


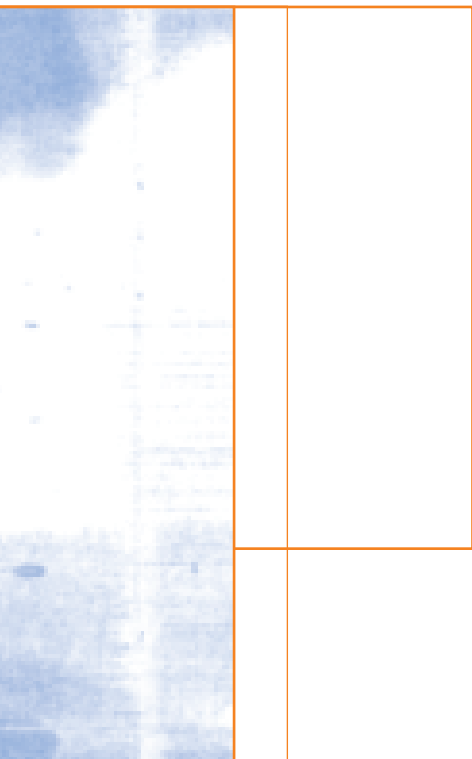


linee guida per la gestione

2

un nuovo modello di sviluppo per scuti

- _ Politiche per la persona
 - _ Politiche di governo
 - _ Politiche di innovazione, ricerca e sviluppo
 - _ Politiche per la documentazione e le procedure
- 



Le linee guida sviluppate dal Sottoprogetto per la Gestione che ha affrontato i temi per le politiche e i principi operativi si rivolgono prevalentemente agli amministratori e ai gestori (responsabili politici, direttori generali, sanitari e scientifici, estensori di bandi per la realizzazione di ospedali, responsabili degli uffici tecnici, primari, medici, infermieri, ecc.) e ai progettisti chiamati a realizzare ospedali secondo il nuovo modello.

Il gruppo di ricerca dell'ASSR ha utilizzato le esperienze e le competenze di un panel multidisciplinare di esperti per mettere a punto una sorta di "manuale d'uso e manutenzione" per facilitare e orientare la stesura di documenti formali relativi alle politiche e ai principi operativi, indispensabili per il buon funzionamento dell'Ospedale.

Gli esperti si sono confrontati anche con metodi ampiamente utilizzati all'estero nell'accreditamento di strutture di eccellenza quali, fra l'altro, quelli della Joint Commission International (JCI) e del Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA)

Si è quindi cercato di fornire un riferimento organico che ricordi tutti gli argomenti e le questioni da definire e descriva alcune alternative possibili, suggerendone eventualmente una, considerata preferenziale.


Le Politiche devono considerare tutti gli argomenti per l'accreditamento di eccellenza; si propone un ordine sistematico attuato mediante suddivisione in capitoli e sezioni principali e articolato in ulteriori sottocapitoli e paragrafi. Non si ha la pretesa di essere esaustivi né tanto meno di imporre scelte che devono essere fatte esclusivamente a livello delle specifiche strutture e da parte di chi ha la responsabilità del loro funzionamento.

Si ritiene però che l'enunciazione effettuata in modo organico e sistematico degli argomenti da affrontare e la declaratoria dei singoli argomenti e dei loro obiettivi e di eventuali ricadute sui principi operativi, sugli spazi e le attrezzature, sui principi architettonici e funzionali (con qualche esempio di applicazione e in alcuni casi il richiamo a specifiche esperienze o criticità), sugli indirizzi metodologici, possa costituire una buona traccia e un sufficiente ausilio a chi si dovrà cimentare nella stesura scritta della documentazione

dell'Ospedale, e in particolare delle politiche, dei principi operativi e delle procedure, che riteniamo indispensabile per il corretto funzionamento di una struttura che voglia qualificarsi come di eccellenza.

Nelle pagine seguenti sono esposte secondo un ordine che rispecchia una logica coerente coi principi informatori e con un tentativo di sistematizzazione:

- ✓ le politiche per la persona, che ricomprendono i servizi offerti, le modalità di erogazione, diritti, doveri, aspetti di promozione della salute ed etici;
- ✓ le politiche per il governo, l'organizzazione e la gestione delle risorse umane e tecnologiche;
- ✓ le politiche per l'innovazione, la ricerca e l'attività scientifica, l'insegnamento per la formazione e l'addestramento;
- ✓ le politiche per la documentazione che definiscono suggerimenti per la formalizzazione scritta delle filosofie e dei principi e per la metodologia per la definizione, stesura e gestione delle procedure operative.

Sul CD  allegato è riportata, come strumento di facilitazione e a titolo esemplificativo e di supporto, una check list delle principali politiche da prevedere e un elenco, non esaustivo, delle principali procedure.

Le politiche rappresentano ciò che l'Istituzione pensa, sente, ritiene necessario e definisce per uno specifico argomento.

I principi operativi definiscono le linee di condotta alle quali attenersi per il raggiungimento, col miglior risultato, degli obiettivi prefissati.

La loro scrittura, conoscenza, condivisione e applicazione da parte di tutti è presupposto fondamentale per il funzionamento armonico, efficace, efficiente e di qualità della struttura.

Le Politiche e i Principi Operativi orientano e informano la stesura delle Procedure Operative, anche esse da definire per iscritto e da osservare nella gestione quotidiana, indispensabili e alla base del buon funzionamento dell'Ospedale.

_ Politiche per la persona

Definiscono gli aspetti più rilevanti, caratterizzanti e innovativi dell'attività clinico-sanitaria di prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione e cura di pertinenza dell'Ospedale.

Trattano le modalità di esplicitazione e attuazione della Mission, la filosofia dell'assistenza, le tipologie e le modalità di erogazione delle prestazioni assistenziali offerte, i percorsi assistenziali proposti, l'informazione e la documentazione clinica, i diritti e doveri anche del paziente e dei familiari, i servizi di ospitalità e accoglienza e le facilities a disposizione del cittadino che si rivolge all'Ospedale, e la loro organizzazione.

L'Ospedale deve considerarsi come parte di un sistema integrato, a rete, di servizi, professionisti sanitari e livelli di assistenza che integrandosi creano un "continuum" di assistenza sanitaria.

L'obiettivo è far coincidere le necessità sanitarie del paziente e i servizi disponibili, coordinare le prestazioni fornite all'interno dell'Ospedale e, quindi, la pianificazione del follow-up.

Il risultato atteso è il miglioramento complessivo dei risultati delle cure erogate in termini di miglior salute dei cittadini e di un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili a favore della collettività.

41

_ Tipologia e modalità di erogazione delle prestazioni

L'Ospedale offre tutte le prestazioni (diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, ecc.) definite dalla strategia aziendale e/o dalla programmazione regionale, organizzate secondo "processi", per soddisfare le necessità del singolo e della comunità privilegiando le modalità assistenziali più appropriate (degenza ordinaria e diurna, regime ambulatoriale, urgenza ed emergenza, assistenza domiciliare).

