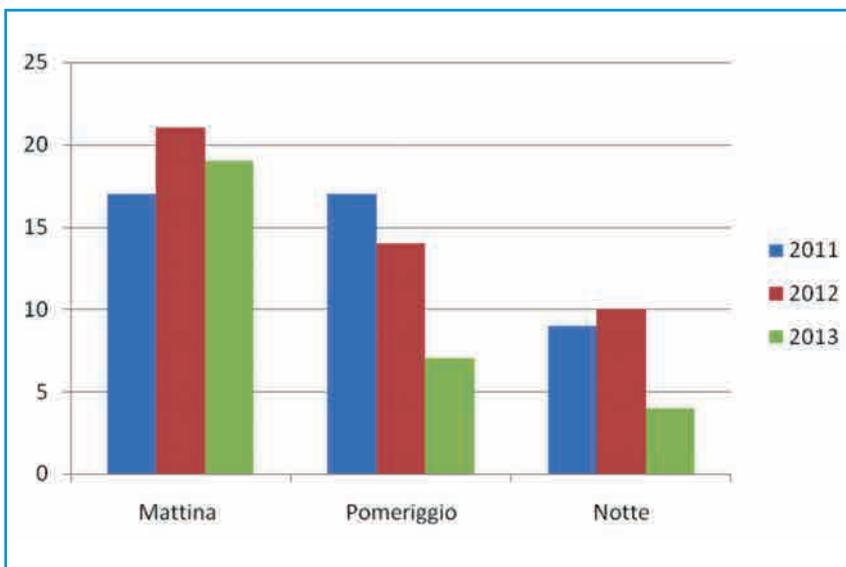


Grafico 5 – Distribuzione annua degli incidenti per turno lavorativo

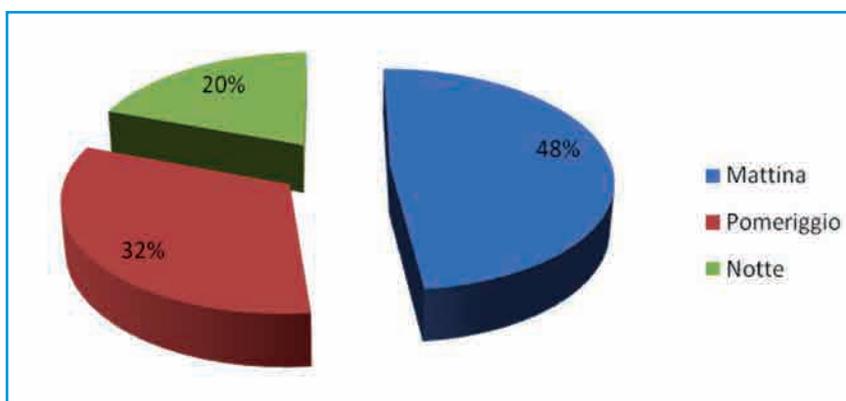


Grafico 6 – Distribuzione degli incidenti per turno lavorativo

Sono stati analizzati anche i giorni della settimana interessati da

gli incidenti nonché i diversi turni lavorativi per singolo anno ed ag-

gregati (vedi Grafici 4-5-6).

Si evidenzia una equa distribuzione degli incidenti nei diversi giorni della settimana con una netta riduzione degli stessi la domenica; ciò è legato probabilmente al fatto che in tale giornata l'attività ospedaliera risulta essere più blanda. Per quanto riguarda la distribuzione degli infortuni nell'arco della giornata lavorativa, come ci aspettavamo, è emersa una maggiore frequenza di incidenti durante la mattina ossia allorquando l'attività ospedaliera risulta essere più intensa.

Il Grafico 7 mostra un lieve incremento della casistica nell'anno 2012 ed una marcata riduzione della stessa nel 2013 nonché evidenzia la suddivisione per anno in incidenti percutanei e contatti cutaneo-mucosi.

Analizzando la distribuzione degli infortuni per qualifica professionale, i 118 infortuni a rischio biologico interessano prevalentemente gli infermieri professionali (60%) e i medici (26%); seguono gli ausiliari con una frequenza del 7% (vedi grafico 8). Se tuttavia consideriamo i denominatori del personale in servizio suddivisi per qualifica, le ostetriche, i medici e gli infermieri risultano sì le categorie professionali con maggiore incidenza di infortuni rispetto alle altre, ma con percentuali diverse (25%, 17% e 16% rispettivamente sul complessivo dei 3 anni).

Infine, considerato che:

- in Italia, nel decennio 1995-2004, l'incidenza di epatite B acuta negli operatori sanitari e nella popolazione generale è risultata sovrapponibile ed in discesa in entrambi i gruppi (1);

- negli operatori sanitari la copertura vaccinale anti-epatite B parallelamente è aumentata, raggiungendo oltre l'85% nel 2006, pur persistendo significative differenze tra nord (93%) e sud

(78%) del paese (2);

■ il virus dell'epatite C ha una minore infettività rispetto al virus dell'epatite B; infatti, il rischio di trasmissione stimato per un operatore sanitario di acquisire l'HCV, dopo esposizione, è compreso tra lo 0,5% e l'1,8% (3);

■ i dati dello studio nazionale SIROH (Studio Italiano Rischio Occupazionale HIV), il più consistente e standardizzato nel mondo, mostrano, su 7274 esposizioni percutanee a pazienti anti-HCV positivi, un tasso di sieroconversione dello 0,41%; sono state osservate altresì 2 sieroconversioni dopo esposizione congiuntivale a sangue su 486 esposizioni, nonché nessun caso di sieroconversione in seguito a 547 contaminazioni di cute lesa (4);

■ per quanto concerne l'HIV, analizzando i dati dello studio SIROH dal 1997, anno di entrata in uso della terapia antiretrovirale altamente attiva (HAART), al 2007, su un totale di circa 1000 esposizioni riportate è stato osservato un solo caso di infezione (4);

e che nonostante ci siano stati 19 infortuni con pazienti HCV positivi, 4 con pazienti HBV positivi ed uno con paziente HIV positivo, tra i casi con paziente fonte conosciuto e consenziente all'esecuzione degli esami ematici, non si è verificato alcun caso di sieroconversione negli operatori sanitari considerati nello studio, possiamo dedurre che le condizioni di esposizione degli operatori presi in esame sono più sfavorevoli al contagio rispetto alla media nazionale.

CONCLUSIONI

Seppur i dati del Presidio Ospedaliero S.Elia siano incoraggianti rispetto a quelli nazionali, devono in ogni caso essere messe in atto o, laddove presenti, migliorate una serie di misure organizzative ed educative per ridurre ancor

