

FINANZIAMENTO

Conti 2007 a prova di equilibrio

Razionalizzazione della spesa, gestione centralizzata degli acquisti e controllo delle prescrizioni farmaceutiche. È la strategia in tre mosse della Regione per raggiungere il difficile obiettivo dell'equilibrio delle risorse.

SERVIZIO A PAGINA 3

RICOVERI

Ospedali tra gestione e territorio

Assistenza ad alta intensità terapeutica all'ospedale di Foligno che garantisce al paziente "tutor" sia medici che infermieristici. E a Terni si crea una Unità di valutazione per decidere gli interventi sul territorio dopo il ricovero.

SERVIZI ALLE PAGINE 4 E 5

MODELLI

Risk management salva gli errori

Realizzato presso l'Asl di Città di Castello un Centro interaziendale per la gestione del rischio clinico che ha prodotto strumenti di analisi e indicazioni utili al controllo e alla prevenzione degli errori legati alla pratica medica.

SERVIZIO A PAGINA 6

PROGRAMMI

La strategia regionale: operatori del settore e cittadini sempre più informati

Comunicare migliora la salute

No ad approcci ragionieristici: obiettivo prestazioni appropriate e di qualità

La comunicazione tra cittadini, amministratori e organizzazioni sanitarie è condizione essenziale per affrontare efficacemente i problemi di salute e di assistenza sanitaria, al pari delle competenze tecnico-professionali degli operatori. Hanno dunque rilevanza strategica le funzioni di diffusione dell'informazione scientifica e di comunicazione in campo sanitario, il sostegno alle reti di promozione della salute, i programmi e i metodi per la formazione continua nel sistema sanitario regionale, la documentazione, in particolare sulle tecnologie innovative. Ed è in questa cornice che si colloca l'iniziativa editoriale voluta dalla Regione Umbria, in collaborazione con «Il Sole-24 Ore Sanità», che si concretizza in una pubblicazione informativa di otto pagine dedicata alla Sanità umbra da distribuire, trimestralmente, unitamente alla testata settimanale, a un preciso target di lettori.

L'obiettivo è di far conoscere a istituzioni, operatori del settore e cittadini tutte le attività, specie di carattere innovativo, che si stanno svolgendo in Umbria sul fronte sanitario e della ricerca, di far crescere lo scambio di informazioni, di ampliare il campo della comunicazione, con approfondimenti e spunti di discussione su una materia che è in rapporto diretto con la qualità della vita delle persone.

D'altra parte, nell'approccio alla salute la Regione Umbria ha da tempo ribadito i principi dell'universalismo e della globalità dell'intervento, sulla base delle caratteristiche cliniche e delle necessità assistenziali dei cittadini, in modo da assicurare assistenza di elevata qualità, con servizi adeguati ed efficaci. Questo perché in Umbria si è messa al centro delle politiche sanitarie la persona, rifuggendo da qualsiasi approccio di tipo "ragionieristico", consapevoli che quando si parla di salute si parla di un diritto inalienabile.

In questi anni abbiamo inoltre lavorato per garantire appropriatezza delle prestazioni, contenere la spesa, razionalizzare e innovare la rete ospedaliera regionale, investire su nuove tecnologie di cura e diagnostica, potenziare i servizi territoriali e di prevenzione. Uno sforzo e un impegno che hanno premiato l'Umbria, consentendole di essere tra le Regioni italiane "virtuose" in Sanità. Le risorse assegnate all'Umbria per il 2007 con il riparto del Fondo sanitario nazionale dovrebbero consentire di proseguire sulla strada di garantire un servizio di qualità equo e universalistico e di continuare l'azione di qualificazione, razionalizzazione e rigore della spesa, senza alcun inasprimento fiscale per i cittadini.

Si vuole infine sottolineare che nel "Patto per la salute" siglato da Governo e Regioni si intende rivalutare il costo dei livelli essenziali di assistenza, assicurare l'appropriatezza dei ricoveri, elevare gli standard sanitari e riprendere gli investimenti nelle tecnologie. Infine, vanno ricordati gli accordi con i medici di famiglia per garantire ai cittadini servizi sempre più efficienti e la costituzione della Società consortile per la gestione integrata di funzioni tecnico-amministrative in materia di Sanità pubblica; tale consorzio sarà trasformato in agenzia per l'integrazione e la gestione delle aziende sanitarie regionali, denominata Agenzia Umbria Sanità.

Siamo quindi convinti che anche questa nuova esperienza editoriale attivata dalla Regione Umbria con «Il Sole-24 Ore Sanità» possa contribuire in modo efficace ad alimentare il dibattito sulle più rilevanti questioni legate alla Sanità in Umbria e che possa offrire spunti interessanti per ulteriori azioni e approfondimenti.

Maurizio Rosi
Assessore alla Sanità
Regione Umbria



Una Regione piccola, ma con una salute grande e un cuore gonfio di solidarietà. E un'organizzazione sanitaria che, nonostante la scarsità di fondi e le spese che crescono, non cade nel baratro del deficit e chiude i bilanci a testa alta. Questa, in sintesi, la situazione del Servizio sanitario dell'Umbria, la Regione italiana con la fiscalità più bassa e che non tocca bolli auto, addizionali e accise per far quadrare i conti, soprattutto quelli sanitari, come accade ormai praticamente in tutte le altre Regioni. Ma non per questo l'Umbria non è in grado di aggiungere ri-

Un cuore gonfio di solidarietà

sorse a quelle che arrivano nelle casse regionali dal Fondo sanitario. Da sei anni ormai, la Regione accede ai fondi comunitari, rimpinguando così i suoi bilanci, senza pescare nelle casse locali o nelle tasche dei suoi cittadini. Conti a posto, quindi, e nessuna emergenza economica. Ma un'attenzione particolare alla salute della sua popolazione, anche attraverso una continua fucina di sperimentazioni gestionali per migliorare organizzazione

e assistenza. L'Umbria, inoltre, è tra le poche Regioni ad avere un occhio particolare verso il sociale e nella Regione la parola "integrazione sociosanitaria" non è una cenerentola, ma una realtà che consente ai cittadini di utilizzare servizi e strutture senza problemi, a tutte le età e in qualunque condizione economica si trovino. Ospedali a posto e che, anzi, migliorano le strutture e l'operati-

vità offrendo agli assistiti tutti i livelli di assistenza possibili: chirurgia ambulatoriale, day hospital, day surgery e week surgery, che affiancano le prestazioni ordinarie di ricovero. Un territorio che punta alla qualità, tenendo alto il livello delle dotazioni minime perché pubblico e privato siano all'altezza delle aspettative e della qualità del servizio. Una Sanità in salute, quindi, che altro non chiede se non di essere "comunicata" a cittadini e operatori. Perché ne possano essere anche orgogliosi. (Red.San.)

QUALITÀ

Il "bollino di garanzia" ai centri è concesso solo se è applicata la normativa Iso

Accreditamento, la via regionale

In una "check list" l'elenco delle doti minime e dei miglioramenti attesi

Se da una parte la Regione si è preoccupata di formare i valutatori e i facilitatori di qualità, dall'altra, insieme all'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr), ha cercato di delineare un modello umbro di accreditamento.

Tale modello prende come riferimento:

- il Dpr 14/01/1997: «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private»;
- le norme Uni En Iso 9001:2000 e 9004:2000, applicate al settore sanitario.

Un modello che si concretizza con l'emanazione del Regolamento regionale 3 del 31/07/2002, «Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie» mediante il quale la Giunta dà seguito a quanto stabilito dalla normativa nazionale citata nonché dall'art. 25 della Lr 20/01/1998, n. 3.

In particolare, il Regolamento fissa all'art. 2 i criteri per la concessione dell'accREDITAMENTO. Lo status di soggetto accreditato rappresenta quindi il presupposto necessario ma non sufficiente per erogare prestazioni in assenza di uno specifico accordo e/o contratto con il Ssr (art. 8-quater, comma 2, Dlgs 229/1999). L'art. 3 prevede la fissazione dei requisiti ulteriori oltre quelli minimi necessari per l'autorizzazione sanitaria, mentre l'art. 4 definisce il percorso per ottenere l'accREDITAMENTO istituzionale. Il Regolamento individua all'art. 5 l'organo tecnico denominato «Nucleo di valutazione per l'accREDITAMENTO» di cui si avvale la direzione regionale per valutare i risultati. L'art. 7 prevede la possibilità di concedere l'accREDITAMENTO con prescrizioni, specificando i tempi di adeguamento delle strutture prevedendo il riesame (art. 8), la vigilanza, la sospensione e la revoca (art. 9). La validità dell'accREDITAMENTO è triennale e non può essere tacitamente rinnovata (art. 10). È prevista infine la pubblicazione sul Bur dell'elenco dei soggetti accreditati.

Con Dgr 570 del 07/05/2003 «Approvazione del modello operativo per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie» è stata quindi prevista l'istituzione del Centro regionale per l'accREDITAMENTO

LE ORIGINI

Dal Dlgs 502/1992 alla sperimentazione locale: ecco il percorso per definire un modello efficace

L'istituto dell'accREDITAMENTO nasce in Italia nel 1992 con la riforma del Sistema sanitario nazionale (Dlgs) e viene ulteriormente definito e dettagliato nel 1999, con il Dlgs n. 229/1999, all'articolo 8-quater.

Elemento fondamentale è stato la pubblicazione del Dpr 14/01/1997, «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private» che ha segnato il momento formale di partenza della realizzazione del processo di accREDITAMENTO delle strutture sanitarie in contesto nazionale.