I principi distintivi che ispirano l'erogazione di prestazioni assistenziali sono:

- ✓ alto contenuto tecnologico e professionale con possibilità di attività multidisciplinari e polispecialistiche integrate;
- ✓ diversificazione delle cure, ovvero potenziale ricorso a diverse tipologie assistenziali;
- ✓ personalizzazione delle cure, ovvero adeguamento del processo di diagnosi e cura alla particolare condizione dell'assistito attraverso una successione "mirata" del-

le prestazioni (percorsi diagnostico-terapeutici);

- ✓ standardizzazione dei diversi percorsi diagnostico-terapeutici sulla base dell'efficacia, dell'efficienza e della appropriatezza;
- ✓ lotta al dolore in tutte le sue forme per tendere ad un "Ospedale senza dolore".

Tutti i cittadini hanno parità di diritti di trattamento, indipendentemente da razza, sesso, nazionalità, censo, convinzioni religiose, modalità di pagamento.

A tutti l'Ospedale deve garantire uguale impegno e uniformità di trattamento, con il necessario livello professionale e processi e tipi di cura uguali per le stesse patologie.

Le necessità del paziente sono il motore che muove ogni attività: le valutazioni economiche e le procedure di migliore organizzazione sono tenute in grande considerazione per migliorare i servizi e impiegare meglio le risorse, ma sono uno strumento di efficiente gestione e non un fine. L'Ospedale deve anzitutto erogare assistenza, senza sprechi e diseconomie, ma l'utile non deve costituire la sua prima finalità.

Principi operativi Il paziente quindi accede ai servizi sulla base di precisi bisogni di assistenza sanitaria e sulla base delle risorse e della Mission dell'Ospedale, secondo un preciso e definito percorso di prenotazione, accettazione e eventuale ricovero, che presuppone se possibile un idoneo filtro medico e che tiene conto di eventuali bisogni urgenti o immediati ai quali è data la priorità di valutazione e di trattamento.

L'Ospedale con le sue professionalità progetta e coordina i processi di diagnosi e cura, se necessario in modo multidisciplinare, polispecialistico e integrato, garantendo continuità dei servizi necessari.

Il responsabile della prestazione singola o del processo di diagnosi e cura è sempre chiaramente identificato e noto al paziente.

È attuato un processo di valutazione medica e infermieristica iniziale e di rivalutazione secondo modalità e tempi prestabiliti, i cui risultati sono tempestivamente riportati sulla cartella clinica a disposizione dei responsabili e degli addetti alle cure.

Gli operatori medici, infermieristici, sanitari, condividono quindi le informazioni sul paziente, la sua pato-

logia, i trattamenti e le risposte alla terapia e le documentano in modo idoneo sulla cartella clinica (a disposizione di tutti gli operatori che abbiano il diritto/dovere di accedervi), per il trasferimento dell'informazione a chi subentra in turno di lavoro o in caso di trasferimento ad altra unità operativa o ad altra struttura.

Le dimissioni sono preordinate, in base allo stato e alle necessità del paziente, ed è previsto un appropriato processo di dimissione e comunicazione con i medici o i sanitari esterni, con i quali l'Ospedale collabora strettamente, che preveda informazioni complete e accurate su una lettera di dimissione (copia della quale è contenuta nella cartella clinica), e se necessario tramite un contatto orale, con istruzioni chiare e comprensibili per garantire un prosieguo delle cure accurato e tempestivo, sia in caso di dimissione a domicilio sia in caso di trasferimento.

Le necessità o i suggerimenti di successive prestazioni presso l'Ospedale sono chiaramente indicate e motivate e vengono predisposti già dagli operatori alla dimissione le necessarie prenotazioni e fornite adeguate informazioni ai pazienti.

Possiamo distinguere i diversi regimi secondo cui vengono erogate le prestazioni in: ricovero ordinario di elezione, emergenza-urgenza, ambulatoriale.

RICOVERO ORDINARIO D'ELEZIONE

La degenza, modalità tradizionale dell'assistenza ospedaliera, è solo una delle opzioni possibili, a cui ricorrere solamente quando indispensabile, limitandone la durata e privilegiando quella diurna ("day hospital").

La degenza consente di attivare un processo di diagnosi e cura concentrato nel tempo e nello spazio utilizzando le capacità professionali e tecnico-organizzative dell'ospedale per pazienti con necessità di monitoraggio, o di terapie continuative, o non autosufficienti.

Durante la degenza l'ospedale prende in carico il paziente in maniera integrale e integrata (sia dal punto di vista assistenziale sia alberghiero).

In degenza vanno effettuate soltanto le attività che non possono essere eseguite in ambulatorio o a do-

micilio.

Tutte le prestazioni che possono essere effettuate, concluse e controllate nell'arco della giornata sono effettuate in regime di degenza diurna.

_degenza ordinaria

Obiettivi Promuovere le condizioni ottimali affinché il paziente con necessità di monitoraggio o terapie continuative o non autosufficiente possa, in piena sicurezza e comfort, ricevere nel tempo più breve possibile tutte le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative previste dal processo di cura per lui più appropriato, facilitando l'integrazione delle capacità professionali e tecnico-organizzative dell'Ospedale.

Indirizzi metodologici Dal punto di vista dell'intensità assistenziale, nell'ambito della degenza ordinaria, si possono distinguere le seguenti tipologie:

- ✓ degenze di terapie intensive ("intensive care"), in cui il supporto alle funzioni vitali è massimo;
- ✓ degenze ad alta intensità assistenziale ("high care");
- ✓ degenze a bassa intensità assistenziale ("low care"), destinate ad assistenza per lo più di carattere infermieristico, ad esempio per pazienti convalescenti o in riabilitazione post-acuta. Il comfort "alberghiero" è prevalente ma differente (e minore) è la presenza di servizi e supporti medico-sanitari.

I tempi di permanenza nelle diverse aree e la successione attraverso trasferimenti interni sono ovviamente funzione della condizione patologica e delle opzioni assistenziali necessarie durante il ricovero.

L'accesso alla degenza ordinaria è normalmente programmato ("di elezione").

Indirizzi progettuali Attenzione agli aspetti di comfort e di umanizzazione inversamente proporzionale all'intensità assistenziale. Massimo comfort alberghiero va assicurato alle degenze low care e alle degenze high care (camera con letto singolo più letto per accompagnatore) mentre nelle terapie intensive devono prevalere gli aspetti di alta tecnologia e professionalità e le

necessità di monitoraggio e prestazioni e può pertanto essere prevista la degenza in open space.

Per consentire un uso flessibile e contemporaneo dell'unità di degenza da parte di varie discipline specialistiche è necessaria la standardizzazione massima della stessa, a eccezione delle unità di degenza "speciali" previste per peculiari e specifiche attività.

La camera di degenza nell'unità di degenza ordinaria (sia low care che high care) è predisposta impiantisticamente per ospitare due letti per pazienti (anche se da un punto di vista gestionale sarà privilegiato un utilizzo da parte di un singolo paziente con eventuale accompagnatore).

Esperienze In base alla durata di degenza è possibile prevedere una particolare organizzazione (*week-hospital*) tale che l'unità di degenza sia aperta per cinque (o sei) giorni alla settimana, con chiusura nel fine settimana.