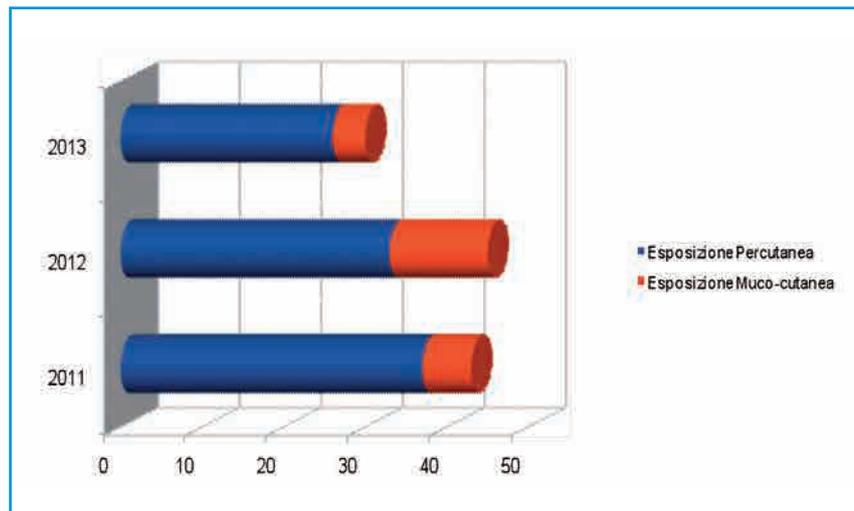


Grafico 7 – Distribuzione annua degli incidenti percutanei e cutaneo-mucosi

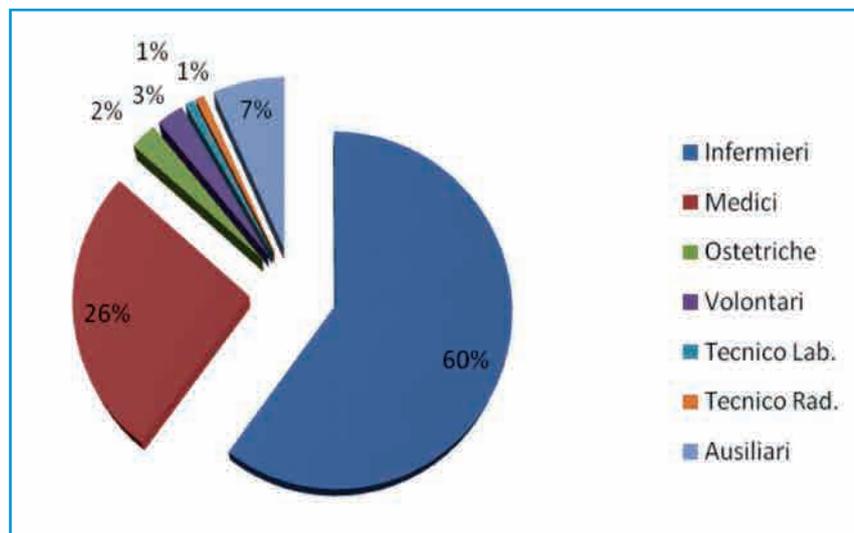


Grafico 8 – Frequenza degli incidenti per qualifica

più gli eventi infortunistici degli operatori sanitari, organizzando adeguati corsi di formazione.

Inoltre, per un monitoraggio continuo del fenomeno più accurato, sarà necessario creare un *database* informatizzato, sostituendo quello esistente, in base alle informazioni richieste dal Centro di Coordinamento SIROH, in modo da avere più informazioni disponibili e dei dati che possano essere valutati in base a indicatori validati. Comunicare i dati in nostro possesso permetterà poi agli operatori sanitari di avere più elementi per una decisione riguardo la PPE.

BIBLIOGRAFIA

1. Tosti ME, Mariano A, Spada E, et al. Incidence of parenterally transmitted acute viral hepatitis among healthcare workers in Italy. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28: 629-32.
2. Stroffolini T, Coppola R, Carvelli C, et al. Increasing hepatitis B vaccination coverage among healthcare workers in Italy 10 years apart. *Dig Liver Dis* 2008; 40: 275-7.
3. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32:235-239.
4. Cit. in *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32:235-239.

Processi gestionali per la valutazione dell'accuratezza delle cartelle cliniche (Protocollo P.A.C.A.)

Riassunto

La cartella clinica oggi riveste un notevole ruolo documentativo, anche se pecca di carenza legislativa. Nella Regione Sicilia si è resa necessaria la predisposizione di nuove linee di indirizzo per le attività di controllo analitico. Le linee di indirizzo per le attività di controllo analitico dell'assistenza nel Sistema Sanitario Regione Sicilia indicano la cartella clinica come valido strumento di verifica della qualità delle prestazioni. L'obiettivo specifico dello studio realizzato ha riguardato il monitoraggio e la mappatura dell'adeguata compilazione delle cartelle cliniche da parte di tutte le unità operative di degenza del P.O. Maggiore di Modica secondo i criteri dettati dal protocollo P.A.C.A. relativamente agli anni 2013 – 2014.

M. Careno, G. Trimarchi², G. Borgese¹, S. Modica¹, P. Bonomo¹

*1 P.O. "Maggiore" di Modica – U.O.C. Direzione Sanitaria – ASP 7 RG
2 Dipartimento S.A.S.T.A.S., Università degli Studi di Messina.*

PAROLE CHIAVE:

Cartella clinica, monitoraggio

LA CARTELLA CLINICA: DEFINIZIONE, VALENZA E STRUTTURA

Sorta come insieme di appunti per ricordare e trasmettere dei messaggi fra operatori sanitari, la cartella clinica oggi riveste un notevole ruolo documentativo, anche se pecca di carenza legislativa. Secondo la definizione fornita dal Ministero della Sanità (1992), la cartella clinica è la raccolta organica e funzionale di tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero, registrato dal medico ed infermieristico. Assurgendo ad atto ufficiale, oltre a questo scopo clinico per l'assistenza, la valutazione dell'efficacia delle cu-

re e rilievi statistici e scientifici, la cartella clinica assume anche grande valenza:

- **medico-legale** permettendo la tracciabilità delle diverse attività sanitarie svolte (responsabilità delle azioni, cronologia delle stesse e modalità della loro esecuzione) e facilitando l'integrazione di competenze multiprofessionali nel processo diagnostico-terapeutico;

- **giuridica** in quanto è un Atto Pubblico di Fede Privilegiata sottoscritto da un Pubblico Ufficiale,

- **economico-amministrativa** di notevole importanza attraverso cui è possibile la valutazione e la revisione delle prestazioni e una migliore gestione del budget aziendale sanitario.

I documenti e le informazioni ri-

portate in cartella clinica devono rispondere a criteri di rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, veridicità, pertinenza, completezza. La struttura della cartella clinica si compone di varie macro componenti ciascuna con specifica funzione, quali:

- Dati amministrativi
- Anamnesi Patologica Remota e Prossima
- Esame obiettivo
- Processo di cura (procedure diagnostiche, terapeutiche e assistenziali e riabilitative)
- Diario clinico
- STU (Scheda di Terapia Unica)
- Rilevazione di parametri vitali (grafica)
- Referti di prestazioni e consulenze
- Verbale operatorio e cartella anestesologica
- Consensi
- Lettera dimissione o trasferimento
- SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

LA CARTELLA CLINICA COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE

Relativamente al tema dei controlli analitici per l'appropriatezza, nella Regione Sicilia si è resa necessaria la predisposizione di nuove linee di indirizzo al fine di rendere più efficace ed efficiente il sistema complessivo nella sua capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati. *Le linee di indirizzo per le attività di controllo analitico dell'assistenza nel Sistema Sanitario Regione Sicilia indicano la cartella*

clinica come valido strumento di verifica della qualità delle prestazioni. A tal fine si fa riferimento a una metodologia omogenea di pianificazione e svolgimento dei controlli, quale il Piano Annuale dei Controlli Analitici (P.A.C.A.).

PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI ANALITICI (P.A.C.A.)

Il Piano Annuale dei Controlli Analitici (P.A.C.A.) costituisce il protocollo contenente gli elementi minimi ed obbligatori per l'esecuzione dei controlli analitici sulle cartelle cliniche secondo principi di trasparenza, omogeneità, imparzialità, oggettività, legalità e responsabilità.

È emanato entro il 30 ottobre di ogni anno, il suo ambito di applicazione comprende il complesso dell'attività erogate da tutte le strutture ospedaliere operanti nella Regione Sicilia, sia pubbliche che private accreditate, le quali sono obbligate ad attenersi ad esso e prevede controlli interni ed esterni con effetti economico-amministrativi.

Infatti, secondo quanto dettato dal PACA 2014, per tutte le schede dei controlli che prevedono valutazioni proporzionali si determinerà, tramite il punteggio attribuito ad ogni aspetto valutato secondo quanto indicato dalla scheda PACA, un risultato totale per mezzo del quale si procederà ad una decurtazione proporziona-

le della valorizzazione attribuita; questa decurtazione sarà comunque uguale al 70% del valore della tariffa al raggiungimento del punteggio soglia di 70 o per valori superiori, ad eccezione dei casi già contemplati dalle normative vigenti e nel caso di mancanza non giustificata della cartella clinica o della SDO.