Dopo l'emanazione di tale atto, alcune Regioni si sono messe al lavoro per definire i "requisiti ulteriori".

La Regione Umbria affronta il problema "AccREDITAMENTO istituzionale" con legge regionale n. 3 del 1998 che all'art. 25 (AccREDITAMENTO) così recita:

1. la Giunta regionale, ai fini dell'accREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private, ...omissis ... definisce con proprio atto i requisiti ulteriori, sulla base dei seguenti criteri:

a) coerenza con le scelte del-

la programmazione regionale, sulla base della domanda di salute espressa dalla popolazione di riferimento e del livello di offerta esistente per le varie tipologie di prestazioni;

b) adeguatezza qualitativa e quantitativa delle dotazioni strumentali, tecnologiche e amministrative;

c) equilibrio tra volume di prestazioni erogabili e potenzialità della struttura;

d) congruità delle professionalità presenti con la tipologia delle prestazioni erogabili;

e) presenza di un sistema informativo connesso con quello del Servizio sanitario regionale e conforme alle specifiche regionali;

f) presenza di un idoneo sistema per il controllo e il miglioramento continuo della qualità.

Operativamente, il percorso di accREDITAMENTO della Regione Umbria si avvia nel 1999 con l'adesione al Programma speciale ex art. 12, Dlgs 502/1992, promosso dal ministero della Sanità e reso operativo dall'Agenzia sanitaria regionale della Regione Emilia Romagna quale responsabile della gestione e sede di sperimentazione: «Sviluppo e sperimentazione di metodologie per la qualificazione di valutatori idonei a svolgere attività di verifica delle strutture sanitarie

a scopo di accREDITAMENTO e ad affiancare in qualità di esperti tecnici di settore valutatori di sistemi qualità per la certificazione».

Il percorso prosegue con l'approvazione da parte della Giunta regionale del progetto "Qualità Sanità Regione Umbria" (con delibera n. 218 del 29/02/2000) il cui obiettivo è quello di mettere a punto una serie di iniziative e di interventi al fine di rilasciare le "Autorizzazioni" e gli "AccREDITAMENTI" alle strutture sanitarie regionali.

Le principali aree di intervento del progetto sono l'individuazione di un modello di riferimento appropriato, di uno schema organizzativo di funzionamento delle attività di autorizzazione e di accREDITAMENTO e l'attività di formazione generale sui temi della qualità non solo dal punto di vista del settore sanitario (Iso 9000 - Tqm), ma anche per selezionare le figure idonee a effettuare verifiche ispettive. Stante i risultati positivi conseguiti, la Giunta regionale delibera di istituire un laboratorio permanente per la Qualità in Sanità.

Nel 2002 si avvia quindi la seconda parte del progetto ministeriale, con la formazione dei facilitatori di qualità per l'accREDITAMENTO.

composto da una società di certificazione dei sistemi di qualità in Sanità (accREDITATA Sincert per il settore Ea 38), dai valutatori di qualità formati dalla Regione e dal coordinamento affidato al Servizio accREDITAMENTO e valutazione di qualità. La società di certificazione è risultata essere, mediante gara, Cermet Scarl di Bologna, alla quale è stata affidata la gestione delle attività di verifica.

Il modello operativo prevede:

- pre-audit: verifica finalizzata a valutare lo "stato dell'arte" delle strutture sanitarie rispetto ai requisiti richiesti al fine di consentire alle strutture di programmare e attuare le opportune azioni correttive e/o preventive per l'accREDITAMENTO. Tale verifica preliminare non ha alcun effetto sull'accREDITABILITÀ della struttura;
- audit di accREDITAMENTO: verifica finalizzata alla valutazione della rispondenza della struttura ai requisiti previsti per la concessione dell'accREDITAMENTO e alla rilevazione delle eventuali non conformità;
- post-audit: verifica finalizzata alla valutazione dell'attuazione delle eventuali azioni correttive approvate dal Servizio accREDITAMENTO e valutazione di qualità.

Con la Dgr 1991 del 15/12/2004 sono stati infine approvati la "check list" generale e il disciplinare. La "check list", di tipo aperto, è strutturata in due parti:

- generale: composta dai requisiti minimi ex Dpr 14/01/97 e dai requisiti ulteriori ex Uni En Iso 9001:2000, aggregati secondo l'ordine dei paragrafi della suddetta norma;
- appendice alla "check list" generale, «check list di misura della propensione al miglioramento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Umbria»: costituita dai requisiti per il miglioramento ex Uni En Iso 9004:2000, aggregati in relazione agli 8 principi di gestione della qualità.

Il disciplinare stabilisce invece fasi e regole principali per la concessione dell'accREDITAMENTO istituzionale. Oltre a quanto già previsto dal Rr 3/2002, sono definiti:

- 1 i ruoli e le responsabilità dei principali attori del sistema:
 - la società di certificazione Cermet a cui sono affidati programmazione, pianificazione e gestione degli audit e il monitoraggio e la valutazione della messa in atto delle eventuali azioni correttive;
 - il Ssr che mantiene la piena responsabilità dell'intero processo di accREDITAMENTO: rilascio, manutenzione, revoca;

2 le fasi del processo: domanda di accREDITAMENTO istituzionale corredata dalla check list generale di autovalutazione interamente compilata dalla struttura richiedente; verifica documentale; verifiche di pre-audit, audit e post-audit;

3 le modalità di svolgimento delle suddette verifiche;

4 le tipologie delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accREDITABILI: ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali, di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno, termali.

Antonio Perelli

Dirigente Servizio AccREDITAMENTO e valutazione qualità Direzione Sanità e servizi sociali Regione Umbria

L'OBIETTIVO CENTRATO

Un sistema che "gira" in tutte le strutture

Le peculiarità del modello umbro sono:

- l'aggregazione dei requisiti minimi del Dpr 14/01/1997 con i requisiti delle norme Uni En Iso 9001:2000 e 9004:2000;
- l'utilizzo di un linguaggio confidente con il mondo sanitario;
- l'orientamento delle organizzazioni verso il miglioramento continuo;
- la partecipazione attiva dei valutatori formati

dalla Regione con la formula dell'addestramento sul campo durante le verifiche di pre-audit e di audit;

- la garanzia dell'applicabilità del modello a tutti i presidi sanitari, anche di piccola dimensione;
- adozione del pre-audit;
- adozione di un sistema di verifica di parte terza;
- induzione di una base di cultura omogenea della qualità in Sanità.

IL BILANCIO

Privati, primi a tagliare il traguardo

La situazione attuale umbra è la seguente:

- disponibilità di valutatori di qualità in Sanità qualificati Cepas e di facilitatori di qualità delle aziende sanitarie regionali formati dalla Regione Umbria;
- presenza del nucleo di valutazione per l'accREDITAMENTO;
- adozione di una check list generale "aperta", non di tipo "on/off", per consentirne l'utilizzo nei diversi presidi sanitari regionali;
- presenza del Centro regionale per l'accREDITAMENTO istituzionale, afferente alla Direzione regio-

nale Sanità e servizi sociali, composto da un organismo di certificazione dei sistemi qualità in Sanità accREDITATO Sincert, il Cermet Scarl, dai valutatori di qualità formati dalla Regione e dal Servizio regionale accREDITAMENTO e valutazione di qualità con funzioni di coordinamento.

Il procedimento, avviatosi operativamente nel dicembre 2005 vede a oggi la richiesta di accREDITAMENTO di circa 50 strutture private tra cui laboratori di analisi, ambulatori e poliambulatori, strutture psichiatriche, strutture per disabili e per tossico-di-

pendenti, strutture per anziani e residenze protette. Delle suddette strutture 25 sono state visitate dall'organismo di certificazione per la fase di pre-audit e di queste 7 hanno già concluso la prima parte dell'iter con l'audit di accREDITAMENTO.

Per quanto attiene alle strutture pubbliche, anche a fronte del rinnovamento strutturale dei nosocomi pubblici, sono in fase di definizione le verifiche di pre-audit per alcuni "servizi ospedalieri trasversali" quali laboratori di analisi, radiologie, farmacie interne e servizi trasfusionali.



direttore responsabile
ELIA ZAMBONI

coordinatore editoriale
Roberto Turno

Allegato al n. 23
del 12-18 giugno 2007

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98

Stampa: Centro stampa editoriale
Via del Lavoro, 18
Grisignano di Zocco (Vi)

STRUMENTI
Dalla Finanziaria 2007 fondi centellinati al Ssr per il prossimo biennio

Risorse, la sfida dell'equilibrio

Spesa per la salute a quota 1,5 miliardi nel 2006 - Personale: costi lievitati

Per formulare un giudizio sul livello di finanziamento del triennio 2007-2009 riteniamo utile, in primo luogo, fare un quadro delle risorse messe a disposizione del Servizio sanitario regionale (Ssr) analizzando l'andamento dei finanziamenti assegnati a partire dal 2002 (grafico 1).

Gli incrementi maggiori si sono verificati negli anni 2003 e 2004 grazie agli ulteriori stanziamenti destinati a quegli esercizi riconosciuti dalle Finanziarie 2005 e 2006 a fronte dell'evidente sottofinanziamento del sistema previsto dall'accordo dell'8 agosto 2001. Il minimo del periodo si tocca invece nel 2006 che, nonostante l'ulteriore quota di circa 30 milioni di euro assegnata dalla Finanziaria 2007, supera di poco il 3% di incremento. Lo sforzo fatto dalla Finanziaria 2007 per il biennio 2006-2007 è comunque significativo, avendo in particolare per il 2007 garantito un incremento che mette l'Umbria in grado di far fronte all'incremento previsto per i costi di produzione.