I vantaggi di questa organizzazione non sono però sufficientemente dimostrati e condivisi.

Principi operativi Il ricovero in regime ordinario di elezione è il processo prevalente di presa in carico in modo programmato del paziente in ospedale. Si articola nelle seguenti fasi:

- ✓ programmazione del ricovero
- ✓ preospedalizzazione
- ✓ ammissione al ricovero
- ✓ degenza
- ✓ dimissione
- ✓ follow-up.

La programmazione, ovvero la definizione della necessità di ricovero e la sua prenotazione all'interno di specifiche strutture, è possibile attraverso un'ideale prescrizione medica redatta da medici interni o esterni all'Ospedale. Nel secondo caso è richiesta comunque una valutazione e conferma da parte dei medici dell'ospedale.

La prenotazione del ricovero con il conseguente inserimento all'interno di liste di prenotazione specifiche, per unità operativa di competenza, deve tener conto almeno dei seguenti elementi:

- ✓ valutazione delle condizioni cliniche del paziente ai fini della definizione di appropriatezza e priorità per i tempi di attesa eventualmente necessari;
- ✓ case-mix dell'unità operativa ovvero definizione preventiva di massima, da parte dell'unità operativa o del dipartimento della tipologia e numero di casi previsti per l'assistenza a una determinata patologia trattabile in ambito ospedaliero;
- ✓ valutazione e conferma delle condizioni necessarie per il ricovero (filtro medico);
- ✓ definizione del medico di riferimento (tutoring);
- ✓ definizione e comunicazione del piano di cura proposto.

L'ammissione al ricovero può essere preceduta dalla cosiddetta preospedalizzazione (o "prericovero"). Con questo termine si intende l'erogazione di alcune prestazioni che, pur facendo parte integrante dell'iter diagnostico-terapeutico del paziente, possono essere utilmente effettuate prima dell'effettivo inizio della degenza. Tipicamente, gli esami preoperatori, la procedura di predeposito per autoemotrasfusione o alcuni accertamenti costituiscono situazioni in cui l'erogazione della prestazione assistenziale viene anticipata rispetto all'effettivo inizio della degenza ed effettuata in regime ambulatoriale in spazi dedicati.

L'accesso al ricovero avviene comunque dopo aver completato le procedure di prenotazione e programmazione del ricovero (ed eventualmente di preospedalizzazione) attraverso la presentazione del paziente, previa conferma telefonica, presso l'accettazione centralizzata per l'adempimento delle pratiche amministrative e l'assegnazione del posto letto nell'unità di competenza.

Nell'unità di degenza si provvede all'accoglimento del paziente e alla sua sistemazione nel posto letto assegnato.

Inoltre si procede alla:

- ✓ valutazione medica e infermieristica all'ingresso;
- ✓ conferma del medico di riferimento (tutor);
- ✓ aggiornamento e comunicazione del piano di cura proposto.

Nell'ambito del ricovero il paziente usufruirà di tutte

le prestazioni assistenziali proprie dell'unità operativa o di altri servizi ospedalieri previsti dal piano di cura o di quanto necessario per la soluzione del problema di salute.

Le modalità di esito (dimissione) del ricovero sono:

- ✓ dimissione a domicilio (con o contro il parere dei sanitari);
- ✓ dimissione protetta (dimissione a domicilio con garanzie particolari di assistenza domiciliare);
- ✓ trasferimento ad altro istituto di cura (per acuti o di post-acuzie);
- ✓ decesso.

_degenza diurna (day hospital)

Obiettivi Promuovere le condizioni ottimali affinché il paziente con necessità di monitoraggio o terapie continuative o non autosufficiente per un periodo di tempo contenuto nell'arco della giornata possa, in piena sicurezza e comfort, ricevere nel tempo più breve possibile tutte le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative previste dal processo di cura per lui più appropriato facilitando l'integrazione delle capacità professionali e tecnico-organizzative dell'ospedale.

La differenza tra attività svolta in regime di ricovero ordinario e quella svolta in regime di day hospital non è quindi tanto legata alla durata, complessità o invasività delle procedure, ma alla tipologia di prestazioni quando contempla assistenza continuata per un tempo variabile o temporanea non autosufficienza da parte del paziente.

Indirizzi metodologici Dal punto di vista dei contenuti assistenziali, nell'ambito della degenza diurna si possono distinguere, fondamentalmente, le seguenti tipologie:

- ✓ degenza diurna medica, a prevalente indirizzo diagnostico e terapeutico medico. Tipologia più diffusa e appropriata è il day hospital oncologico;
- ✓ degenza diurna chirurgica ("day surgery"), a prevalente indirizzo terapeutico chirurgico e diagnostico invasivo;
- ✓ le unità di degenza diurna sono separate, centralizzate e autonome rispetto alle unità di degenza ordinarie. Questo permette la loro chiusura la notte e nei giorni festivi.

Le unità di degenza diurna chirurgica ("day surgery") sono strettamente collegate alle sale operatorie dedicate e integrate nel processo di gestione del paziente chirurgico.

Le unità di degenza diurna sono funzionalmente integrate con le altre facilities dell'ospedale quali ad esempio le unità di degenza ordinaria e intensiva e i servizi di diagnosi e cura, al fine di consentire la completa e ottimale conduzione del processo di cura.

L'accesso alla degenza diurna è normalmente programmato ("di elezione").

Le prestazioni in regime di degenza diurna possono essere erogate prevedendo accessi singoli o multipli ("cicli"). Ciascun accesso ha durata non superiore alla giornata.

Indirizzi progettuali Per consentire un uso flessibile e contemporaneo dell'unità di degenza diurna da parte di varie discipline specialistiche è necessaria la standardizzazione massima della stessa, a eccezione delle unità di degenza "speciali" quali a esempio il day hospital oncologico, pediatrico o ematologico.

Di conseguenza le unità di degenza potranno contenere letti, o poltrone reclinabili, organizzati sia in camere singole sia multiple o in *open space* in funzione dei processi previsti.

Aree critiche Uso improprio della funzione come alternativa a prestazioni ambulatoriali multiple o complesse.

Principi operativi Come per il ricovero in regime ordinario di elezione si possono distinguere le seguenti fasi:

- ✓ programmazione del ricovero
- ✓ preospedalizzazione
- ✓ ammissione al ricovero
- ✓ degenza
- ✓ dimissione
- ✓ follow-up

Si rimanda al paragrafo precedente per la descrizione delle singole fasi sottolineando di seguito le differenze:

- ✓ per quanto riguarda la degenza essa può consistere

anche in più giornate non consecutive, programmate in funzione del Piano di Cura;

- ✓ per quanto riguarda la modalità di dimissione è prevista anche la possibilità del passaggio ad altro regime di degenza ("ordinario") in caso di trasferimento a unità di degenza ordinaria o intensiva;

- ✓ per quanto riguarda la fase immediatamente successiva alla dimissione va posta particolare attenzione alle istruzioni da dare al paziente e all'organizzazione di un servizio di reperibilità e pronta disponibilità almeno nelle 24 ore successive.