STUDIO

Unità Operative	2013	2014
Cardiologia	12	52
Chirurgia	25	52
Geriatria	16	51
Malattie Infettive	6	/
Medicina	24	52
Nefrologia	12	49
Oculistica	12	40
Ortopedia	18	53
Ostetricia e Ginecologia	38	41
Otorinolaringoiatria	6	24
Pediatria	27	43
Rianimazione	26	16
TOTALE	222	473

L'obiettivo specifico dello studio ha riguardato il monitoraggio e la mappatura dell'adeguata compilazione delle cartelle cliniche da parte di tutte le unità operative di degenza del P.O. Maggiore di Modica secondo i criteri dettati dal protocollo P.A.C.A. (vedi scheda), relativamente agli anni 2013 - 2014. A tal fine sono state valutate a campione random 222 cartelle cliniche relative al primo semestre 2013 e 472 relative al primo semestre 2014. I dati raccolti sono stati analizzati tramite

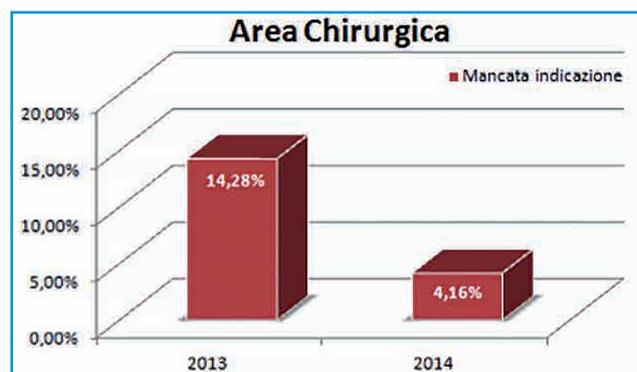
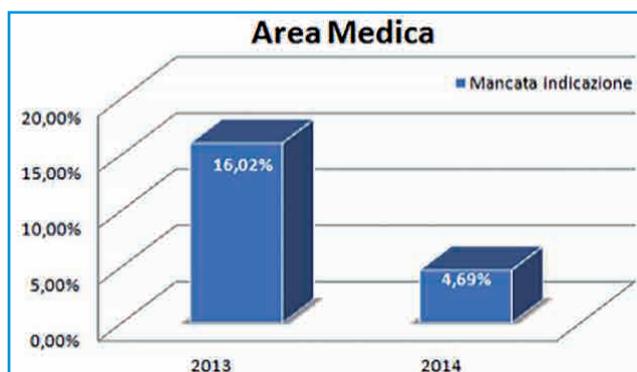
metodi di indagine statistica che hanno permesso di evidenziare dei miglioramenti statisticamente significativi (p < 0.05) fra le cartelle del 2014 e del 2013, nel dettaglio un decremento pari circa al 10% della percentuale di mancata indicazione dei parametri esaminati. Ciò si osserva in entrambe le aree analizzate e in maniera assimilabile fra le varie U.O. anche se non mancano casi di eccellenza.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti permettono di attestare che i dati del 2013 mostrano mancanze o inadeguatezze nella compilazione della documentazione clinica da parte degli operatori sanitari.

Con l'obiettivo di migliorare le procedure di compilazione della documentazione, sono stati organizzati degli audit al fine di individuare le criticità nell'appropriatezza e nella completezza delle cartelle cliniche e i possibili interventi risolutivi da porre in essere.

Dai dati del 2014 si evince che gli obiettivi di miglioramento nella compilazione e gestione delle cartelle cliniche sono stati raggiunti anche se non mancano piccole anomalie che potrebbero essere attribuite ad errori casuali o sistematici, di distrazione, inosservanza dei pre-stampati delle cartelle o alla scarsa compliance da parte degli operatori sanitari che sottoscrivono il documento.



La cartella clinica è disponibile?*	SI	NO		100
Il motivo del ricovero/diagnosi di ingresso è indicato?	SI	NO		4
La diagnosi di dimissione è indicata?	SI	NO		4
La proposta di ricovero su ricettario SSR è presente? (solo per i ricoveri programmati, esclusi i ricoveri post-acuti per trasferimento diretto dai reparti ospedalieri pubblici e privati)	SI	NO	NA	5
Il documento di sintesi della storia clinica del paziente redatto dal medico curante (allegato E/D) è presente? (solo per i ricoveri programmati)	SI	NO	NA	2
Per il DH/DS la comunicazione dello specialista al medico curante è presente?	SI	NO	NA	3
Per il DH/DS il programma assistenziale è presente?	SI	NO	NA	3
Anamnesi patologica remota				
Presente?	SI	NO		5
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Anamnesi patologica prossima				
Presente?	SI	NO		5
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Esame obiettivo all'ingresso				
Presente?	SI	NO		10
Firmato o siglato?	SI	NO	NA	3
Datato?	SI	NO	NA	3
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Descrive almeno due app. + sede del problema?	SI	NO	NA	3
Diario medico clinico				
Annotazioni in tutte le giornate di degenza?	SI	NO		5
Annotazioni firmate o siglate?	SI	NO		3
L'intervento chirurgico è documentato con copia del registro di sala operatoria?***	SI	NO	NA	3
La descrizione dell'intervento è leggibile?	SI	NO	NA	1
L'intervento eseguito è identificabile nella descrizione ?	SI	NO	NA	3
L'intervento eseguito è descritto in maniera analitica?	SI	NO	NA	3
La cartella anestesologica è presente e debitamente compilata (per tutte le tipologie di anestesia, anche locale, instillazione, ecc)?	SI	NO	NA	3
E' presente Il referto dell'esame istologico?	SI	NO	NA	3
Foglio di dimissione e/o trasferimento? (na se decesso)	SI	NO	NA	3
Tutti i consensi informati previsti dalla normativa regionale (D.A. 13/07/2006) sono presenti in cartella e completi (firme, date, procedure, rischi, alternative terapeutiche)	SI	NO	NA	10

BIBLIOGRAFIA

1. Decreto Amministrativo n. 1542 del 26 agosto 2013, Regione Siciliana "Piano Annuale Controlli Analitici 2014" e Allegato 1
2. Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana – Parte I n.16 del 18 aprile 2014 (n.13) "Piano Annuale Controlli Analitici 2012-2013"
3. Decreto Amministrativo n. 0496 del 13 marzo 2013 "Linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche del sistema sanitario regionale" – 2013
4. DPR 445 del 28/12/2000 – Testo unico sulla Documentazione Amministrativa
5. Gattai A. Cartella clinica : compilazione, gestione, archiviazione, aspetti giuridici e medico-legali. 3rd. ed. Milano: OEMF, 1990.
6. Sacchetti M.C., Musumeci A. Tutela dei diritti del malato: la normativa regionale. 2 rd. ed. Roma: ISR, 1990.
7. Trimarchi G. Metodologia Statistica per le Scienze Mediche. 2004. Cap. 3 – 5 – 7 – 14.
8. La Carta della qualità della cartella clinica. AIDOS (Associazione Italiana Documentazione Sanitaria), AIFI (Associazione Italiana Fisioterapisti), Anaao Assomed (Associazione Medici Dirigenti), CCN (Coordinamento Nazionale Caposala), CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche), Istituto Tecnologie Biomediche. Available from: http://www.cittadinanzattiva.it/files/approfondimenti/salute/cartella_clinica/carta%20della%20qualit%C3%A0%20della%20cartella%20clinica.pdf. 2009

Figura 1 – Scheda valutazione P.A.C.A.: Analisi documentazione clinica

LA NOSTRA ESPERIENZA AL SERVIZIO DI

- ▶ OSPEDALI
- ▶ CASE DI RIPOSO
- ▶ CLINICHE PRIVATE
- ▶ STRUTTURE SANITARIE

Per soluzioni qualificate di

PULIZIA e SANIFICAZIONE AMBIENTALE
DISINFEZIONE
TRATTAMENTO RIFIUTI OSPEDALIERI
SERVIZI LOGISTICI A SUPPORTO



Dal 1951

**cooperativa
L'OPEROSA**

L'ALVEARE DEI SERVIZI

SOLUZIONI SPECIFICHE DI GLOBAL SERVICE E SERVIZI INTEGRATI

- Pulizie civili e industriali
- Gestione e manutenzione patrimonio verde
- Gestione parcheggi e controllo sosta su strada
- Energy and Facility Management
- Gestione rifiuti e servizi di Igiene ambientale
- Servizi di facchinaggio
- Logistica



Il futuro della professione

Riassunto

Prevedere il futuro è impresa impossibile. Prevederlo in chiave sindacale è probabilmente più semplice: si ridurranno le tutele sociali, le possibilità di carriera e il salario, si andrà in pensione più tardi e con trattamenti economici inferiori, sarà più facile essere licenziati ma, si spera, anche essere assunti. Questo ciclone investirà, in realtà sta investendo, anche la nostra professione. Ritengo allora che a noi competa il compito di difendere il futuro della nostra professione coniugando la formazione per la riacquisizione di competenza con la riaffermazione dell'importanza del nostro ruolo quale perno dell'organizzazione.