Per spingere la previsione all'intero periodo coperto dalla Finanziaria 2007, nel grafico 2 si mette a confronto l'incremento annuale medio del finanziamento del triennio 2002-2004 con quello del triennio successivo 2005-2007, che può ormai ritenersi definitivo, con l'incremento annuale medio previsto per il 2008-2009. Appare evidente che il finanziamento del prossimo biennio rende problematico il raggiungimento dell'equilibrio dei conti regionali.

È vero che la Finanziaria 2007 aggiunge al finanziamento una manovra tesa a garantire al Ssn risparmi per complessivi 2 miliardi l'anno, tuttavia non è evidente in che misura i provvedimenti previsti, toccheranno l'Umbria.

Si tratta infatti di un rimborso per lo sfondamento della spesa farmaceutica oltre la soglia fissata del 13%, ma non è chiaro come agirà per Regioni come la nostra, che già rispettano il parametro e che d'altra parte hanno una spesa significativa per la distribuzione diretta. Come è noto inoltre, la manovra del ticket sulle ricette delle prestazioni specialistiche è stata sospesa e non è possibile valutare il gettito che avremo complessivamente tra ciò che abbiamo già incassato e ciò che avremo in sostituzione. Bisogna, tra l'altro, tenere conto che l'incremento annuale medio del finanziamento per il periodo preso in esame, è risultato insufficiente per la maggior parte delle Regioni, che hanno dovuto integrare le risorse statali, ricorrendo all'imposizione di tasse e ticket. La possibilità di mantenere

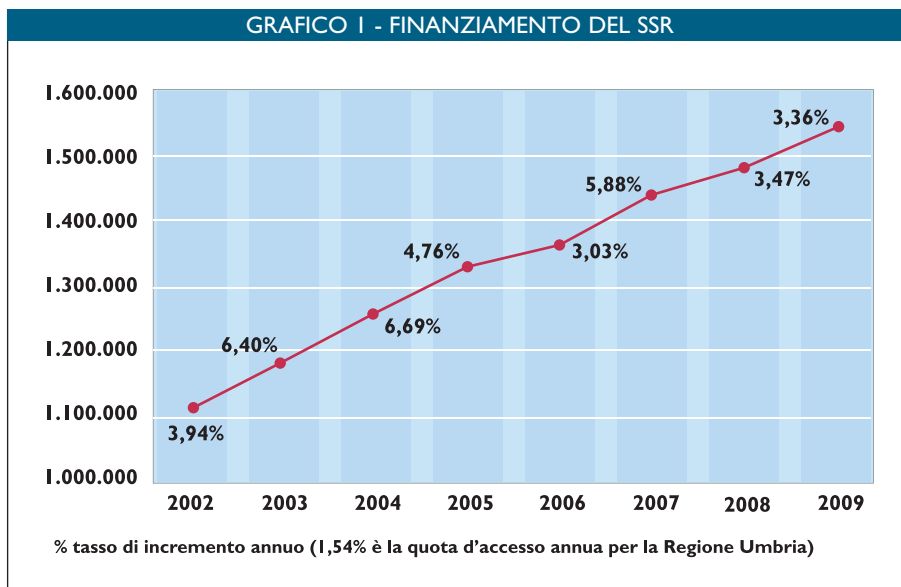
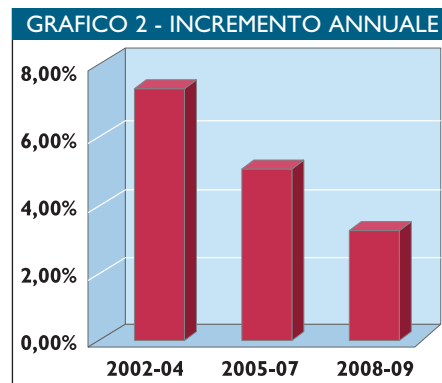


TABELLA 1 - PESATURA ASSISTENZA

LIVELLO OSPEDALIERO	2003	2006
Quota capitaria pesata	40%	22%
Quota capitaria secca	5%	22%
TOTALE	45%	44%



l'equilibrio è legata anche ai criteri che verranno utilizzati per la ripartizione fra le Regioni delle risorse destinate al Ssn.

Negli ultimi anni l'Umbria ha ricevuto una quota pari all'1,54% del finanziamento complessivo a fronte di una incidenza della propria popolazione rispetto al totale nazionale dell'1,47 per cento. Il riconoscimento dei maggiori costi che caratterizzano le popolazioni più anziane, si traducono per l'Umbria in un incremento dell'assegnazione di circa 60 milioni di euro, che a malapena riescono a coprire il maggiore carico assistenziale.

Si assiste però negli anni a una progressiva erosione del peso attribuito alla popolazione anziana che rischia di pregiudicare il già difficile equilibrio fino a oggi conseguito dall'Umbria.

Nella tabella 1 è riportato il confronto fra il criterio di pesatura adottato nella ripartizio-

ne delle risorse fra le Regioni nel 2006 rispetto al 2003. Come si vede c'è una drastica riduzione della componente pesata per età, nonostante la maggiore frequenza di ricoveri delle popolazioni anziane sia un dato incontrovertibile.

In realtà l'accordo fra le Regioni per l'assegnazione dei fondi 2006 si è raggiunto solo sulla base di un riequilibrio "fuori modello" utilizzando le ulteriori risorse messe a disposizione dalla Finanziaria per gli esercizi pregressi. Tale riequilibrio ha riportato l'Umbria alla quota dell'1,54% come negli anni precedenti.

Un livello di finanziamento peraltro confermato anche per il 2007, ma l'accordo fra le Regioni non sembra possa proiettarsi definitivamente anche agli esercizi futuri.

La spesa del Servizio sanitario umbro am-

monterà nel 2006 a circa 1,5 miliardi. L'analisi del trend registrato negli ultimi anni dalle tre principali componenti della spesa ci consente di effettuare una proiezione sugli esercizi futuri.

La voce di spesa più rilevante è rappresentata dal "Costo per il personale", per il quale solo l'applicazione dell'ultimo Contratto collettivo nazionale 2002-2005 ha comportato un incremento del costo superiore al 4% annuo.

Inoltre, la convenzione con i medici di medicina generale, che fa registrare incrementi analoghi a quelli del personale dipendente, e le convenzioni con i privati, che pesano particolarmente, per le prestazioni di assistenza rese alle persone non autosufficienti e, perciò, legate all'invecchiamento della popolazione, risultano in notevole espansione e fanno crescere la voce relativa alla spesa per "Prestazioni in convenzione" all'interno della quale sono ricompresi.

L'"invecchiamento" della popolazione influenza anche l'incremento registrato dalla voce "Beni e servizi" che, insieme ai prodotti innovativi offerti dal settore farmaceutico e tecnologico, hanno determinato un incremento di questa voce superiore al 6% all'anno.

Da quanto sopra esposto risulta arduo rimanere entro il limite del 3% mantenendo alto il livello e la qualità delle prestazioni. La Regione Umbria sta comunque rafforzando le misure di razionalizzazione della spesa già messe in atto.

Tra queste particolarmente efficace è risultato il sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche caratterizzato da alta qualità, completezza e tempestività della raccolta dei dati e da un modello di analisi che, oltre a effettuare valutazioni sia a livello regionale che aziendale, permette di esaminare il comportamento prescrittivo del singolo medico.

Tale strumento è risultato fondamentale per la messa a punto delle misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica e di promozione dell'impiego appropriato dei farmaci che ci hanno permesso di conseguire i migliori risultati fra le Regioni italiane. Nel corso del 2006 è stata costituita inoltre una società consortile tra le aziende sanitarie regionali per la gestione centralizzata degli acquisti, della logistica e delle altre funzioni di supporto.

Paolo Di Loreto

Direttore
 Direzione regionale Sanità e servizi sociali
 Regione Umbria

Controlli

Stretta sulle prescrizioni farmaceutiche

FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Bilancio Formez su cinque anni di Ecm: in Regione un sistema «maturo»

La ricerca svolta dal Formez, a cinque anni dall'inizio del programma nazionale sperimentale di Educazione continua in medicina, ha evidenziato, nel mettere a confronto i modelli di formazione continua impostati dai differenti assessorati alla Sanità, come la Regione Umbria presenti un sistema Ecm "maturo" e autosufficiente.

Tale sistema è stato avviato con il Psr, documento attraverso il quale la Regione ha riconosciuto nella risorsa umana il ruolo propulsivo per il rinnovamento del Ssr. Da qui la scelta di investire risorse nella formazione, considerata elemento strategico e funzionale alla realizzazione degli obiettivi di salute.

Il sistema Ecm della Regione Umbria parte da una scelta di campo, quella cioè di garantire qualità e trasparenza del sistema stesso, con lo scopo di mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità degli operatori della Sanità per supportare lo sviluppo del governo clinico, e quella di investire sul pubblico prendendo in considerazione quali provider le aziende sanita-

rie, l'Università di Perugia, l'Istituto zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche, l'Arpa, la Scuola regionale di Sanità.

Nella costruzione del sistema sono stati coinvolti non solo esperti, con la costituzione della Commissione regionale Ecm, ma anche tutti i professionisti (Comitato tecnico consultivo permanente delle professioni sanitarie).