_filtro medico

Obiettivi Il Filtro Medico è una funzione fondamentale di inquadramento diagnostico e terapeutico e di indirizzo del paziente verso l'unità operativa per lui più idonea che se ne faccia carico e ne assuma le responsabilità.

Le attività di Filtro Medico avvengono, per quanto possibile, in regime ambulatoriale.

Sono le unità operative cliniche che attivano la funzione di Filtro Medico nel momento in cui i pazienti accedono agli ambulatori dove, con un approccio se necessario integrato alla sintomatologia dell'organo o apparato interessato, viene effettuata una prima diagnosi, attribuito un Piano di Cura e individuata la unità operativa più indicata per le specifiche necessità del singolo paziente, considerato come "persona" in un approccio olistico alla sua realtà personale e patologica.

Indirizzi metodologici Il Filtro Medico in sintesi prevede:

- ✓ a formulare, confermare o perfezionare la diagnosi di ingresso;
- ✓ ad attivare il Piano di Cura (percorso diagnostico-terapeutico, vedi oltre) che comprende l'eventuale iter di approfondimento diagnostico (Piano Diagnostico) e la previsione di terapia più adatta al caso (Piano Terapeutico).

L'organizzazione dell'attività del Filtro Medico ha tra gli obiettivi l'umanizzazione dell'approccio al paziente: di conseguenza deve tendere a eliminare i tem-

pi morti e i ritorni inutili alla struttura ospedaliera per l'esecuzione degli esami diagnostici, valutando caso per caso l'urgenza e tenendo conto delle condizioni del paziente. In alcuni casi infatti, se necessario, il Filtro Medico potrà utilizzare anche le degenze ordinarie e il day hospital.

L'attività del Filtro Medico si conclude con l'epicrisi finale del paziente, che permette o di attribuire un Piano di Cura e la conseguente unità operativa clinica responsabile o di proporre al paziente procedure alternative (es. terapie domiciliari) o altre strutture.

definizione del medico di riferimento (tutoring)

Obiettivi Il Tutor – Medico di riferimento viene designato dal responsabile dell'unità operativa, alla quale è affidato il paziente e svolge funzioni di duplice ordine:

- ✓ di corretta gestione del Piano di Cura (= case manager: vedi oltre);
- ✓ di referente informativo personalizzato del paziente.

Indirizzi metodologici Il Tutor, o Medico di riferimento, viene assegnato al paziente all'inizio dell'attività di diagnosi e cura e comunque al momento del ricovero e ne segue e gestisce il percorso diagnostico-terapeutico fino al completamento del Piano di Cura.

Le funzioni di Tutor possono essere affidate a ciascun medico dell'unità operativa. In caso di non designazione si assume che esse siano svolte direttamente dal Responsabile dell'unità operativa cui è affidato il paziente.

Si sottolinea che la responsabilità della diagnosi e dell'indicazione terapeutica compete sempre al responsabile dell'unità operativa alla quale il Tutor appartiene, al quale egli quindi risponde della corretta gestione dell'iter del paziente, e al quale segnala eventuali necessità/opportunità di variazioni rispetto al piano previsto.

Il Tutor è tenuto a operare con massima flessibilità collegandosi interdisciplinariamente con altre competenze mediche nell'ambito delle aree, dei raggruppamenti o dei gruppi di lavoro e, spaziando su diversi Piani di

Cura che segue nelle varie fasi dell'attuazione. Esso concretizza la possibilità di crescere professionalmente in modo integrato, ricoprendo gli spazi che si aprono in una prospettiva più ampia rispetto all'usuale organizzazione gerarchica di specialità.

È l'interlocutore del paziente, dei familiari e del medico di fiducia per quanto concerne l'informazione sulla situazione patologica e le modalità previste per l'attuazione del Piano di Cura.

Organizza attivamente le azioni previste dal Piano di Cura individuato, ponendo particolare attenzione affinché le varie fasi del Piano di Cura siano effettuate in termini di rapidità, efficacia ed efficienza adeguate alle necessità del paziente, sia mediche che logistiche, e alle politiche gestionali dell'Ospedale.

piani di cura

Obiettivi I Piani di Cura sono sequenze standardizzate di prestazioni diagnostiche, terapeutiche o assistenziali definite preventivamente per l'inquadramento o il trattamento di alcune patologie. In particolare saranno definiti i Piani di Cura per le patologie di più frequente riscontro nel case-mix dell'ospedale.

Vengono definiti sulla base di analoghe esperienze nazionali e internazionali e delle competenze specialistiche e professionali dei medici interessati. A tale definizione partecipano rappresentanti di professionalità mediche, infermieristiche, tecniche e gestionali, anche con lo scopo di creare una cultura comune e collaborativa sui servizi integrati resi dall'ospedale al paziente.

Indirizzi metodologici I Piani di Cura costituiscono la standardizzazione del processo diagnostico e terapeutico volta a pianificare e programmare le attività e le risorse all'interno della struttura.

Sono utilizzati dai medici e da altre figure professionali i quali sono tenuti ad applicarli adattandoli con cura e razionalità ai singoli casi, se necessario, personalizzandoli o rivedendoli se interviene un cambiamento nelle condizioni del paziente. Le attività previste nei Piani di Cura, una volta adattate ed effettuate sul paziente, saranno contenute nelle cartelle cliniche, l'analisi delle quali, con l'ausilio del sistema informativo, permetterà di attuare il processo di Medical Audit e di rivedere

eventualmente i Piani stessi.

I Piani di Cura si dividono in Piani Diagnostici (PD) e Piani Terapeutici (PT).

Sono uno strumento essenzialmente clinico, prodotto e gestito dai medici; come tali quindi contengono tutte le indicazioni necessarie alla pianificazione clinica delle attività. Dai Piani di Cura è possibile estrarre le informazioni relative all'utilizzo delle risorse, rilevanti da un punto di vista economico e indispensabili per attivare il controllo di gestione: tali informazioni confluiscono nei Profili di cura standard.

I Piani di Cura assumeranno, per quanto possibile, caratteristiche standard per ogni caso; essi saranno comunque sottoposti a periodiche revisioni e aggiornamenti, tenendo conto della casistica storica e del progresso medico-scientifico.

Potrebbero inoltre contemplare una serie aggiuntiva di attività finalizzate alla ricerca clinica che, in questo modo, sarebbe meglio programmabile e verificabile. Inoltre la loro adozione consente di unificare le metodologie di lavoro e di rendere univoche le informazioni a tutti gli operatori dell'Ospedale.

Contribuiscono quindi al raggiungimento degli obiettivi di umanizzazione e qualità dei servizi in quanto consentono di fornire ai pazienti e ai loro familiari informazioni preventive circa i tempi e le modalità delle prestazioni da effettuare.

_attività libero professionale

Obiettivi È una delle opportunità di cura offerte dall'Ospedale come forma integrativa dell'assistenza istituzionale. Garantisce ai medici la possibilità di esercizio della libera professione e offre ai pazienti la possibilità di scelta del medico curante.

Indirizzi metodologici Sia in regime ambulatoriale che in costanza di ricovero i medici possono svolgere la loro attività libero professionale intramoenia secondo criteri e regole interne disciplinate dalla direzione dell'Ospedale.