Antonio Scarmozzino

Direzione Sanitaria AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

PAROLE CHIAVE:

Competenza, riaffermazione, autorevolezza

Prevedere il futuro è impresa impossibile. Prevederlo in chiave sindacale è probabilmente più semplice: si ridurranno le tutele sociali, le possibilità di carriera e il salario, si andrà in pensione più tardi e con trattamenti economici inferiori, sarà più facile essere licenziati ma, si spera, anche essere assunti. Questo ciclone investirà, in realtà sta investendo, anche la nostra professione. Sta parallelamente evolvendo il concetto di ospedale: da luogo fisico, o insieme di luoghi fisici, diventa ospedale integrato con altri ospedali (articolazioni organizzative di un ospedale hanno competenza su un altro ospedale) e interrelato con il Territorio. Si affaccia dunque un tipo di responsabilità condivisa tra direttori medici di presidio e tra questi e i direttori di distretto.

Oggi il blocco del turn over comporta la riduzione della dotazione organica (seppure in parte compensata dal sistema delle aggregazioni ospedaliere) ma anche del ricambio generazionale che è però spinta all'innovazione, il blocco delle progressioni di carriera e quello degli incrementi salariali inducono demotivazione professionale,

l'allungamento dell'età pensionabile comporta l'aumento della prevalenza di personale con logorio psico-fisico. Si ridurrà il ruolo del Pubblico e aumenterà quello del Privato. Questo se riusciremo a difendere il nostro Sistema Sanitario basato sui principi di solidarietà e di universalità altrimenti il secondo soppianderà il primo.

Altre professioni o specializzazioni, spesso anch'esse sotto attacco, invadono la nostra in cerca di nuovi spazi. Ciò avviene sia per le competenze igienistiche sia soprattutto per quelle organizzative. Tutto questo mina alle basi anche il futuro della nostra professione, ecco perché noi ne rappresentiamo uno snodo fondamentale. Dobbiamo comprendere al più presto come ridefinire il nostro ruolo nel nuovo scenario economico sociale e nel nuovo contesto sanitario. Da anni mi batto contro la deriva della superspecializzazione che avrà sì il vantaggio di favorire una maggiore profondità nella conoscenza del singolo aspetto ma ha lo svantaggio di comportare costi superiori a fronte di benefici spesso autoreferenziali e, soprattutto, lo svantaggio

di far perdere di vista l'insieme dei processi, la globalità delle relazioni all'interno dell'organizzazione nonché l'obiettivo finale di essa. A mio giudizio, il recupero della competenza di gestione dell'organizzazione, basata sulla conoscenza degli strumenti economici, giuridici e gestionali, integrati da abilità relazionali e dalla capacità di interpretare e modificare l'organizzazione, deve rappresentare l'obiettivo fondamentale di questa fase. Risulta importante anche riacquisire competenze epidemiologiche per privilegiare le scelte appropriate ma anche acquisire capacità di riflessione etica per guidare tali scelte nel rispetto di principi condivisi. Occorre infine acquisire la capacità di ascoltare, aiutare e motivare il personale.

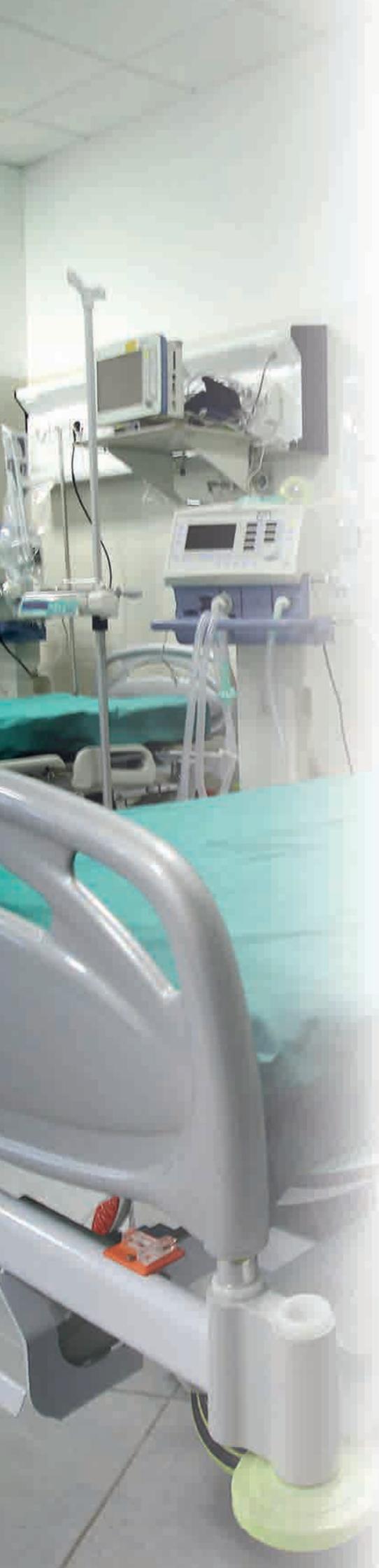
Tutto questo è possibile solo partendo dalla capacità di autocritica, dalla presa di coscienza che quand'anche avessimo sinora operato bene ormai non è più sufficiente.

Noi ci vediamo come baluardo tecnico, gli altri come ostacolo burocratico. Ritengo allora che a noi competa il compito di difendere il futuro della nostra professione coniugando la formazione con la riaffermazione dell'importanza del nostro ruolo quale perno dell'organizzazione. La formazione deve perseguire l'obiettivo di rafforzare le competenze già acquisite e fornire quelle nuove ma ineludibili. Per fare questo deve essere professionalizzante secondo il modello previsto dai master universitari. Occorre insomma ridefinire la formazione manageriale, riappropriandosene.

La riaffermazione del ruolo deve avvenire con un rilancio dell'azione sindacale a livello regionale e nazionale, attraverso la ridefinizione delle priorità, il rafforzamento delle alleanze, l'azione di marketing sociale, il recupero dell'autorevolezza di fronte alla classe politica e alla società tutta.

Sistema Moduli Integrati

*Sistema Certificato da laboratorio CE
per la pulizia e la disinfezione
delle superfici in ambiente ospedaliero*



QUATERNARI E BIGUANIDE

Sanificazione superfici
con SANIDART
e panni in microfibra
EXTRAKLIN



CLOREXIDINA

Pulizia e disinfezione dei sanitari
con SANOCIT CX
e panni in microfibra
EXTRAKLIN



CLORO

Lavaggio e disinfezione pavimenti
con BIOSPOT + TOC
e frangia in microfibra
MONOKEM RICCIO

KemikaSPA

Via G. Di Vittorio 55 - CO.IN.OVA 2 - 15076 Ovada (AL) ITALIA
Tel. (0039)0143-80.494 Fax (0039)0143-82.30.68
www.kemikaspa.com e-mail: info@kemikaspa.com

Il risk management come occasione di miglioramento organizzativo – gestionale nelle strutture sanitarie

Daniele Bosone

Risk Manager, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Università di Pavia.

La necessità crescente di trovare un equilibrio fra risorse economiche più scarse e aspettative di qualità di delle cure sempre più alte da parte dei pazienti, ha reso centrale il concetto di “appropriatezza” delle cure. L’appropriatezza può essere governata da “drivers” centrali e da conseguenti “drivers” aziendali.

Il Ministero della Salute ha da tempo implementato attraverso AGENAS il Piano Nazionale Esiti, cioè un’insieme di indicatori di “performances” sanitaria in grado di valutare l’efficienza e anche l’efficacia delle cure nelle diverse Regioni. A loro volta alcune Regioni si sono dotate di “cruscotti” di indicatori di qualità e di performances per la valutazione delle Aziende Ospedaliere pubbliche o private accreditate. L’individuazione di costi standard veri per le prestazioni sanitarie costituirà poi, a mio parere, il vero strumento di efficientamento del Sistema Sanitario Nazionale.