Il sistema è stato informatizzato ed è stato reso accessibile tramite il sito web della Regione, attraverso il quale è possibile accreditare eventi e progetti e permettere la diffusione di informazioni sia agli utenti in generale che agli operatori designati dai soggetti provvisoriamente accreditati che fanno parte della rete del sistema Ecm.

Sono state realizzate e accreditate le diverse tipologie formative: residenziale, sul campo, a distanza e integrata; in particolare la metodologia Fad (formazione a distanza) ha permesso di raggiungere un ampio numero di discenti, anche di fuori regione, e di contenere i costi della formazione in virtù dell'abbattimento delle spese

legate all'organizzazione formativa.

Tale scelta ha permesso alle aziende sanitarie umbre di assumere la funzione di governance della formazione nel proprio territorio attraverso la creazione di un sistema aziendale di formazione che tenga conto delle esigenze dei servizi e dei diversi operatori.

L'offerta formativa Ecm della Regione Umbria, incentrata in questa fase, prettamente su contenuti di integrazione socio-sanitaria, epidemiologia e qualità dei servizi, ha interessato quasi la totalità degli 11.000 operatori sanitari presenti nel territorio regionale, consentendo agli stessi di acquisire i crediti previsti annualmente dalla Commissione nazionale Ecm. Il passaggio, a livello nazionale, dalla fase sperimentale del sistema Ecm a una messa a regime dello stesso, dovrà tenere conto delle esperienze maturate a tutt'oggi da parte delle Regioni riconoscendo alle stesse il ruolo di attori fondamentali del sistema.

Alesiana Coltorti

MODELLI

La nuova struttura ha rivisitato l'offerta delle aree chirurgica e medica

Foligno riorganizza le degenze

In sperimentazione l'assistenza "high care" affidata a un team di specialisti

Il progetto del nuovo ospedale San Giovanni Battista di Foligno, iniziato nel 1989, nasce dalla volontà di disattivare il vecchio ospedale posto all'interno della città e di creare un nuovo presidio dell'emergenza, ad alta specializzazione e ad alta tecnologia e digitalizzazione, secondo gli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale.

La scelta della progettazione a sviluppo orizzontale puntava a creare un basso impatto ambientale, la massima integrazione nel contesto urbanistico e a restituire un'immagine umana e accogliente rispetto a quella tradizionale dell'ospedale a sviluppo verticale.

Il risultato ottenuto sia dal punto di vista architettonico che funzionale appare decisamente pregevole.

La disponibilità di una nuova struttura, evento non frequente nella vita professionale di ciascun operatore, ha obbligato a ripensare il modello di ospedale, ovviamente non limitando la visione agli aspetti architettonici o tecnologici, ma definendone un modello organizzativo che persegua percorsi di innovazione organizzativa e tecnologica, per soddisfare le necessità della persona e della comunità privilegiando i livelli assistenziali più appropriati in relazione all'intensità delle cure.

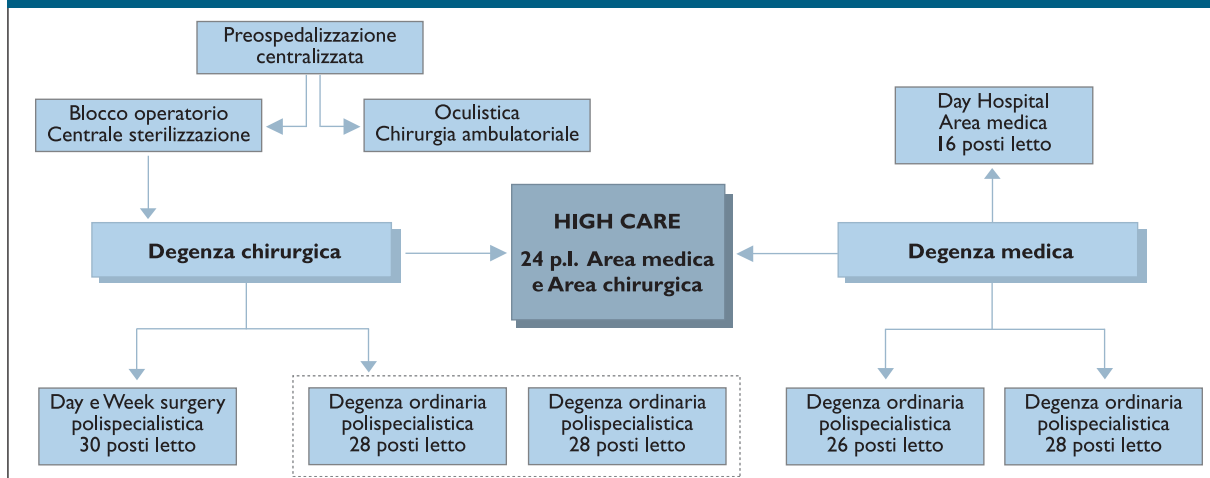
Purtroppo non esistono soluzioni pronte, indifferentemente esportabili da una realtà all'altra; ogni soluzione è ideale se tiene conto del contesto in cui deve operare e dell'insieme di variabili che lo compongono.

La prima innovazione nasce dalle possibilità offerte dalla nuova struttura e punta a ottenere una separazione netta dei percorsi tra pazienti non ricoverati e visitatori dal paziente ricoverato: ● i servizi per gli utenti esterni sono collocati al piano terra e comprendono l'informazione, le diagnostiche, gli ambulatori specialistici, l'Urp, oltre a spazi pubblici, bar, negozi, servizi bancari; ● il primo piano funge da fascia di protezione delle degenze e prevede la direzione sanitaria, i servizi amministrativi, gli studi medici, i laboratori; ● il secondo e terzo piano accolgono gli spazi di degenza, le sale operatorie, il blocco parto, le terapie intensive.

Nel sistema sanitario l'ospedale rappresenta l'elemento a maggiore criticità in cui alcuni aspetti richiedono un'attenzione particolare: pensiamo alla complessità dei flussi e dei percorsi della struttura, alla molteplicità delle professionalità, alla continua evoluzione tecnologica e procedurale, alle risorse consumate. Si può affermare, senza alcun dubbio, che il futu-



LA RETE RIVISITATA



ro dell'assistenza ospedaliera dovrà fare i conti con una differente e innovativa gestione del paziente che preveda la massima integrazione tra qualità, tecnologia, razionalizzazione delle risorse umane, ottimizzazione degli spazi.

In questo scenario si inseriscono i Piani sanitari di molte Regioni (soprattutto dell'Italia centrale) che affrontano il tema del governo clinico, ponendolo a modello del management sanitario.

In particolare, il Piano sanitario regionale dell'Umbria per il triennio 2003-2005 pone la promozione del governo clinico al centro dei suoi obiettivi di qualità e innovazione nella gestione della Sanità, intendendolo come strategia per la «costruzione di appropriate relazioni funzionali nelle aziende sanitarie tra le responsabilità cliniche e organizzative per migliorare la qualità dell'assistenza».

A oggi, all'interno dell'accezione di governo clinico sono collocati tutti gli strumenti concettuali e metodologici che fanno capo a una cultura dell'assistenza sanitaria basata sul continuo miglioramento della pratica professionale, sia relativamente ai suoi contenuti clinici che a quelli organizzativi.

In tale ambito, il Psr riferisce la pratica del governo clinico a un contesto organizzativo in cui devono attuarsi concretamente due principi fonda-

mentali: ● collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale; ● responsabilizzazione e partecipazione dei cittadini e degli operatori.

La nostra ipotesi di riorganizzazione punta a porre al centro dell'attenzione il paziente, sperimentando un modello organizzativo che si caratterizza per:

- centralità del governo clinico;
- sperimentazione di un organigramma basato su rapporti di tipo prevalentemente funzionale, anziché gerarchico;
- forme di collaborazione tra le varie unità operative che consentano di affrontare i problemi per processi assistenziali, intesi come sequenza integrata di attività;
- modello organizzativo basato sulla integrazione interprofessionale e multidisciplinare, secondo la logica del case management, in grado di garantire al paziente la qualità del servizio erogato;
- modello assistenziale per aree a intensità di cura omogenee.

Nel nuovo ospedale il modello assistenziale si estende a tutte le specialità medico-chirurgiche.

Organizzazione area medica delle specialità della clinica medica. Per l'area medica l'organizzazione della degenza si basa sulla multidisciplinarietà, scompaiono le nette distinzioni tra specialistiche. Il paziente viene ricoverato in degenza non solo in base alla patologia e quindi all'ambito

specialistico di appartenenza, ma per la sua collocazione si tiene conto in particolare delle condizioni cliniche da cui derivano le sue esigenze assistenziali. Per garantire i pazienti a maggiore complessità clinica è stata individuata un'unità ad alto grado di assistenza (high care), nell'ambito della quale il paziente viene gestito da un team di specialisti, a seconda delle problematiche presentate, attraverso una risposta assistenziale multidisciplinare. La tipologia dei pazienti che possono essere collocati in tale ambito viene definita da protocolli predisposti dai responsabili delle unità operative; possono essere previsti anche l'inserimento di pazienti di competenza chirurgica o post operati, che per la complessità delle loro patologie è preferibile gestire in collaborazione con lo specialista clinico.

Il concetto dell'high care si colloca tra l'Unità di terapia intensiva e il reparto di degenza tradizionale ed è stato suggerito anche nei sistemi sanitari anglosassoni, come strategia per promuovere una maggiore flessibilità sulla selezione dei pazienti, per accrescere l'accessibilità alle limitate disponibilità delle terapie intensive e per fornire un'alternativa valida a queste ultime sotto il profilo costo-efficacia.