Aree critiche L'esercizio di tale attività rappresenta il rispetto di un diritto dei pazienti e dei medici ma deve realizzarsi evitando privilegi di sorta.

_EMERGENZA-URGENZA

Obiettivi

- ✓ Trattare le situazioni cliniche di emergenza e urgenza nell'arco delle 24h in modo assistenzialmente efficace, organizzativamente efficiente e soddisfacente per il paziente.
- ✓ Attivarsi al massimo grado nella lotta contro il dolore.
- ✓ Ridurre la condizione d'ansia correlata agli stati di emergenza/urgenza sia per il paziente sia per gli accompagnatori.

Indirizzi metodologici L'Ospedale è organicamente inserito nella rete di gestione dell'emergenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò significa che dispone di una struttura dedicata alla risposta assistenziale in urgenza-emergenza, rispondente a quanto richiesto dalla programmazione regionale e dalla normativa nazionale, ovvero DEU (Dipartimento di Emergenza-Urgenza) di riferimento anche per altri presidi ospedalieri vicini e con alcune alte specialità, con potenziale bacino d'utenza regionale o sovra-regionale.

Il DEU è la porta di ingresso dell'ospedale per i pazienti in condizioni critiche reali o vissute come tali. L'Ospedale pertanto deve garantire ai pazienti non solo appropriatezza di cure ma l'effettiva presa in carico.

Va sviluppata una forte collaborazione con il territorio al fine di ridurre gli accessi impropri al DEU che sovraccaricano l'attività istituzionale, distogliendo le risorse all'attività propria e riducendo l'efficienza complessiva.

Il DEU è integrato nel sistema ospedale in quanto, pur disponendo di risorse umane e materiali dedicate, utilizza le *facilities* dell'ospedale per il raggiungimento degli obiettivi istituzionali. I rapporti con le altre componenti del sistema ospedale devono ridurre al minimo l'interferenza con le attività elettive e programmate.

Una volta stabilizzati e valutati nell'ambito del DEU, i pazienti in condizioni di reale emergenza e urgenza non differibile saranno inviati alle unità operative per il trattamento previsto (in regime di degenza ordinaria).

I pazienti in condizioni di urgenza differibile una volta stabilizzati e valutati nell'ambito del DEU saranno

inseriti, con criteri espliciti di priorità, nella programmazione generale dell'Ospedale.

I pazienti in condizioni non di urgenza saranno valutati e dimessi al domicilio.

Indirizzi progettuali

- ✓ percorso separato ambulanze/pedonali;
- ✓ identificazione di specifici spazi e percorsi per i diversi codici colore;
- ✓ disponibilità in contiguità di diagnostica per immagini (propria o dell'unità operativa specialistica);
- ✓ umanizzazione delle attese e delle aree di diagnosi e cura;
- ✓ identificazione di spazi dedicati per pazienti pediatrici;
- ✓ destinazione a pazienti speciali (psichiatria, ostetricia, ecc.) di aree identificate.

Principi operativi Il processo di gestione dell'emergenza-urgenza è suddiviso nelle seguenti fasi:

- ✓ accesso al DEU;
- ✓ triage;
- ✓ diagnosi;
- ✓ terapia;
- ✓ invio al domicilio o ricovero in DEU o trasferimento ad altra U.O./ospedale.

L'accesso al DEU può avvenire attraverso il sistema delle ambulanze, coordinate dal 118, o spontaneamente da parte del paziente con mezzi propri.

Il triage è il punto di partenza del processo di valutazione e trattamento e rappresenta la modalità organizzativa fondamentale che consente di identificare le priorità assistenziali e indirizzare il paziente nel tempo opportuno verso il percorso più appropriato.

I casi di conclamata emergenza ed urgenza (codice rosso) hanno una corsia preferenziale che permette di accedere direttamente alla *emergency room*. Gli altri ricevono un codice di gravità/priorità (giallo/verde/bianco). Il codice di assegnazione determina la priorità d'indirizzo verso specifiche sedi e modalità di trattamento: area di osservazione breve con letti tecnici o area ambulatoriale (*walk-in clinic*).

Terminato il processo di diagnosi e trattamento

nell'ambito del DEU il paziente può essere:

- ✓ inviato al domicilio;
- ✓ ricoverato nell'unità di degenza del DE;
- ✓ trasferito ad altra unità operativa all'interno dell'ospedale o ad altro Ospedale.

Le prestazioni erogabili dal DEU pur appearing in gran parte sovrapponibili a quelle erogabili in regime di degenza o ambulatoriale sono in realtà caratterizzate da peculiarità di emergenza-urgenza, ovvero di potenziale pericolo immediato circa le condizioni di salute del paziente *quoad vitam* (emergenza) e/o *quoad valetudinem* (urgenza) e quindi mancano del presupposto della programmabilità e dell'elezione.

Il raggiungimento degli obiettivi su esposti è raggiungibile attraverso:

- ✓ la presenza di personale medico, infermieristico, tecnico e ausiliario addestrato allo scopo;
- ✓ una struttura logistico-tecnologica adeguata e funzionale;
- ✓ un'organizzazione sanitaria capace di integrare le articolate e polispecialistiche attività coinvolte nell'emergenza.

Aree critiche

- ✓ Risorse umane con competenze nel triage.
- ✓ Interrelazioni con i servizi dell'Ospedale e con le altre unità di degenza soprattutto nella gestione della disponibilità dei posti letto.
- ✓ Difficoltà ai trasferimenti interni dall'unità di degenza breve del DEU.
- ✓ Comunicazione ai pazienti dei criteri del triage e della gestione dell'attesa.

Esperienze Una soluzione interessante è quella adottata da alcuni ospedali che prevede per il DEU un responsabile e uno staff di medici dedicato esclusivamente alla medicina d'urgenza, affiancati da altri specialisti (ortopedico, chirurgo, pediatra, ginecologo ecc.) afferenti ad altre unità operative e che ruotano sistematicamente nel DEU. A queste funzioni specialistiche vanno poi aggiunte le altre già operanti in Ospedale in

guardia interne (anestesiisti/rianimatori ecc.) o in turno di pronta disponibilità.

REGIME AMBULATORIALE

Obiettivi Erogare a soggetti autosufficienti procedure diagnostico – terapeutico – riabilitative specialistiche, singole o multiple, che non richiedono monitoraggio o terapie continuative. È da incentivare rispetto agli altri regimi di trattamento sia per evitare al paziente inutili disagi e distacchi dal suo habitat abituale sia per evitare sprechi con ricorsi inappropriati alla degenza.

Oltre a concretizzarsi come funzione assistenziale a se stante, svolge anche funzione di filtro medico per la programmazione dei ricoveri, e di controllo per i pazienti dimessi.

Indirizzi metodologici Nel grande capitolo dell'attività ambulatoriale possiamo distinguere prestazioni, sempre specialistiche e di secondo livello, differenti in quanto:

a) utilizzano solo professionalità specifiche (ad es. nelle discipline specialistiche mediche e chirurgiche presenti in ospedale);

b) utilizzano, oltre alle specifiche professionalità, apparecchiature, procedure e processi e cioè tecnologie di grande complessità, costo e impatto organizzativo. Mentre le prime possono aver luogo anche al di fuori dell'ospedale, le seconde, date la capacità e i costi, è bene siano localizzate in ospedale.