Anche la sicurezza delle cure correlata alla medicina difensiva e alla responsabilità civile e penale del personale sanitario ha assunto una dimensione importante nel panorama sanitario con riferimento all’appropriatezza, soprattutto a partire dal 2004, con l’introduzione di un programma di informazione e formazione da parte del Ministero della salute

sul rischio clinico, culminato con il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). Tuttavia il Rischio Clinico viene visto prevalentemente come strumento utile a ridurre il profilo della rischiosità aziendale e quindi a migliorare il costo delle assicurazioni. La previsione del Rischio Clinico come leva per ridurre i costi aziendali legati al contenzioso è di fatto confermata nella Legge 189/2012 (Balduzzi). Nell’ambito della Governo Clinico, di conseguenza, ci si è resi conto che l’appropriatezza non poteva essere garantita solo dalla dimensione economica puramente aziendalista, ma che l’aspetto di attenzione alla pianificazione economica strategica e di budget doveva tener conto di altre dimensioni o leve di governo. In particolare l’introduzione anche in azienda di un sistema di qualità e di rischio clinico per monitorare e aumentare l’efficacia e non solo l’efficienza delle cure sta cambiando radicalmente la concezione di governo clinico. Per garantire cure appropriate, seppur con fatica e con molte disparità di situazioni appare necessario passare da un governo clinico monodimensionale economico (tipicamente top-down dal punto di vista organizzativo) ad un governo clinico multidimensionale (tipicamente bottom-up) in cui la leva della qualità e

del rischio clinico hanno importanza simile a quella economica, garantendo una condivisione massima dei processi che coinvolgono i pazienti, che a loro volta assumono un ruolo assolutamente centrale nell’orientare, con i loro bisogni e le loro aspettative, le modalità di cura di ogni struttura sanitaria.

Nel Governo Aziendale Multidimensionale (coporate governance) il Rischio Clinico, mantenendo intatto il ruolo originario di modulazione del rischio di sinistrosità, assume sempre più un ruolo anche nei processi di efficientamento organizzativo e gestionale. Questo per la natura stessa delle modalità di analisi del rischio e delle azioni correttive e migliorative conseguenti. Infatti, sia l’analisi reattiva (Root Cause Analysis) sia l’analisi proattiva (Health-Failure Mod, Effects and Critically Analysis) permettono di scomporre in attività e microattività il processo di cura nel corso del quale è accaduto l’evento avverso o più probabilmente potrebbe avvenire e si corregge la procedura, quasi sempre con esiti positivi dal punto di vista non solo della sicurezza del paziente ma anche della gestione e dell’efficienza organizzativa del processo clinico interessato.

Infatti il Rischio Clinico, entrando nel merito del flusso organizzativo, ben si allinea anche con gli esempi di organizzazione “lean” che si stanno implementando anche nel sistema sanitario dopo aver prodotto buoni risultati nell’industria manifatturiera.

In altre parole eliminando parti superflue, sprechi di tempo, e snellendo i processi organizzativi si aumenta anche la sicurezza delle cure oltre che a rendere più efficiente ed efficace il sistema. Ciò a maggior ragione se assumiamo il concetto ormai affermato (almeno nei congressi e nei dibattiti pubblici) che un sistema sanitario appropriato non cura la malattia ma si assume in carico il paziente. Quindi, il paziente e non la sua patologia

sono centrali e la sua presa in carico comporta il cambiamento anche organizzativo dei modelli organizzativi ospedalieri, passando, ove possibile e con la misura giusta, da un'organizzazione per disciplina ad un'organizzazione per processi a diversa intensità di cura.

In conclusione, non possiamo parlare di cure appropriate nei nostri Ospedali se non attiviamo fortemente la leva del Rischio Clinico. Appare inoltre assai

chiaro che una buona struttura di Risk Management non serve solo a ridurre la sinistrosità e quindi (forse) i costi assicurativi, ma soprattutto serve a rendere migliori, più sicuri e più efficienti i processi gestionali ed organizzativi di cura dei nostri esigenti pazienti.

Servizi integrati per il settore sanitario pubblico e privato: noleggio, ricondizionamento e logistica dei dispositivi tessili per reparti, divise per il personale con installazione di Sistemi di Distribuzione Automatizzata, dispositivi medici sterili in tessuto tecnico ricondizionabile per attività chirurgiche, materasseria e sistemi antidecubito, gestione informatizzata dei guardaroba.

DISPOSITIVI TESSILI PER REPARTI



RICONDIZIONAMENTO E STERILIZZAZIONE KIT PER SALA OPERATORIA



SISTEMI AUTOMATIZZATI DISTRIBUZIONE DIVISE



GESTIONE INFORMATIZZATA DEI GUARDAROBA



Linea
sterile

SANIFICAZIONE E RICONDIZIONAMENTO TESSILI



DISPOSITIVI MEDICI STERILI IN T.T.R.



Linea Sterile S.p.A. Via Pirandello, 16 - 47043 GATTEO (FC) Tel. 0541.819911 - info@lineasterile.com - www.lineasterile.com

Parte dall'ospedale di Conegliano la rivoluzione "green" dei servizi, per una sanità di standard europeo

“Le amministrazioni pubbliche sono importanti consumatori in Europa, poiché spendono circa 2 trilioni di EURO l'anno (equivalenti al 19% del PIL dell'UE). Usando il loro potere di acquisto per scegliere beni, servizi e opere a ridotto impatto ambientale, possono fornire un importante contributo agli obiettivi di sostenibilità a livello locale, regionale, nazionale ed internazionale”.

Gli appalti verdi pubblici (Green Public Procurement, GPP) possono essere un motore importante per l'innovazione sul mercato.

Lo studio - condotto da **Dussmann Service**, in collaborazione con **Sutter Professional**, **Magris** ed **Eudorex Pro** - ha voluto quantificare l'impatto ambientale di un servizio di pulizia e sanificazione coerente con i principi del GPP di un presidio ospedaliero.

L'obiettivo dello studio, realizzato con il supporto tecnico di **Punto 3**, è la valutazione comparata degli impatti ambientali del ciclo di vita (secondo gli standard internazionali ISO 14040, 2006; ISO 14044, 2006) di un servizio di pulizia dell'Azienda Socio Sanitaria ULSS n°7, Ospedale di Conegliano. L'analisi confronta gli impatti ambientali generati dal medesimo servizio di pulizia prima e dopo l'introduzione di criteri ambientali coerenti con il D.M. 24 Maggio 2012 (che approva i Criteri Ambientali Minimi del servizio e dei prodotti di pulizia).



Il progetto, testato sull'Ospedale di 300 posti letto e su un'area di quasi 28mila mq, è partito da un'analisi condotta su alcuni indicatori ambientali quali le emissioni in atmosfera ed i consumi energetici ed idrici articolandosi in più fasi. Grazie alla nuova tecnica di pulizia sperimentata nell'Ospedale Civile "Santa Maria dei Battuti" si registra una consistente riduzione dell'impatto ambientale a tutto vantaggio della Collettività, accompagnato da una diminuzione dei costi per utenze (acqua, elettricità) a tutto vantaggio dell'ULSS 7. L'intera la sperimentazione è stata accompagnata da analisi microbiologiche che hanno certificato l'efficacia del nuovo sistema di pulizia e allo stesso tempo hanno verificato l'assoluta assenza di microrganismi e batteri a garanzia dell'elevato grado di sicurezza igienica.

Dopo aver misurato l'impatto sull'ambiente derivante da un servizio di pulizia erogato secondo tecniche tradizionali, il gruppo di lavoro ha implementato un innovativo programma di miglioramento ed ha sperimentato nuove

metodologie per ridurre l'impatto ambientale.

Il programma di miglioramento ha previsto:

- l'installazione di una lavatrice ad elevate prestazioni e a recupero d'acqua;
- l'introduzione di una nuova tecnica di pulizia, la pre-impregnazione dei panni;
- la modifica del set di fornitura dei prodotti di pulizia in un'ottica di riduzione dei consumi e degli imballaggi mediante prodotti super concentrati;
- la sostituzione di alcuni detergenti per permettere alle tecniche di pre-impregnazione di raggiungere la loro massima efficienza;
- l'uso di mop e frange in microfibra che essendo molto più leggeri rispetto a quelli usati tradizionalmente sopportano molti più cicli di lavaggio permettendo notevoli risparmi in termini di impatto ambientale.

I risultati registrati attestano **una riduzione del -61% di consumo idrico, -24% di consumo elettrico, -62% di produzione di rifiuti, -35% di uso di prodotti chimici e -25% di riduzione della carbon footprint (emissione di anidride carbonica in atmosfera).**

Va tenuto conto che il servizio di pulizia ospedaliero produce impatti ambientali non trascurabili dovuti anche ai diversi fattori associati alle fasi di trasporto, distribuzione e funzionamento di

Tipologia	Risparmi interno appalto	% Riduzione impatto ambiente
Risparmi Energia Elettrica	62 MWh	-24%
Risparmio idrico	5.210 m ³	-61%
Volume di Rifiuti	3,0 t	-62%
Sostanze Chimiche	3,1 t	-35%
Riduzione Carbon Footprint (CO ₂)	27,2 t	-25%
Risparmio Utenze	20.064 €	-37%

un appalto ed hanno effetti su: l'utilizzo di fonti energetiche non rinnovabili, il riscaldamento climatico, gli inquinanti inorganici volatili, l'ecotossicità terrestre e i carcinogeni.