Questa sperimentazione organizzativa si colloca in una stecca senza soluzione di continuità, in cui è possibile collocare quasi 100 pazienti e in cui operano 7 unità operative distinte:

- Medicina interna;
- Oncologia;
- Gastroenterologia;
- Pneumologia-Utir;
- Nefrologia;
- Neurologia;
- Medicina d'urgenza.

In questo modo la separazione virtuale tra le aree specialistiche permette una migliore condivisione delle problematiche presentate dal paziente; diventa quasi naturale interpellare il collega dell'altra branca specialistica per la discussione del caso o per definire ipotesi diagnostiche.

Organizzazione delle specialità chirurgiche. La riorganizzazione dell'offerta ospedaliera nell'area chirurgica è stata definita secondo il criterio della gradualità delle cure e dell'intensità terapeutica, diversificando il flusso dei pazienti chirurgici all'interno delle diverse modalità assistenziali: chirurgia ambulatoriale, day surgery, week surgery e chirurgia in regime ordinario. Anche in questo caso è stato possibile collocare 7 specialità chirurgiche differenti in un unico spazio che ha una potenzialità di circa 90 letti di degenza. Il paziente viene collocato in base al tipo di patologia e al tipo di intervento programmato e cioè in base alla durata prevedibile della degenza. Le unità operative interessate sono: chirurgia generale, chirurgia vascolare, urologia, ortopedia, otorino, ginecologia, maxillo-facciale, oculistica.

La stecca di degenza si articola quindi in un'area cosiddetta di degenza breve, che comprende il day surgery con degenza fino a 24 ore e la week surgery con degenza inferiore a 6 giorni, distinta da un'area in cui sono collocati pazienti che presentano condizioni cliniche tali che richiedono una degenza superiore ai 6 giorni. Tutte le aree hanno valenza multidisciplinare. L'area della degenza breve day-week surgery chiude il sabato alle ore 14.00.

Questa modalità organizzativa richiede una particolare attenzione alla programmazione degli interventi chirurgici; è necessario infatti per definire le liste operatorie conoscere e concordare la disponibilità dei letti di degenza e delle sedute operatorie.

In figura viene schematicamente riportato il nuovo modello organizzativo delle aree mediche e chirurgiche, con la descrizione dei diversi setting assistenziali, le relative dotazioni di posti letto e le loro relazioni interfunzionali.

A un anno dall'avvio del nuovo ospedale è difficile trarre conclusioni sul cambiamento avviato, soprattutto in termini di effetti sul mix di produzione; è però sicuramente possibile fare un primo bilancio dell'esperienza. A tale scopo è stata realizzata con la collaborazione del centro di ricerca Cergas dell'Università Bocconi, nel mese di giugno 2006, una serie di interviste a medici e infermieri e ad alcuni operatori, volta a raccogliere le prime impressioni. Inoltre, la direzione aziendale, mediante l'analisi in tempo reale dei dati di attività e attraverso

periodiche riunioni con le diverse professionalità operanti nella struttura ospedaliera, ha costantemente monitorato il nuovo modello organizzativo. Un primo importante obiettivo raggiunto è stato sicuramente quello di aver avviato un processo di diffusione di una nuova cultura clinica e gestionale, improntata al superamento delle logiche specialistiche e orientata verso una maggiore integrazione organizzativa e operativa. La gestione per processi assistenziali, intesi come sequenza integrata di attività associate all'integrazione multidisciplinare consente di affrontare i problemi secondo la logica del case management. Siamo sempre più convinti di aver intrapreso un percorso con notevoli potenzialità e da cui ci aspettiamo un miglioramento significativo della qualità dei servizi.

Gigliola Rosignoli
Direttore generale
Sandro Fratini
Direttore sanitario
Aul 3 Foligno

Risultati

Governance e maggiore integrazione

Innovazione

La cultura clinica si ridisegna

CONTINUITÀ

Costituito un Centro interaziendale presso l'Ao «Santa Maria» di Terni

Ospedale e territorio in sinergia

L'unità di valutazione decide gli interventi da attuare dopo il ricovero

La Regione dell'Umbria ha istituito, in via sperimentale, presso l'azienda ospedaliera «Santa Maria» di Terni, un centro interaziendale per la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

L'obiettivo strategico di questa nuova realtà, avviata nei primi mesi del 2005, è quello di mettere al centro dell'impegno il cittadino con i suoi bisogni per assicurargli tutti gli interventi curativi, riabilitativi e di sostegno necessari senza esporlo alle difficoltà dei meccanismi di accesso alle varie strutture e servizi dell'ospedale e del territorio. Ciò richiede una stretta relazione e una capacità di comunicazione tra il «Santa Maria» e l'Asl 4 provinciale e rende necessario un pieno coinvolgimento degli operatori a partire dai medici di medicina generale.

Requisiti per l'accesso dei pazienti al percorso di continuità assistenziale. I pazienti candidati alla continuità assistenziale sono quelli ricoverati con oltre 75 anni di età o persone anziane, con le caratteristiche della fragilità, individuate dai sanitari secondo criteri clinici condivisi.

Modalità organizzative. I pazienti ricoverati sono subito valutati dall'infermiere di reparto utilizzando un software integrato alla cartella clinica che garantisce l'identificazione oggettiva del grado di criticità del paziente tramite l'utilizzo di tre scale di valutazione (Iadl, Adl e Spmsq) e la conoscenza della situazione clinica e socio-ambientale. Si evidenzia così la necessità di avviare il percorso di continuità assistenziale.

Il personale del reparto, durante il ricovero e comunque entro tre giorni dall'eventuale dimissione del paziente, comunica all'Ufficio della continuità assistenziale, situato all'interno dell'azienda ospedaliera di Terni, di attivare la valutazione congiunta e predisporre il percorso in funzione dei criteri di esigibilità nei setting assistenziali territoriali, che possono essere il domicilio del paziente, le residenze sanitario-assistenziali o le residenze protette (Rsa o Rp). L'Ufficio della continuità assistenziale attiva quindi l'Unità di valutazione territoriale e il



IL DOCUMENTO D'INTENTI

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA SU TRE LIVELLI: SCENDE IN CAMPO ANCHE IL COMUNE

Dalla relazione delle direzioni dell'azienda ospedaliera «Santa Maria» di Terni e dell'Azienda sanitaria locale n. 4

(...) I presupposti per la necessità di una continuità assistenziale tra ospedale e territorio nascono dalla valutazione del mutato contesto socio-sanitario:

- il profondo mutamento del quadro demografico della popolazione e il crescente affermarsi delle patologie croniche;
- la ridefinizione del ruolo dell'ospedale (ambito di gestione per eventi acuti, concentrazione di risorse e tecnologie sofisticate in centri limitati, esigenza di riduzione della durata delle degenze);
- la necessità di una medicina territoriale capace di assicurare ai cittadini dimessi continuità di cure, monitoraggio dell'evoluzione della malattia e dell'assistenza.

La continuità assistenziale definisce il percorso protetto di assistenza che accompagna la persona nel sistema integrato dei servizi, offre la garanzia di continuità e completezza degli interventi assistenziali per la soluzione dei problemi di salute in relazione alle condizioni socio-sanitarie del paziente. È quindi una rete integra-

ta e coordinata di servizi socio-sanitari. (...)

L'integrazione socio-sanitaria va attuata su tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale. L'integrazione istituzionale nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni tra istituzioni diverse (aziende sanitarie e ospedaliere, Comuni, enti di volontariato) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. L'integrazione gestionale si colloca in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento per garantire l'efficace collegamento delle attività, dei processi, delle prestazioni e delle risorse distribuite nei diversi settori. L'integrazione professionale è strettamente correlata all'adozione di profili aziendali e di linee guida finalizzati a orientare il lavoro professionale nella produzione dei servizi sanitari. Condizioni di base per l'integrazione professionale nella gestione dei casi sono: la gestione unitaria della documentazione del paziente, la definizione della responsabilità del lavoro integrato e la rivalutazione condivisa del piano assistenziale del paziente. ●

medico di medicina generale organizzandone l'accesso nel reparto ospedaliero entro le 24-48 ore successive.

Dalla valutazione congiunta effettuata si predispongono il piano assistenziale

si identificano i servizi territoriali da attivare, si assicurano le forniture necessarie e si programma l'accoglienza del paziente alla data e ora della dimissione. Una volta dimesso

il paziente, il Centro di salute dell'Asl di Terni o le residenze sanitario-assistenziali confermano all'Ufficio della continuità assistenziale la presa in carico del paziente.

Dati di attività. Il progetto ha avuto inizio nel luglio 2005, sono stati valutati oltre mille casi e dimessi, con il programma della continuità assistenziale, quasi quattrocento pazienti registrando una riduzione del 4 per cento dei re-ricoveri. È stato manifestato apprezzamento, da parte dei familiari dei pazienti dimessi, soprattutto per il notevole snellimento delle procedure per reperire ausili e presidi.

Finalità del progetto. «Il progetto e il percorso operativo che abbiamo sviluppato - spiega il direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Terni, Gianni Giovannini - sono una concreta ipotesi di integrazione tra ospedale e medicina territoriale. Gli obiettivi sono quelli di garantire una più alta qualità dei servizi, una semplificazione del rapporto con i cittadini e un'ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili eliminando ogni tipo di inefficienza».

Il progetto rappresenta quindi un'esperienza significativa, certamente da consolidare e arricchire, per migliorare l'assistenza al cittadino attraverso un uso integrato delle risorse tra ospedale e territorio.