Dal punto di vista dei contenuti prestazionali si possono distinguere le seguenti aree specifiche:

- 1) ambulatori propriamente detti, suddivisibili in:
 - ✓ ambulatori indifferenziati (utilizzabili da diverse discipline specialistiche senza particolari dotazioni strumentali);
 - ✓ ambulatori dedicati a specifiche discipline, in quanto dotati di specifiche strumentazioni;
 - ✓ ambulatori dedicati ad attività chirurgiche che non necessitano di ricovero diurno o ordinario (ad

es. piccoli intereventi, medicazioni, procedure diagnostiche invasive);

- ✓ ambulatori in *cluster* per la preospedalizzazione;
- 2) diagnostica per immagini che include:
 - ✓ radiologia (compresa TAC, mammografia, angiografia, ecc.) con uso di radiazioni ionizzanti da sorgenti esterne;
 - ✓ RM;
 - ✓ ecografia;
 - ✓ endoscopie;
 - ✓ medicina nucleare (compresa PET e TAC/PET) con uso di radioisotopi;
 - 3) medicina di laboratorio (analisi cliniche, istologia, citologia, biologia molecolare, ecc.);
 - 4) radioterapia;
 - 5) riabilitazione.

È da notare che nelle predette aree vengono erogate prestazioni sia in regime ambulatoriale (a favore di *outpatients*) sia in regime di degenza ordinaria o diurna a favore di pazienti ricoverati.

Questa doppia utenza (interni ed esterni) presuppone un'organizzazione spaziale e operativa tale da rispettare le specificità e le esigenze dei due tipi di pazienti.

Principi operativi Il processo ambulatoriale prevede le seguenti fasi:

- ✓ prenotazione
- ✓ accettazione
- ✓ esecuzione dell'attività
- ✓ refertazione
- ✓ consegna risultati

L'accesso alle prestazioni avviene di regola su richiesta medica che specifichi il quesito diagnostico o la necessità terapeutica. Normalmente l'accesso è previa prenotazione (preferenzialmente telefonica o via internet) ma possono essere utilmente impiegate accettazioni dirette (contemporanee alla prenotazione con effettuazione immediata) per procedure di breve durata erogabili in gran numero e che non necessitano quindi di programmazione (ad es.: prelievi per analisi cliniche,

radiografie del torace o di segmenti ossei, ecc.).

L'eventuale pagamento va organizzato in maniera tale da evitare contatti ripetuti con gli operatori.

L'organizzazione deve consentire di eliminare le file e le attese superflue, prevedendo sportelli unici per prenotazioni, pagamento di ticket, ritiro dei referti.

È necessario fissare appuntamenti a orari cadenzati.

L'esecuzione delle attività ha diverse modalità per le differenti discipline.

Essenziale è ricercare il rispetto della puntualità rispetto alla prenotazione data.

La refertazione va effettuata il prima possibile (quando la procedura lo consente contestualmente all'attività svolta). Copia del referto va resa disponibile al paziente contestualmente o nel più breve tempo possibile. Copia va trattenuta per l'archiviazione.

È da incentivare la consegna via posta o via internet dei risultati.

Indirizzi progettuali

- ✓ attese e percorsi separati interni/esterni
- ✓ centralizzazione
- ✓ eventuale edificio autonomo per ambulatori non ad alto impatto tecnologico
- ✓ umanizzazione delle attese
- ✓ identificazione di spazi dedicati per pazienti pediatrici
- ✓ differenziazione
- ✓ ubicazione facilmente raggiungibile attraverso ingressi e percorsi brevi e chiari
- ✓ illuminazione naturale ove indicato e possibile

Aree critiche

- ✓ Liste di attesa soprattutto per quelle prestazioni dove c'è discrepanza tra offerta e domanda.
- ✓ Rispetto degli orari da parte dei medici.
- ✓ Tempi eccessivi di consegna dei risultati.

Esperienze In alcune strutture le prestazioni vengono erogate secondo linee differenziate in base alla richiesta dei cittadini e alle modalità di pagamento:

- ✓ A carico del Servizio Sanitario Nazionale, su "impe-

gnativa" redatta da medico di medicina generale. Il regime di erogazione è di equipe, e quindi non è garantita la scelta di un professionista.

A carico del paziente:

✓ In regime "istituzionale", ovvero dietro pagamento di una tariffa pre-definita dall'Ospedale, per prestazioni non previste dal nomenclatore tariffario ambulatoriale del SSN, ovvero per prestazioni per le quali l'Ospedale abbia riservato particolari tempi e spazi in questa modalità di erogazione. Il regime di erogazione è di equipe, ovvero ospedaliero (non è garantita la scelta di un professionista).

✓ In regime libero-professionale dei dirigenti sanitari. Il compenso, detratti i costi generali e di struttura, spetta al professionista che eroga la prestazione; è la modalità con cui è garantita al cittadino la scelta del professionista.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Il sistema sanitario deve assicurare che il processo generale di diagnosi e cura sia integrato e completo.

L'ospedale è quindi uno dei componenti che concorre, insieme agli altri attori, in stretta collaborazione e in rapporto sinergico, al raggiungimento dell'obiettivo generale di salute, occupandosi prevalentemente delle attività più complesse e delle patologie acute più gravi.

In senso lato, la continuità assistenziale può essere intesa anche come collaborazione con i medici di base, i servizi territoriali e le istituzioni private di assistenza socio-sanitaria, tutte figure deputate all'assistenza del cittadino.

L'Ospedale attua e monitorizza tutti i processi in grado di garantire la continuità dei servizi sanitari offerti al paziente e il coordinamento tra i diversi soggetti professionali e/o strutturali deputati all'assistenza. Questa strategia oltre che riguardare il ricovero e/o gli atti ambulatoriali svolti all'interno della struttura si pone l'obiettivo di concordare con istituti e professionisti esterni la garanzia del completamento del processo di cura.

Obiettivi Garantire che il processo di cura si estenda

sino alla completa guarigione del paziente o alla stabilizzazione della cronicità o al recupero funzionale attraverso percorsi appropriati.

Indirizzi metodologici Per ottenere tale obiettivo l'Ospedale deve disporre e coordinare le risorse interne e coinvolgere anche quelle esterne che possono essere corresponsabilizzate attraverso convenzioni e/o protocolli d'intesa con l'azienda sanitaria locale, la regione, i medici di medicina generale, ecc.

Per garantire un'effettiva continuità assistenziale è essenziale il flusso di informazioni sia all'interno che all'esterno attraverso la redazione di una documentazione completa, accurata e tempestiva, anche con l'ausilio di adeguati strumenti informatici.

Aree critiche Vi sono ancora numerosi elementi di incertezza dovuti al non facile trasferimento di persone e tecnologie dall'Ospedale al domicilio del paziente.

Assetti istituzionali e di finanziamento regionale inoltre ne possono limitare la realizzazione.