Dall'analisi LCA¹ (Life Cycle Assessment - Analisi del Ciclo di Vita) a seguito dell'adozione dei nuovi protocolli, è emersa una riduzione del 23% sull'impatto ambientale e del 19% sul danno delle componenti ambientali grazie al nuovo modello green applicato. Le differenze più apprezzabili sono l'abbassamento del danno sugli ecosistemi (-38%) e sulla salute umana (-18%).

“Abbiamo subito accolto con favore la proposta, fattaci dalla Dussmann, di sperimentare il nuovo sistema di pulizia “green” all'Ospedale di Conegliano, recentemente oggetto di un qualificante intervento di installazione del fotovoltaico sul tetto, con conseguente significativo risparmio energetico e minori emissioni in atmosfera - sottolinea il Direttore Generale dell'Ulss 7, Gian Antonio Dei Tos - Ritengo che tra i compiti di un'Azienda Socio Sanitaria vi sia anche la promozione di tutte quelle iniziative che pos-

sono contribuire a favorire stili di vita più sani, procedure più ecologiche e maggior attenzione all'ambiente, secondo i valori che ispirano la responsabilità sociale d'impresa”.

Lo studio è stato anche oggetto di due tesi di Laurea in Ingegneria Gestionale dell'Università di Bologna aventi ad oggetto l'analisi del LCA comparativa per valutare i benefici ambientali ed economici del sistema migliorato rispetto al sistema di pulizia tradizionale. Si evince che l'utilizzo della metodologia LCA si è dimostrato di grande aiuto per il monitoraggio dei benefici ambientali ottenibili tramite l'adozione dei Criteri Minimi Ambientali del GPP applicato a un servizio di pulizia. Il caso dell'Ospedale di Conegliano conferma che per la valutazione delle prestazioni ambientali di un servizio occorre considerare non solo le proprietà chimiche dei prodotti di pulizia utilizzati, ma anche la modalità con cui è erogato il servizio di pulizia. I risultati emersi dallo studio di LCA sono quindi un supporto per la revisione dei piani di pulizia e per migliorare la formazione del personale addetto alle pulizie.

L'individuazione di procedure di miglioramento ambientale del servizio di pulizia potrà essere inoltre di supporto per la creazione del primo modello di riferimento in Italia del “Piano gestionale del servizio di pulizia”.

Lo studio infatti, presentato nel novembre 2014, anticipa di gran lunga l'approvazione dei Criteri Ambientali minimi in ambito ospedaliero e la definizione dei criteri per la certificazione ambientale dell'Unione Europea Ecolabel sui servizi di pulizia.

Il GPP è uno strumento essenziale per favorire la diffusione sul mercato di prodotti e servizi a ridotto impatto ambientale attraverso la leva della domanda pubblica ed è quindi necessario che sia affiancato da strumenti scientifici come il LCA che convalidino l'identificazione delle soluzioni per il miglioramento ambientale di prodotti e servizi.

I risultati dello studio hanno meritato il plauso del **Presidente della Regione Luca Zaia** che ha dichiarato *“La sanità veneta sa essere eccellente dalla A alla Z. Non mi riferisco tanto alla qualità delle cure e dell'assistenza, che è fuori discussione, quanto agli aspetti organizzativi e di gestione dei servizi che concorrono a rendere il sistema efficiente nel suo complesso. E il Veneto sotto questo profilo è terreno fertile per le idee e le innovazioni che producono migliori e vantaggi, a beneficio della collettività”.*

1 Il **Life Cycle Assessment** (Valutazione del Ciclo di Vita) rappresenta uno degli strumenti fondamentali per l'attuazione di una Politica Integrata dei Prodotti, nonché il principale strumento operativo del “Life Cycle Thinking”: si tratta di un metodo oggettivo di valutazione e quantificazione dei carichi energetici ed ambientali e degli impatti potenziali associati ad un prodotto/processo/attività lungo l'intero ciclo di vita, dall'acquisizione delle materie prime al fine vita (“dalla Culla alla Tomba”).



Sterimed opera nel settore ospedaliero, turistico-ricettivo e ristorazione, agroalimentare, industriale e civile (uffici, centri commerciali, scuole, musei e biblioteche, etc.) offrendo soluzioni sempre più efficaci, flessibili e personalizzate per ogni esigenza del cliente.

Azienda certificata ISO 9001, ISO 13485, ISO 14001 ed ISO 18001 ed associata A.I.I.S.A. e M.A.D.C.A., opera su tutto il territorio nazionale proponendo programmi di igiene specialistici per soddisfare le specifiche esigenze di utenti pubblici e privati, nel pieno rispetto delle normative vigenti in materia di sicurezza degli ambienti di lavoro e dei lavoratori, di ecologia e tutela dell'ambiente.

La struttura di Sterimed, supportata da un Team di Specialisti con decennale esperienza nel settore, abbinata allo studio delle innovazioni tecnologiche e ad una giusta flessibilità e dinamicità aziendale, è in grado di fornire il massimo supporto ai propri clienti garantendo i più elevati standard qualitativi: dalla Progettazione alla Realizzazione di Centrali di Sterilizzazione ed impianti di Trattamento e Sanificazione acqua ed aria, alla fornitura di Servizi Integrati personalizzati.

STERIMED propone i seguenti servizi

Progettazione, realizzazione, gestione
e certificazione centrali di sterilizzazione

Noleggio strumentario chirurgico

Servizi di trattamento anti-legionella
e sanificazione acqua

Servizio di video ispezione e bonifica
canali di condizionamento aria

Sanificazione dell'aria ambientale

Servizi di Laboratorio Analisi

Servizi di Ingegneria Clinica e
Monitoraggio Ambientale



Infocad.FM per la gestione del patrimonio immobiliare e dei trasporti in ambito sanitario

La complessità delle strutture sanitarie e i forti tagli alla spesa pubblica rendono la gestione del patrimonio immobiliare in ambito sanitario un'attività sempre più cruciale per riuscire a ridurre i costi pur mantenendo alti gli standard di qualità delle prestazioni erogate.



Importanti realtà ospedaliere italiane hanno già scelto di affidarsi a Infocad.FM, il sistema integrato di space, asset e facility management che consente di censire e gestire spazi, impianti, arredi e dispositivi elettromedicali.

I principali vantaggi ottenuti sono la pianificazione esatta e misurata dei servizi, la gestione e il monitoraggio delle attività di manutenzione, pulizia e sanificazione, la migliore comunicazione con i fornitori, la gestione della documentazione tecnica, la qualificazione delle risorse interne interessate.

Per supportare un centro ospedaliero d'eccellenza, Infocad.FM ha reso disponibile un nuovo modulo che permette di gestire in maniera centralizzata e informatizzata le richieste di trasporto di materiali e pazienti da parte dei vari reparti della struttura.

www.infocad.fm

Qualità dell'aria indoor: le soluzioni Sterimed

La qualità dell'aria indoor (IAQ) è un requisito indispensabile per la salute e il benessere degli occupanti di ambienti indoor. È dimostrato che nelle condotte che regolarmente non vengono sottoposte ad interventi di pulizia e bonifica, nel tempo si depositano polveri e particolato che provocano seri pericoli per la salute. È accertato che molti agenti infettivi si trasmettono sotto forma di aerosol: è il caso della legionellosi. Gli impianti di climatizzazione rappresentano dunque uno dei principali fattori che contribuiscono all'IAQ e la loro igiene è fondamentale.