«Un impegno congiunto tra aziende e operatori - dichiara il direttore generale dell'Asl 4 di Terni Imolo Fiaschini - risulta decisivo per realizzare un progetto efficace ed efficiente di gestione, monitoraggio e controllo delle dimissioni protette».

L'assistenza ai cittadini più deboli, persone anziane con gravi patologie croniche, dovrà quindi passare sempre più da una valutazione congiunta dell'équipe ospedaliera che ha in cura il paziente e dell'équipe del territorio che avrà in carico il paziente al momento della dimissione».

I risultati positivi raggiunti inducono a esportare questa esperienza nei distretti e nei presidi ospedalieri dell'Asl di Narni, Amelia, Orvieto. Un progetto in tal senso è stato predisposto dalla direzione aziendale e sarà operativo nei prossimi mesi.

Gianni Giovannini
Dg Ao Santa Maria - Terni
Imolo Fiaschini
Dg Asl 4 Terni

La storia del nosocomio più antico d'Italia

A distanza di un anno dal convegno sui 700 anni di vita dell'ospedale di Perugia sono stati dati alle stampe gli atti delle due giornate che lo scorso dicembre 2005 avevano visto riuniti alla sala dei Notari e all'Archivio di Stato del capoluogo umbro molti studiosi e professionisti regionali, esperti di storia e di ospedali.

Il volume (fortemente voluto dall'azienda ospedaliera di Perugia al fine di fermare "sulla carta" la storia del nosocomio perugino, in una fase congiunturale straordinaria che dopo un lungo cammino e decenni di separazione a breve vedrà riuniti

in un solo complesso le tre realtà ospedaliere di Montelucre, via del Giochetto e di Sant'Andrea delle Fratte) rientrava nei progetti elaborati dal Comitato per le celebrazioni del VII Centenario dell'ospedale di Santa Maria della Misericordia (azienda ospedaliera, Università, Archivio di Stato e Comune di Perugia) sotto il patrocinio della Regione Umbria,

della Provincia di Perugia e della Deputazione di Storia Patria per l'Umbria, con il sostegno della Fondazione Cassa di Risparmio di Perugia.

È il primo documento che racconta senza interruzione temporale e con dovizia di particolari, attraverso la ricerca attenta di diversi studiosi locali, la storia dell'ospedale

più antico di Perugia e dell'Umbria, nonché d'Italia, dal 1305 (atto di legittimazione dell'ospedale stesso: un documento emanato dall'allora vescovo

di Perugia Bulgaro Montemellini) al Polo Unico di Sant'Andrea delle Fratte. Un prodotto letterario che arriva a conclusione di un progetto altrettanto importante che, a seguito

di una votazione popolare lanciata dallo stesso Comitato organizzatore e aperta a tutta la cittadinanza, ha conseguito l'obiettivo di riconsegnare al nuovo Polo ospedaliero l'originario nome di Santa Maria della Misericordia, assicurando così continuità alla denominazione dal primo insediamento di via Oberdan alla riunificazione.

Lo spessore del convegno prima e degli atti oggi consiste e consiste nella rievocazione dei valori che erano e che ancora oggi sono alla base della fondazione dell'ospedale: attenzione verso i più deboli e bisognosi di solidarietà. ●

Celebrazioni

Un volume per i 700 anni di vita



RISK MANAGEMENT Le strategie messe in campo dal Centro interaziendale nato a Città di Castello

Appropriatezza, arma anti-rischi

La soluzione contro gli eventi avversi: migliorare organizzazione e formazione

I dati disponibili indicano che il problema della sicurezza nella Sanità non è trascurabile: basti pensare che in Italia nel decennio 1994-2004 il numero di sinistri, secondo dati dell'Ania, è salito da 9.500 a 28.000 e che risulterebbero 12.000 cause per presunto errore medico, delle quali, però, meno di un quinto si concludono con la condanna del medico o della struttura sanitaria.

Questa situazione genera problemi sia ai pazienti, che dalla scarsa sicurezza degli interventi sanitari possono ricevere un danno, sia alle strutture sanitarie non solo come perdita di fiducia da parte degli utenti, ma anche per la crescita esorbitante dei costi assicurativi.

Visti gli insufficienti risultati di un approccio basato solo sul risarcimento attraverso le compagnie assicurative e visto il crescente aumento dei casi di presunta o accertata malasanità, si sta superando questa visione riduttiva dell'errore, intesa come problema del singolo sanitario e, contemporaneamente, si va affermando il principio dell'errore umano probabile, affrontato, però, con un atteggiamento positivo di analisi e di prevenzione del problema da parte dei sanitari.

Per favorire l'innovazione dell'approccio al problema dell'errore medico, la Regione Umbria, nell'ambito delle misure di sostegno e sviluppo del governo clinico, ha istituito il Centro interaziendale per la gestione del rischio clinico, presso la Asl di Città di Castello.

Il Centro, operante dal 2005, ha prodotto alcuni strumenti di analisi utilizzabili nel prossimo piano sanitario regionale e alcune linee di indirizzo utili per le aziende sanitarie che volessero implementare rapidamente una politica di gestione e prevenzione dell'errore medico.

Tali documenti si ispirano a poche e chiare idee-guida.

SOTTO CONTROLLO				
Errori nell'uso dei farmaci	Errori chirurgici	Errori nell'uso di apparecchiature	Esami o procedure diagnostiche	Errori nella tempistica
- Prescrizione	- Corpi estranei nel focolaio chirurgico	- Malfunzionamenti	- Non eseguite	- Ritardo nel trattamento farmacologico
- Preparazione	- Intervento su parte del corpo sbagliata	- Manutenzione inadeguata	- Eseguite in modo inadeguato o scorretto	- Ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico
- Trascrizione	- Esecuzione chirurgica impropria	- Uso in condizioni inappropriate	- Eseguite su pazienti sbagliati	- Ritardo nella diagnosi
- Distribuzione	- Chirurgia non necessaria	- Istruzioni inadeguate	- Non appropriate	- Altri ritardi organizzativi /gestionali/logistici
- Somministrazione	- Gestione non corretta del paziente chirurgico	- Utilizzo oltre i limiti di durata previsti		

La prima questione deve riguardare l'assoluta priorità di accrescere l'uso dei servizi sanitari secondo rigorose logiche di appropriatezza, evitando il ricorso eccessivo - e qualche volta addirittura consumistico - all'assistenza medica.

In una recente revisione sistematica delle ricerche riguardanti la scarsa qualità, sono stati citati 73 studi che forniscono dati di iperuso, uso insufficiente o uso scorretto di interventi sanitari.

Le indicazioni

Usa e Gb: inutile il 25% di interventi

Il Royal College of Radiologists britannico ha stimato che il 25% dei trattamenti radiologici prestatati non era necessario. Studi della Rand Corporation negli Stati Uniti hanno stimato che il 25% dei giorni di degenza e degli interventi sanitari non era appropriato, e il 40% dei farmaci somministrati non era necessario.

Altri problemi di qualità citati nella letteratura comprendono: pazienti che interrompono il trattamento perché insoddisfatti della qualità del servizio, pazienti insoddisfatti che raccontano ad altri la propria esperienza negativa e causano quindi una perdita di credibilità e di introito per una struttura sanitaria, infine tempo sprecato per gestire i reclami. Se i reclami non sono risolti positivamente, seguono le controversie legali e le spese di risarcimento.

Ciò vuol dire strutturare le

organizzazioni intorno alla centralità che il paziente deve avere all'interno del sistema sanitario, pensare la costruzione dell'architettura e delle relazioni delle varie parti del sistema intorno ai bisogni del paziente.

Parlare di errore in medicina significa in questa ottica parlare di sicurezza dell'ambiente sanitario e questo è forse il modo migliore per affrontare l'argomento, per non cadere nel facile equivoco di caccia al colpevole che il termine "errore" evoca inevitabilmente.

L'approccio all'errore sino a oggi adottato è stato sempre ricondotto alla ricerca della responsabilità individuale. Questa visione del problema dà un grande senso di sicurezza perché individua il responsabile e lo punisce, ma nel tempo si è reso evidente a tutti come questo senso di sicurezza fosse solo apparente, non risolvendo il problema di fondo che è quello di eliminare le cause alla base dei comportamenti che lo hanno determinato. L'obiettivo è quello di trovare le soluzioni agli "eventi avversi" attraverso la definizione di nuove procedure o cambiamenti organizzativi, una migliore e più adeguata formazione del personale sanitario, l'impiego di attrezzature di lavoro e ambienti più funzionali e sicuri.

Se l'errore è atteso, l'obiettivo deve necessariamente essere indirizzato sul sistema e sull'ambiente in cui il professionista sanitario opera, cercando di

progettare e realizzare sistemi che rendano difficile alle persone fare le cose sbagliate e che rendano invece facile fare le cose giuste.

In questi ultimi anni tutto ciò che ha ruotato intorno al concetto di qualità ha vissuto momenti di particolare attenzione ed enfasi in virtù di indirizzi normativi ben definiti che raccolgono la sensibilità crescente dei pazienti e degli operatori intorno al problema.

È in questa ottica che termini un tempo del tutto sconosciuti e ostici come audit, peer review, accreditamento, Iso 9000, Vrq, miglioramento continuo della qualità e così via devono ora divenire familiari per gli operatori sanitari impegnati nel miglioramento della sicurezza degli interventi.