Occorre prevedere protocolli accurati e collegamenti con l'Ospedale per ricoveri improvvisi.

Esperienze Pur non essendo tra gli scopi primari dell'Ospedale, si stanno sviluppando una serie di iniziative assistenziali che trovano comunque riferimento nell'Ospedale. Pur non rappresentando queste modalità l'ambito proprio di assistenza si ritiene fondamentale la partecipazione dell'Ospedale al fine di poter garantire un ottimale *continuum of care* del paziente.

Recentemente si sono sperimentate modalità innovative tra le quali la cosiddetta "ospedalizzazione domiciliare" e le attività di Guardia Medica e di Medicina Generale di gruppo all'interno della struttura ospedaliera.

Caratteristiche essenziali di queste esperienze (che sono in continuo sviluppo, anche di definizione normativa) sono:

- ✓ la necessaria integrazione con altri soggetti deputati all'assistenza (l'Ospedale non è l'unico soggetto erogatore)
- ✓ il luogo di erogazione della prestazione è diverso dall'Ospedale (in genere il domicilio del paziente)
- ✓ è necessario prevedere propedeuticamente intese

tra l'Ospedale e gli altri soggetti deputati a garantire la prestazione assistenziale (ivi inclusi gli aspetti inerenti la definizione economica e/o di rimborso dei costi per la nuova organizzazione).

Principi operativi Durante il ricovero in Ospedale il monitoraggio e l'assicurazione della continuità vengono garantiti dal medico di riferimento che viene indicato quale referente personalizzato dell'assistito. Ha anche il compito della corretta informazione sia dell'assistito che dei medici di famiglia e/o delle strutture esterne (si veda anche paragrafo "definizione del medico di riferimento-tutoring")

Ordinariamente, all'esterno dell'Ospedale, questa figura di supporto dovrebbe essere costituita dal medico di famiglia, che può svolgere un ruolo fondamentale nel processo di assistenza al malato, sia per il suo aspetto continuativo nel tempo, sia per il rapporto di fiducia esistente con il paziente.

L'Ospedale intende sviluppare una stretta e fattiva collaborazione con i medici di famiglia che vi indirizzano i loro pazienti ponendosi come un servizio ad essi offerto.

Gli strumenti operativi per un corretto trasferimento delle informazioni dal medico di famiglia all'Ospedale sono costituiti dalla "scheda di accesso in ospedale" che riporta i dati relativi all'utente estratti dalla scheda sanitaria e la richiesta di ricovero ("impegnativa" o "base" di ricovero"). Dall'Ospedale al medico di famiglia (e ad altri medici specialisti) lo strumento principale è la relazione (o lettera) di dimissione che va consegnata contestualmente all'uscita del paziente dall'Ospedale. La lettera deve fornire tutte le indicazioni al medico curante utili e necessarie per:

- ✓ conoscere le modificazioni del quadro clinico del paziente avvenute nel periodo di ricovero;
- ✓ il proseguimento delle terapie e degli esami di controllo;
- ✓ l'erogazione dei servizi socio-sanitari indispensabili.

Nel caso di trasferimento ad altra struttura ospedaliera la lettera (di trasferimento) deve fornire al medico ospedaliero della struttura di destinazione indicazioni sulle ragioni dell'ospedalizzazione, sul processo di diagnosi e cura attuato, sui risultati significativi evidenziati, sulle condizioni del paziente alla dimissione, sulle terapie in corso.

SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA


Erogano le prestazioni singole di diagnosi o terapia e attivano e compiono i processi di cura, secondo specifici profili o protocolli preordinati, con la responsabilità dei singoli specifici "casi trattati", secondo i principi e le regole stabiliti dall'Ospedale.

Sono schematicamente distinguibili in servizi di area medica o chirurgica, ai quali principalmente compete la responsabilità dei casi trattati in ricovero, e in servizi speciali.

Non verrà trattata in questo sottocapitolo l'organizzazione di questi servizi (di tipo dipartimentale), affrontata successivamente, e neppure si danno indicazioni su quali unità operative e di che tipo di specialità prevedere, che dipendono dalle scelte specifiche di ogni singola realtà, da effettuare in base alle strategie aziendali e alle valutazioni delle necessità del territorio e della presenza nelle vicinanze di altre strutture, evitando inutili duplicazioni di specialità, in particolare se di alto livello.

Sicuramente andranno ricomprese le specialità sia di medicina che di chirurgia di tipo generale.

Si suggerisce anche di continuare a mantenere per il maggior numero possibile di unità operative specialistiche la definizione e la dizione abituale, prevista dalle tabelle ISTAT e dalle norme sanitarie: anche se infatti può essere, almeno in parte, superabile e apparire arcaica, in una visione per processi dell'attività, la definizione delle singole specialità, motivi di operatività quotidiana e necessità di rendicontazione corretta e di adeguamento a indirizzi programmatori di Regioni o Stato consigliano, almeno per il momento, questo comportamento.

Sul CD  allegato in appendice è riportato un quadro sinottico delle specialità e delle funzioni possibili nell'Ospedale, che vuole essere un ausilio alla progettazione funzionale, di aiuto nella sua sistematicità ad evitare dimenticanze o a non prevedere opportunità.

Principi operativi Senza addentrarci qui sulle modalità di funzionamento di questi servizi, ricomprese in altri settori della ricerca, vogliamo ricordare alcune peculiarità e quindi alcune necessità di previsione di politiche specifiche per alcuni servizi speciali di diagnosi e

cura, ricordando in generale l'importanza della tempestività e velocità nell'effettuazione delle prestazioni, in particolare per i ricoverati, per rendere più rapido il processo di cura, a vantaggio del malato e a riduzione dei costi legati alla durata della degenza, sempre assai notevoli: è quindi consigliabile investire per velocizzare i servizi intermedi, anche se con un aumento purché contenuto dei costi, che non risparmiare in radiologia o laboratorio pochi euro a scapito dell'aumento della durata di degenza, che costa centinaia di euro. Le valutazioni economiche vanno cioè focalizzate più sul costo dell'intero processo effettuato e sulla sua durata, che non sui singoli componenti.

servizi di laboratorio

Indirizzi metodologici Devono essere previsti in modo adeguato tipologia di analisi, potenzialità e dotazione sia di apparecchiature che di professionalità specifiche.

Gli esiti devono pervenire con tempestività e continuità; non è necessario uno specifico laboratorio per le urgenze che possono essere gestite dall'unico laboratorio centrale in modo prioritario; è inoltre da valutare la disponibilità di metodiche in settori particolari (ad es.: terapie intensive o sale operatorie) o *point of care*; sono riportati valori normali e intervalli di riferimento e valori storici di precedenti esami (evidenziabili anche graficamente con grafici) per facilitare l'interpretazione e la valutazione dei risultati.

Nei laboratori devono essere in vigore, osservate e documentate, procedure di controllo della qualità e programmi di sicurezza; le apparecchiature sono regolarmente controllate, mantenute e calibrate, e tali attività sono opportunamente documentate.

È fortemente raccomandata la certificazione di qualità.