In Italia vi sono una serie di normative in materia di controllo, bonifica e sanificazione degli impianti aeraulici. Basilare è il Dlgs 81/08 sulla Sicurezza sul lavoro. Da segnalare inoltre: «Linee Guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati» del 2001; «Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi» del 2000;

«Linee Guida per la definizione di protocolli tecnici di manutenzione predittiva sugli impianti di climatizzazione» del 2006; «Procedura operativa per la valutazione e gestione dei rischi correlati all'igiene degli impianti di trattamento aria» del 2013. Le procedure per la bo-

nifica e sanificazione degli impianti HVAC adottate da Sterimed sono riconosciute come valide dalle linee guida per la definizione di protocolli tecnici di manutenzione predittiva sugli impianti di climatizzazione, e applicano le linee guida ACR AII-SA NADCA 2013. Le condotte degli impianti vengono sottoposte al trattamento di bonifica tramite una preliminare video-ispezione con un apposito robot motorizzato e filoguidato collegato a pc. Per introdurre

le strumentazioni da lavoro vengono realizzati varchi di accesso. Successivamente, tutti i varchi di ispezione e accesso saranno richiusi con applicazione di portelle d'ispezione a tenuta ed in conformità con la norma UNI EN 12097.

Le bocchette dei diffusori, gli anemostati e le griglie di ripresa, sono pulite meccanicamente. Le condotte sono messe in depressione mediante montaggio e successiva attivazione di un aspiratore dotato di filtro HEPA (High Efficiency Particulate Air). La pulizia delle condotte è effettuata mediante spazzolatura con dispositivo rotante.

Per la bonifica delle sezioni interne delle UTA saranno prodotti specifici e la verifica del livello di pulizia ottenuto viene effettuata mediante controllo visivo e nuova videoispezione. La sanificazione è effettuata a mezzo aerosolizzazione secca di un sanificante germicida.

www.sterimed.it

S.HO.W.: aspiratore a circuito chiuso per grandi volumi di liquidi biologici

S.HO.W. - Safety Hospital Work è l'innovativo sistema di aspirazione a circuito chiuso, che è stato progettato per gestire in sicurezza i liquidi organici presenti in grandi quantità nelle strutture ospedaliere e per eliminare le problematiche legate alla raccolta, allo smaltimento e ai relativi costi dei liquidi biologici all'interno della struttura sanitaria. S.HO.W. è già presente in molte strutture ospedaliere e cliniche private in Italia e all'estero. Un reale successo del made in Italy.

S.HO.W. apporta i seguenti vantaggi alla struttura sanitaria:

- Maggiore sicurezza
- Riduzione dei costi
- Migliore qualità del lavoro
- Ottimizzazione gestione del personale.

Una volta collegato, tutta la gestione della raccolta dei liquidi è affidata ad esso in totale sicurezza degli operatori che non verranno mai a contatto con i liquidi neppure in modo accidentale.

Con S.HO.W. si annulla il rischio di sollevamento di carichi e quindi il rischio di fuoriuscita dei liquidi biologici per rottura accidentale

e/o rischi dovuti alla rimozione e movimentazione delle sacche e/o contenitori.

S.HO.W. abbate rischio di contaminazione da agente biologico e il conseguente rischio per gli operatori sanitari di contrarre patologie infettive.



Il grande impegno di progettazione ha permesso a IN.CAS. S.r.l. di ottenere il brevetto internazionale per una nuova ed esclusiva funzione, la disinfezione in tempo reale dei liquidi biologici durante la fase d'aspirazione da paziente infetto.

Con l'utilizzo di S.HO.W. si ottimizza l'impiego del personale in sala, che non è impegnato nelle frequenti sostituzioni dei contenitori monouso (3L), durante l'intervento chirurgico, perché l'aspiratore ha un serbatoio dalla capacità di 60L.

L'apparecchio ha comandi intuitivi, immediati e sequenziali e consentono all'operatore lo svolgimento in sicurezza di tutte le manovre sia in fase di aspirazione sia nella fase di scarico e nella disinfezione.

Con S.HO.W. si riduce notevolmente l'uso di contenitori monouso di materiale plastico che va a pesare economicamente sulle spese del reparto, con conseguente riduzione di rifiuti speciali.

La ridotta produzione di rifiuti speciali da inviare all'inceneritore, fa sì che S.HO.W. possa essere considerata una "green equipment".

www.incas-show.com

Amuchina Bleach Wipe per una disinfezione efficace

La disinfezione delle superfici riveste un ruolo di primaria importanza tra le misure preventive per la tutela dell'igiene e il mantenimento di condizioni di sicurezza. Particolare attenzione va posta ai criteri per la selezione del disinfettante e ai metodi per la valutazione della sua efficacia.

Amuchina Bleach Wipe è il prodotto ideale per ottenere una disinfezione efficace perché dimostrato con specifici test di attività microbiologica. I risultati dimostrano che è efficace nell'eliminare virus, batteri e funghi presenti sulla superficie trattata.

Si tratta di un panno monouso disinfettante imbevuto di ipoclorito di sodio utile per la disinfezione a freddo di superfici pulite non porose, di



dispositivi medici non invasivi e di piani di lavoro di dispositivi medici. È pronto all'uso, questo consente al personale preposto di risparmiare tempo ed evitare inopportune diluizioni approssimative.

Amuchina Bleach Wipe rappresenta l'evoluzione dei disinfettanti pronti all'uso in quanto garantiscono una

concentrazione standardizzata di ipoclorito allo 0,105% pari a 1050 ppm di cloro attivo, concentrazione efficace verso le diverse specie di microrganismi e nel contempo compatibile con le superfici in acciaio o metalliche dei dispositivi medici. È un prodotto classificato come Dispositivo Medico di classe IIa, quindi l'utilizzo su Dispositivi Medici assicura la conformità alla relativa normativa. Essendo monouso e confezionato singolarmente viene agevolato il rispetto delle corrette procedure di disinfezione delle apparecchiature. L'ampio spettro di azione di Amuchina Bleach Wipe verso gli organismi patogeni riduce il rischio di insorgenza di infezioni.

www.amuchina.it

Linea Sterile: servizi integrati per il settore sanitario

Linea Sterile è una innovativa unità produttiva operante esclusivamente nel settore sanitario, progettata per la fornitura del Servizio Integrato di noleggio ricondizionamento e logistica dei Dispositivi Tessili per reparti, divise per il personale con installazione di Sistemi di Distribuzione Automatizzata, Dispositivi Medici Sterili in Tessuti Tecnici Ricondizionabili, a norma UNI EN 13795, fornitura e gestione in Service di dispositivi sterili Monouso, noleggio e sanificazione Materasseria e Sistemi Antidecubito integrata a servizio di gestione guardaroba presso i presidi. La crescita professionale e qualitativa del processo è testimoniata anche dall'applicazione di rigidi sistemi di controllo certificati in conformità con le norme UNI EN ISO 9001, UNI EN 13485, UNI EN ISO 14001, BS OHSAS 18001, Norma SA8000, UNI EN 14065 e, l'accreditamento allo standard ANMDO/CERMET per la progettazione ed erogazione di servizi di sterilizzazione teleria e camici in Kit Sterili per campo operatorio. I moderni impianti industriali presenti nello stabilimento di Gatteo (FC) hanno permesso di servire ogni anno oltre 10.000 operatori sanitari e più di 3.000 posti letto all'interno di 25 strutture ospedaliere delle aree Romagna e Marche. Annualmente circa 60.000 campi operatori vengono allestiti con Kit per sala operatoria in Tessuto Tecnico Ricondizionabile forniti da Linea Sterile S.p.A.

www.lineasterile.com



Clean & Green: il servizio di pulizie a impatto zero

WORKSHOP giovedì 1° ottobre, ore 11, presso il 41° Congresso Nazionale ANMDO.

Misurazione, riduzione e compensazione sono le tre parole chiave del progetto ambientale intrapreso da Markas, azienda leader nei servizi di pulizie e sanificazione, per poter offrire un "servizio a impatto zero".

Il percorso di sostenibilità sviluppato dall'azienda ha avuto inizio con la misurazione del proprio impatto sull'ambiente attraverso lo strumento dell'EPD. "You can't improve what you can't measure", ovvero non si può migliorare quello che non si può misurare. Questo è il principio alla base dell'Environmental Product Declaration o Dichiarazione Ambientale di Prodotto (traduzione della sigla EPD) la quale quantifica un insieme di dati che permettono di avere una visione d'insieme dell'impatto ambientale di un servizio o di un prodotto "dalla culla alla tomba".

Il risultato di questo studio si basa sull'analisi dell'intero ciclo di vita del servizio di pulizia, prendendo in considerazione vari aspetti: dalla produzione dell'energia elettrica e dei materiali costituenti i macchinari, al trasporto dei prodotti fino alla struttura ospedaliera, dallo svolgimento del

servizio vero e proprio al trattamento degli scarichi e al trasporto dei rifiuti. Basandosi su questa dichiarazione, Markas ha voluto misurare l'impatto globale prodotto annualmente dal proprio servizio di pulizie presso un sito rappresentativo, nello specifico l'Ospedale di Desenzano del Garda.