In estrema sintesi, le cause più frequenti di errore medico o di abbassamento del livello di sicurezza sono:

- comunicazione inefficace tra paziente/familiari e sanitari e tra operatori con ripercussioni negative sulla continuità delle cure;
- documentazione sanitaria improntata spesso a criteri di compilazione non adeguati;
- carenze nella gestione e manutenzione delle apparecchiature medicali con responsabilità spesso non chiaramente definite (chi fa che cosa, come lo fa, quando e chi controlla);
- gestione del personale e organizzazione del lavoro inefficienti;

● mancanza di esperienza e di conoscenze adeguate del personale favorite da carenze nella formazione o nell'aggiornamento.

La gestione del rischio clinico, pertanto, deve essere un processo sistematico di identificazione, valutazione e riduzione dei rischi da attuare con la partecipazione di tutte le parti dell'organizzazione sanitaria coinvolte nella erogazione delle prestazioni.

Significa poi, promuovere il coinvolgimento di tutti i livelli di responsabilità del sistema aziendale (livello strategico, livello di pianificazione e coordinamento, livello gestionale operativo).

Sono necessari quindi:

1. un chiaro impegno da parte della Direzione strategica dell'azienda, che deve esplicitare l'orientamento alla prevenzione e alla riduzione dei rischi, definendo le responsabilità e impegnandosi con strategie e risorse; a questo proposito, i gestori delle organizzazioni sanitarie dovranno sempre più tenere conto:

- delle "spinte" al cambiamento provenienti dall'esterno (costituite dagli indirizzi della programmazione di livello nazionale e regionale, dall'adeguamento a requisiti e standard richiesti dall'accreditamento istituzionale e dalla certificazione di qualità, dalla maggiore

consapevolezza dei cittadini con una conseguente crescente preoccupazione rispetto alle loro condizioni di cura);

- delle "spinte" al cambiamento provenienti dall'interno, costituite dalla mancanza di dati di riferimento sull'incidenza degli "incidenti" in ambito sanitario, dall'aumento dei reclami e delle denunce per malpractice e dall'aumento dei costi assicurativi per le strutture sanitarie;

2. la definizione di una struttura organizzativa di riferimento di risk management individuata a livello aziendale, con compiti di pianificazione e coordinamento, composta da operatori di diverse aree e competenze professionali che, nell'ambito delle proprie responsabilità e competenze faciliti un approccio globale per una efficace gestione del rischio;

3. la realizzazione di una rete di referenti dipartimentali e/o di unità operativa (medici e infermieri), per facilitare la implementazione degli strumenti di risk management nelle proprie unità operative.

La scelta dei referenti deve essere compiuta in modo attento e condiviso da tutti gli operatori; è a questo livello, infatti, che si attuano le attività di prevenzione e riduzione del rischio e di gestione degli eventi.

Sulla base di queste linee di lavoro sta continuando il lavoro progettuale del Centro interaziendale per la gestione del rischio clinico, con un piano di lavoro per il prossimo biennio largamente incentrato sulla formazione degli operatori e su obiettivi di miglioramento della qualità della documentazione clinica e di diffusione dell'audit interno quale strumento ordinario di autovalutazione del proprio operato da parte dei professionisti della salute.

Vincenzo Panella
Direttore generale
Asl 1 Città di Castello

CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE

Pubblichiamo di seguito la lettera inviata da Anci Umbria e dall'assessore alla Sanità ai Comuni umbri per promuovere la donazione di organi e tessuti. Testimoniale d'eccezione: Despar Sirio Perugia Pallavolo (si veda la foto)

La Presidenza del Consiglio dei ministri ha indetto le X Giornate nazionali donazione e trapianto di organi dal 6 al 13 maggio 2007.

Questa iniziativa molto importante di sensibilizzazione e solidarietà nazionale, caratterizzata da eventi e azioni mirate, vede coinvolti direttamente il ministero della Salute, il Centro nazionale trapianti, le Regioni e le Province autonome, le Aziende sanitarie, le Associazioni dei pazienti e di volontariato del settore.

Con la presente vorremmo porre alla Sua attenzione alcune possibili azioni realizzabili a livello locale, fra cui un'iniziativa "Un Dono per la vita" inserita nella campagna per la donazione organi, che mira a diffon-

dere la cultura della donazione anche attraverso la tessera del donatore "DonorCard" a tutti i cittadini che richiedono o rinnovano la Carta d'identità (seguirà Progetto Anci - Regione Umbria e Centro regionale trapianti da giugno 2007 a dicembre 2007).

Si sottolinea che tale iniziativa - avviata nel giugno 2006 - ha già riscontrato un notevole successo nel Comune di Roma grazie alla collaborazione tra ministero della Salute, direttore del Centro nazionale trapianti e rappresentanti delle associazioni di settore. In tale occasione il ministro ha espresso che tale progetto venga promosso a tutti i Comuni d'Italia. La invitiamo, quindi, ad aderire attivamente alla campagna informativa come promotori della cultura solidale della donazione e del trapianto d'organi e tessuti.

Nei prossimi giorni la Regione Umbria in collaborazione con Anci Umbria invierà ai Comuni il materiale informativo e la tessera del donatore da diffondere ai cittadini tramite gli Urp o gli uffici Anagrafe. Ringraziandola anticipatamente per il Suo impegno, Le porgiamo cordiali saluti.



HOTELLERIE

Tra le priorità della nuova struttura la riorganizzazione del servizio informazione

A Perugia l'ospedale «accoglie»

Al cuore del progetto aziendale il "front office" affidato a operatori e volontari

La struttura dell'ospedale S. Maria della Misericordia, concepita come corpo multiplo, si estende su una superficie di 120mila metri quadrati di cui gli spazi infrastrutturali occupano più del 20% della superficie complessiva e rappresenta un complesso articolato e dinamico di attività sanitarie: 55 strutture complesse di cui 43 assistenziali e 12 servizi di diagnosi e cura; 830 posti letto su cui si effettuano oltre 46.000 ricoveri annui di cui 4.000 di alta specialità; circa 70.000 accessi al pronto soccorso; oltre un milione di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Sono solo alcuni numeri che forniscono la dimensione di un grande ospedale in cui le criticità previste e imprevedibili proprie, sono inevitabilmente ampliate dal trasferimento ancora in atto: la nuova struttura sanitaria è già occupata al 70%, mentre il restante 30% dovrà essere trasferito dalle strutture ancora presenti a Monteluce entro il 2008.

Non è certo semplice districarsi, nemmeno per gli addetti ai lavori, tanto più per gli assistiti molto spesso anziani, in questa molteplicità di flussi e di percorsi, di ambulatori e multiprofessionalità, spesso di alto livello, di tecnologie avanzate in evoluzione continua. La difficoltà sta proprio nel conciliare complessità e tecnologia della "macchina ospedale" che può essere vissuta come totalmente ostile, con aspetti quali la dimensione umana, la fiducia, l'accoglienza: in una parola, l'umanizzazione. L'attenzione all'accoglienza, al comfort e all'orientamento all'interno della nuova struttura ospedaliera è fondamentale per consolidare un'immagine positiva dell'azienda, che dovrà rispondere sempre più a logiche organizzative che ruotano attorno all'assistito e alle sue esigenze.

La nuova direzione generale, già dal suo insediamento il primo febbraio, ha individuato come campo prioritario di azione la riorganizzazione del servizio accoglienza/informazione. Era stato infatti evidenziato come forte criticità il fatto che molti cittadini, muovendosi all'interno della struttura, dimostravano un alto livello di disorientamento e impiegavano tempi non congrui per raggiungere i vari servizi assistenziali. Il "Progetto accoglienza" messo in campo nell'Ao di Perugia da inizio aprile 2007, punta proprio sugli aspetti relazionali di comunicazione e informazione e sull'organizzazione del front office come punto cruciale di incontro tra il cittadino e l'ospedale e si ripropone di garantire ai cittadini: 1) disponibilità all'ascolto e privacy; 2) informazioni chiare e uniformi; 3) orientamento nell'utilizzo dei percorsi interni anche con l'accompagnamento della persona nei vari servizi sanitari; 4) superamento delle barriere architettoniche mettendo a disposizione ausili per portatori di handicap.

Il progetto è stato articolato in tre fasi.

Fase organizzativo-logistica. La struttura è stata suddivisa in blocchi e percorsi di accesso individuati con lettere e con codici colore per facilitare l'orientamento; è stata ridisegnata la toponomastica, mappando tutti i percorsi verticali e orizzontali, riportandoli in una nuova segnaletica più chiara, eliminando anche le sigle che risultavano incomprensibili.

Sono stati individuati i punti di accoglienza che, per la complessità riferita alle maggiori richieste di informazione, sono risultati più strategici al fine dell'orientamento negli ingressi di maggior flusso di utenti. È stata indivi-

duata una "zona cortesia" al piano terra con postazione di circa 20 carrozzine da adibire al trasporto di persone non deambulanti.

Fase formativa. Per il progetto accoglienza l'azienda si è avvalsa della preziosa collaborazione delle associazioni di volontariato, che hanno individuato il personale, preventivamente selezionato con colloquio di orientamento per valutare le capacità attitudinali e la predisposizione al dialogo, alla comunicazione e alla cortesia. Agli operatori è stato offerto un percorso formativo aziendale svolto insieme agli addetti al servizio portineria con i seguenti obiettivi:

- comprendere le strategie dell'organizzazione;
- acquisire conoscenze su logistica, organizzazione e funzionamento del S. Maria della Misericordia;
- acquisire la capacità di comunicare con disponibilità, chiarezza e discrezione con l'assistito e i suoi familiari;
- acquisire la capacità di integrarsi e collaborare con le altre figure professionali adibite all'accoglienza e con i coordinatori delle unità di degenza;
- acquisire corretta conoscenza delle norme comportamentali e delle modalità di presentazione al pubblico.