Le categorie di impatto ambientale che sono state misurate dall'EPD sono l'effetto serra (CO₂ equivalente), la formazione di ossidanti fotochimici (C₂H₄ equivalente) che incidono sugli equilibri nella troposfera, l'acidificazione (SO₂ equivalente) che misura il contributo alla creazione di piogge acide, nonché l'eutrofizzazione (PO₄ equivalente) che è causa dell'eccessivo accrescimento di piante nei bacini idrici.

Questo calcolo non è rimasto fine a se stesso, ma è servito per sviluppare una serie di misure di riduzione e compensazione di tali emissioni al fine

di rendere le operazioni di pulizia davvero sostenibili. Dopo la misurazione, infatti, sono state poste in campo alcune azioni per ottimizzare e rendere più efficiente il servizio di pulizia.

Inoltre, per neutralizzare i gas climalteranti responsabili dell'effetto serra (CO₂ equivalente), responsabili di un maggior impatto ambientale rispetto alle altre tre categorie considerate, Markas ha posto in essere una serie di azioni di compensazione. Questo è avvenuto mediante un mix di interventi di forestazione compensativa in loco, con la piantumazione di alcuni alberi nel cortile dell'Ospedale di Desenzano, nonché a livello nazionale e internazionale. Il totale delle emissioni che si riuscirà a neutralizzare mediante l'insieme di azioni di compensazione è di 92 tonnellate di CO₂eq, pari al totale delle emissioni di gas serra collegate ad un anno di servizio di pulizie svolto presso l'Ospedale di Desenzano del Garda.

Il Workshop sul servizio di pulizie a impatto zero al Congresso ANMDO intende illustrare la best practice messa in atto da Markas in collaborazione con Rete Clima presso l'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda, al fine di rendere il servizio di pulizia davvero "green".

www.markas.it

Resistenza agli antibiotici: le conseguenze per le sale operatorie

L'Organizzazione Mondiale della Sanità lancia l'allarme sul fenomeno della resistenza dei batteri agli antibiotici. Finora la minaccia della resistenza dei batteri agli antibiotici è stata sottovalutata. Nell'ambito della chirurgia protesica e negli interventi di ortopedia, neurochirurgia, oncologia e trapianti d'organo la norma UNI 11425 pone l'obbligo della classe ISO 5 in sala operatoria: devono cioè essere protetti il tavolo operatorio, il tavolo porta-strumenti e il deposito sterile. La normativa UNI 11425 deve comunque essere applicata per tutti gli interventi complessi di durata superiore ai 60 minuti. La maggior parte delle sale operatorie presenta cariche batteriche troppo elevate durante l'intervento chirurgico favorendo infezioni gravissime che possono essere trattate solo con antibiotici selezionatissimi e costosissimi. Quindi la sola profilassi antibiotica non è più sufficiente per impedire in modo efficace un'infezione. Diversi ospedali italiani hanno testato l'efficacia di un flusso laminare focalizzato, la cui peculiarità

è di essere mobile, non avere costi di installazione ed essere utilizzato immediatamente, portando la sala operatoria in classe ISO 5, prevista dalla norma UNI EN ISO 11425 2011. Si abbate la carica batterica sul campo operatorio e sugli strumenti fino al 95%. Il paziente è meno esposto ai batteri anche durante lunghissimi interventi e si riduce drasticamente il rischio di un'infezione intraoperatoria. L'unità mobile TOUL offre un flusso d'aria ultra pulita per la sala operatoria ad una frazione del costo

dei dispositivi tradizionali -montati a soffitto- per adeguare le sale operatorie alla normativa ISO 5. L'unità mobile TOUL può essere trasportata ed installata in qualsiasi sala operatoria in soli pochi minuti senza interferire con il sistema di ventilazione pre-esistente. TOUL, flusso laminare mobile, è dotato di un sistema di tracciabilità per la medicina difensiva. In Svezia, con l'introduzione del sistema TOUL, il tasso di infezione è passato dal 3% a meno dello 0,5%. www.normeditec.com



Il monitoraggio igienico in ambiente ospedaliero

Verificare il livello igienico delle superfici, degli utensili e degli ambienti è essenziale quando si opera in ambienti ad alto rischio igienico come ospedali, ambulatori, case di cura, mense ecc..

Da sempre ci si è basati sui tamponi microbiologici per ottenere le informazioni sul livello igienico dell'ambiente, ma questo dato è disponibile solo alcuni giorni dopo l'effettuazione del tampone. Per ottenere un'informazione rapida e precisa si sta rapidamente diffondendo il Test dell'ATP effettuato utilizzando un lettore (il bioluminometro) e i relativi tamponi monouso. Il test dell'ATP individua la presenza di questa molecola sulle superfici campionate ed è quindi il metodo migliore per valutare la presenza di sostanze organiche su superfici, oggetti, tessuti e tutto quanto possa venire a contatto con il paziente o con l'operatore sanitario.

In particolare il bioluminometro modello EnSURE è uno strumento versatile che offre la risposta a tutte le esigenze di monitoraggio in ambiente ospedaliero. Utilizzando i

diversi tamponi di cui è corredato, si possono monitorare superfici particolarmente critiche come le sale operatorie, i ferri chirurgici, le stanze di degenza ma anche ambienti a basso rischio quali corridoi o sale d'attesa. Normalmente il bioluminometro viene utilizzato con i tamponi UltraSnap per la verifica dello stato igienico delle superfici. Ma quando gli ambienti sono particolarmente a rischio si utilizzano i tamponi SuperSnap ad alta sensibilità in quanto sono dotati di una soglia di rilevabilità pari a 0,5 femtomoli di ATP. La stessa sensibilità è garantita utilizzando gli innovativi tamponi EndoSwab che forniscono una risposta immediata e sicura del livello igienico delle cavità degli apparecchi per endoscopia. Il software di raccolta ed analisi dati, fornito a corredo dello strumento, semplifica le operazioni di monitoraggio e di successivo controllo delle criticità da parte dei responsabili del settore. Inserendo il bioluminometro in un programma di prevenzione si ha la possibilità di visualizzare e riconoscere in tempo reale i rischi di contaminazione. I tamponi SuperSnap utilizzati in associazione con il luminometro EnSURE producono valori in linea con gli standard di accettabilità ANMDO/CERMET in ambito ospedaliero.

www.rgstrumenti.it





PULIZIE & SANIFICAZIONI A PROVA DI PAZIENTE

La pulizia degli ambienti dove ci si prende cura degli ammalati o delle persone non autosufficienti è doppiamente importante. Le buone condizioni igieniche sono, infatti, la prima barriera contro le infezioni e il primo indicatore di qualità del servizio sanitario percepito dai pazienti.

Il know how di Coopservice, maturato in oltre trent'anni di attività, offre in proposito le più ampie garanzie, in virtù di una sperimentata gamma di servizi progettati a misura del committente e forniti anche nelle modalità *global service* e *project financing*.

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

Negli ospedali, nelle cliniche, nelle case di riposo, Coopservice è in grado di risolvere qualsiasi problema d'igiene, come dimostra l'esperienza acquisita nella pulizia e sanificazione di ogni tipo di ambiente, compresi i comparti che richiedono interventi di alto profilo, come le sale operatorie. Svolti secondo procedure rigorose, i servizi prestati da Coopservice sono sottoposti a costanti controlli di risultato da parte del committente, attraverso analisi strumentali e di laboratorio.

COOPSERVICE. MOLTO PIÙ DI UN SEMPLICE FORNITORE





QUAL È LA DIFFERENZA TRA PULIZIA E... PULIZIA ORGANIZZATA?



Ospedali, ambulatori, case di cura. Nel settore della sanità, la pulizia non è un optional: qui competenza, tecnologia e organizzazione fanno la differenza. **Kärcher ECO!Manager** è il programma che ottimizza i processi di gestione del cleaning. Grazie ad ECO!Manager è possibile acquisire, organizzare e monitorare informazioni su aree, attrezzature e servizi, ovunque e in qualsiasi momento.

Qual è la differenza tra pulizia e... **pulizia organizzata**? Kärcher ECO!Manager è la risposta. **Le soluzioni Kärcher fanno la differenza.**

 **KÄRCHER**

makes a difference