Il corso è stato corredato anche da visite guidate nei punti di accesso con personale esperto e da supporti cartacei informativi necessari quali elenchi telefonici aggiornati, elenchi ambulatori e studi medici, segnaletica di riferimento con piantine, orari di accesso sui trasporti e viabilità. E dall'affiancamento degli operatori del volontariato con personale aziendale, per il primo mese di attivazione del servizio.

Fase attuativa. Per il nuovo servizio accoglienza, attivato ai primi di aprile, sono stati allestiti cinque punti informativi nei principali snodi dei percorsi dell'ospedale. Ogni punto è presidiato da personale volontario (Auser, Cri, Antea e Ada), che risponde alle richieste dei cittadini tutti i giorni feriali dalle 7.30 alle 13.30 e dalle 15.00 alle 18.00 garantendo accoglienza, informazione e orientamento. I 36 volontari sono affiancati dai 12 operatori del servizio portineria, supportati anche on line dall'Urp che aggiorna in tempo reale le informazioni sul funzionamento dei servizi sanitari. Con la realizzazione di questo progetto l'ospedale, visitato ogni giorno da oltre 10.000 persone, è stato ripensato come una piccola città: l'ingresso principale è diventato piazza Raffaello Silvestrini (il vecchio nome dell'ospedale ancora molto usato dai cittadini); i corridoi di collegamento dei vari blocchi sono la via Braccio Fortebraccio, via del Grifo, via del Leone, via della Pace e via Augusta (Perusia) con richiami ai luoghi urbani cari e riconoscibili della città di Perugia al fine di rendere gli spazi ospedalieri meno ostili e in grado di riprodurre luoghi e percezioni familiari.

Il progetto accoglienza è un primo passo di quel complesso processo che dovrà portare l'ospedale Santa Maria della Misericordia, una volta ultimato, ad assumere sempre di più una valenza positiva per la città e i suoi abitanti, a essere vissuto come una struttura aperta al territorio, recuperando quel senso di appartenenza alla comunità sociale che è stato molto forte nel passato per il Policlinico di Monteluce.

Walter Orlandi
 Direttore generale
 Ao Santa Maria della Misericordia - Perugia

In prima linea contro la leucemia: scienziati umbri leader nella ricerca

Grazie alla sua scoperta sulla leucemia acuta mieloide, Brunangelo Falini, perugino doc, ematologo dell'azienda ospedaliera di Perugia e direttore del Dipartimento di Medicina clinica e sperimentale dell'Università di Perugia, è stato insignito di prestigiosi riconoscimenti e annoverato tra gli scienziati italiani più fecondi e citati al mondo in medicina (graduatorie stilate dall'Institute for Scientific Information di Filadelfia). Grazie al professor Falini, l'Umbria da cuore verde d'Italia è diventata "centro" internazionale della ricerca sulle leucemie.

All'ematologo umbro si deve la scoperta, in tre distinte fasi, prima dell'alterazione del gene responsabile di molti casi di leucemia acuta mieloide: la forma più grave e più diffusa nell'adulto di tumore del sangue; poi, a coronamento di un percorso ricco di successi e consensi planetari, dei meccanismi di sviluppo della patologia leucemica, e, infine, delle immediate applicazioni in campo clinico.

Lo studio, finanziato dall'Airc, ha avuto la paternità di Brunangelo Falini, coadiuvato dai ricercatori perugini Cristina Mecucci, Ildo Nicoletti, Niccolò Bolli, Maria Paola Martelli e Arcangelo Liso.

Il primo traguardo, relativo alla causa della leucemia acuta mieloide, è arrivato dopo lunghi anni di indagini di laboratorio, quando l'équipe del professor Falini individuò le alterazioni del gene che sta alla base di una significativa percentuale di casi di questa forma di leucemia: la nucleofosmina o Npm.

Un gene che regola l'integrità del Dna e importanti funzioni delle cellule normali, quali la crescita e la proliferazione. Nella leucemia acuta mieloide, questo gene si altera a causa di una mutazione di alcune lettere del Dna e provoca la degenerazione del globulo bianco, fino a farlo diventare canceroso. La mutazione della nucleofosmina è stata individuata dal gruppo del professor Falini utilizzando un anticorpo contro la proteina prodotta dalla stessa nucleofosmina.

Le cellule prese a campione per la sperimentazione sono state prelevate da pazienti affetti da leucemia acuta mieloide.

I ricercatori notarono che, in un terzo dei casi, la nucleofosmina, identificabile al microscopio con un segnale luminoso, invece di essere localizzata nel nucleo della cellula, come normalmente avviene, era situata in una posizione inconsueta, nel citoplasma. In sintesi, era come se la nucleofosmina avesse perso la bussola.

Da quel momento gli studiosi si posero un nuovo obiettivo: capire la ragione di questa alterata collocazione della proteina. Dati alla mano, il meccanismo della malattia è il seguente: la cellula normale ha un nucleo, sede del Dna, dove certe prote-

ine come la nucleofosmina vengono trasportate dopo essere state prodotte nel citoplasma, parte esterna al nucleo.

Nella leucemia acuta mieloide, la mutazione crea nella coda della nucleofosmina un fortissimo segnale di espulsione (si tratta dell'aggiunta di alcune lettere di un particolare alfabeto chimico), per cui la proteina è captata ed espulsa velocemente dal nucleo a opera di una catapulta molecolare chiamata esportina. Conclusione: è la mutazione la causa diretta della delocalizzazione della nucleofosmina dal nucleo al citoplasma. Con questa ulteriore scoperta, lo studioso perugino ha chiuso il cerchio delle prime osservazioni fatte utilizzando l'anticorpo.

Il gruppo del professor Falini è poi passato all'applicazione in campo clinico, dalla teoria (laboratorio) alla pratica (letto del malato).

«Oggi - sottolinea Falini - a livello mondiale tutti i maggiori centri ematologici ricercano la mutazione della nucleofosmina. Essa permette di identificare un gruppo di pazienti

leucemici con un andamento clinico più favorevole e può essere impiegata per valutare la quota di cellule leucemiche residue dopo la terapia. Parametro decisivo per personalizzare la strategia terapeutica. È inoltre ipotizzabile - aggiunge il professore - che nei prossimi anni si riesca

no a sviluppare farmaci intelligenti in grado di interferire con l'alterato meccanismo di trasporto della nucleofosmina, nel tentativo di riportarla nella sua posizione fisiologica. I nostri studi stanno procedendo in questa direzione».

Lo scienziato perugino si dice soddisfatto del grande passo in avanti compiuto nella ricerca sulle leucemie, ma sottolinea che c'è ancora molto da fare e insieme ai suoi è già al lavoro per ulteriori rivelazioni. Magari anche a breve.

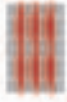
Falini richiama però l'attenzione delle istituzioni locali e nazionali, ma anche delle realtà private, sull'annoso problema della ricerca in Italia, invocando aiuti concreti e una maggiore sensibilità a favore del delicato ma fondamentale settore: «I finanziamenti destinati alla ricerca in Italia sono ancora insufficienti. L'unica realtà che sovvenziona veramente questo settore è l'Airc. A livello locale, cioè in Umbria, ci avvaliamo di aiuti da parte del Comitato per la vita Daniele Chianelli e dell'Associazione umbra per la lotta alle leucemie. Ma purtroppo non è sufficiente. Ovviamente il futuro e la velocità della ricerca, su scala nazionale, dipenderanno molto dai soldi che la comunità italiana deciderà di assegnarle da ora in poi».

Giuseppina Manuali
 Direz. reg.le Sanità e servizi sociali
 Regione Umbria





Programma Regionale di Screening per la Prevenzione e la Diagnosi Precoce dei Tumori del Colon Retto 2007



Regione Umbria
 Direzione Regionale Sanità
 e Servizi Sociali

Aziende
 Sanitarie Regionali

I tumori del colon retto sono molto frequenti ed il loro sviluppo è spesso preceduto dalla comparsa di formazioni benigne dell'intestino (polipi o adenomi) che possono diventare maligne in un periodo di tempo molto lungo. Spesso i polipi ed i tumori del colon retto non danno disturbi per anni. È importante individuare e rimuovere in tempo tali lesioni poiché diagnosticate in fase iniziale possono essere curate efficacemente.

Screening vuol dire Salute

Un Test semplice e gratuito
 per donne e uomini dai 50 ai 74 anni

Decidi tu. Scegli la Prevenzione

Rispondi all'invito della tua Azienda Sanitaria Locale

I Punti Informativi delle Aziende Sanitarie Locali

ASL 1 - Città di Castello
 Punto Informativo
tel. 075 9109246
 075 8509831
 dal lunedì al venerdì
 ore 9.00-13.00
 e-mail: urp@asl1.umbria.it

AUSL 2 - Perugia
 Punto Informativo
tel. 075 075075
 dal lunedì al venerdì
 ore 9.00-17.00
 sabato ore 9.00-13.00
 e-mail: urp@ausl2.umbria.it

ASL 3 - Foligno
 Punto Informativo
N. Verde 800 118024
 dal lunedì al venerdì
 ore 10.30-13.00
 e-mail: serv.screening@asl3.umbria.it

ASL 4 - Terni
 Punto Informativo
tel. 0744 204837
 dal lunedì al venerdì
 ore 10.30-13.00
 e-mail: centro.screening@asl4.terni.it