Un'opzione da valutare con attenzione è quella dell'affidamento in service, eventualmente anche all'esterno, se del caso consociandosi con altre strutture, dei servizi di analisi cliniche: in questo caso particolare attenzione e specifiche procedure vanno previste per le urgenze.

_servizi di diagnostica per immagini

Indirizzi metodologici Devono essere previste le opportune metodiche radiologiche o di altro tipo, con dotazione di apparecchiature adeguata qualitativamente e quantitativamente e professionalità specifiche sia mediche che tecniche adeguate.

Gli esiti devono pervenire con tempestività e continuità, sia per gli esami routinari che per le urgenze e in particolare per gli esami al letto del malato nelle degenze ordinarie o intensive o nelle sale operatorie.

Per gli aspetti di diagnosi anche le endoscopie vanno trattate come diagnostiche per immagini.

Per le metodiche ecografiche si sta assistendo a una sempre maggiore diffusione e periferizzazione nelle singole specialità che le usano; si ritiene che questo processo vada assecondato ma governato e che sia sempre comunque opportuno avere un reparto di diagnostica ecografica centralizzato in radiologia nel quale eventualmente far operare su appuntamento specialisti anche non radiologi che, per limitato numero di prestazioni, non vedono giustificata nel loro servizio la presenza di macchinari di alta qualità e alto costo.

I radiologi e gli altri operatori collaborano correntemente e facilmente al fine di analizzare congiuntamente e integrare le valutazioni sul paziente e di valutare i bisogni più urgenti e/o importanti di assistenza.

I programmi di radioprotezione sono in vigore, osservati e documentati.

Le apparecchiature sono controllate, mantenute e calibrate sia per la qualità di immagini che per gli aspetti proteximetrici.

Si ritiene poi oggi che tutte le immagini sanitarie formate in Ospedale possano e debbano essere digitali o digitalizzate e quindi essere archiviate e rese disponibili agli interessati per via elettronica (e solo in alcuni casi, per specifiche necessità per i ricoverati e sempre per gli esterni, stampate su pellicola fotografica in copia): questo favorisce molto la velocità e la sicurezza nella disponibilità per i clinici di immagini oltre che dei referti, e consente di disporre in via telematica di competenze specifiche (ad es. per il pronto soccorso con un unico radiologo disponibile per più strutture o per la neuroradiologia) e consente di evitare la necessità della presenza di un archivio fisico radiologi-

co di pellicole, oneroso in termini di spazio e di gestione.

Opzione da valutare con attenzione anche per la diagnostica per immagini è quella dell'affidamento in out-sourcing del servizio: in questo caso particolare attenzione e specifiche procedure vanno previste con cura per definire tipologie e livelli di servizio e qualità delle prestazioni necessarie.

_servizi di anestesia

Indirizzi metodologici Il servizio anestesilogico è centralizzato.

Il trattamento di anestesia è pianificato e documentato.

Personale medico qualificato effettua le valutazioni preanestesia; i rischi, le potenziali complicanze e le possibili alternative sono discusse e valutate con il paziente o i suoi familiari o chi ne fa le veci.

Le condizioni pre, durante e post anestesia sono valutate, monitorate su base continua e registrate nella cartella clinica.

Vengono utilizzate apparecchiature collaudate e controllate e presidi e farmaci secondo le raccomandazioni delle associazioni scientifiche degli Anestesisti.

_servizi operatori

Indirizzi metodologici I servizi operatori sono centralizzati.

Ogni trattamento chirurgico è pianificato e documentato.

Le condizioni fisiologiche, patologiche e l'intervento sono monitorati su base continua e registrati in cartella clinica.

Le sedute operatorie sono programmate per numero e caratteristiche periodicamente da un sistema di gestione preferibilmente non affidato ad anestesisti e/o chirurghi ma ad addetti all'organizzazione e gestione.

I programmi operatori sono predisposti con congruo anticipo ed in base a criteri e metodi di controllo concordati e proceduralizzati.

Vengono regolarmente effettuati controlli e valutazioni su tempi di predisposizione sale, cambi, sanificazione, induzione, risveglio e sulle complicanze insorte.

La descrizione dell'intervento viene effettuata prontamente e registrata in cartella clinica e su appositi registri, insieme alla descrizione di eventuali richieste di analisi istologiche sui pezzi.

Sono attive e osservate specifiche procedure per la richiesta di esami istologici, in particolare se estemporanei, e per la tempestività e l'affidabilità delle risposte

_servizi di farmacia

L'organizzazione dell'uso dei farmaci deve mirare a far fronte con efficienza ai bisogni dei pazienti.

Indirizzi metodologici I servizi per l'approvvigionamento, il controllo, la disponibilità, la preparazione, la distribuzione e la somministrazione dei farmaci rientrano a nostro avviso a buon diritto, per la loro natura e la loro importanza, tra i servizi speciali di diagnosi e cura, pur essendo talvolta descritti come parte di quelli sussidiari o integrativi.

Una idonea dotazione di farmaci, compresi in un prontuario messo a punto e mantenuto nell'Ospedale, è sempre in dotazione o prontamente disponibile nei reparti o nella farmacia centrale.

Apposite procedure, che prevedono l'esplicitazione dei motivi della richiesta, sono previste per l'approvvigionamento di farmaci non in prontuario.

In particolare farmaci e presidi per le urgenze sono sempre presenti, in carrelli tutti uguali, sigillati, in ogni reparto che ne possa aver bisogno, in modo che tutti gli operatori che intervengano sappiano con esattezza cosa possono trovare e dove per l'emergenza: dopo l'uso il carrello viene rifornito e ricostituito integro e nuovamente sigillato.

La prescrizione, l'ordinazione, la somministrazione e il monitoraggio di farmaci sono guidati da specifiche politiche e procedure, che prevedono la sicurezza nella identificazione del paziente, della dose di somministrazione e della farmacovigilanza.

I farmaci sono conservati e preparati, secondo le buone norme, in ambienti sicuri e puliti: in particolare chemioterapici-antiblastici, soluzioni per nutrizioni parenterali e preparati per somministrazione endovenosa ad alto costo sono preparati in un sito centralizzato (o la farmacia, o il day-hospital oncologico per gli antiblastici)

secondo procedure che garantiscano la tracciabilità e l'individuazione delle responsabilità dalla prescrizione alla somministrazione e consentano di rilevare eventuali errori, a che cioè consentano la preparazione e la somministrazione dei farmaci nella giusta dose, per il paziente giusto e al momento giusto. Interessanti anche se da perfezionare le esperienze con l'uso di *unit-dose* e con sistemi di sicurezza per l'identificazione del paziente cui somministrare la preparazione farmacologica.

Prescrizioni, somministrazioni ed effetti dei farmaci sono registrati in cartella clinica. Effetti collaterali e errori di somministrazione sono segnalati secondo apposite procedure.

L'Ospedale predispone un sistema di controllo dell'approvvigionamento, conservazione preparazione e distribuzione e somministrazione dei farmaci, da parte di professionisti idonei, con l'uso accentuato di sistemi informatici.

Prescrizioni e ordinazioni di farmaci sono verificate.

È organizzato un sistema di richiamo dei farmaci, di allerta sulle segnalazioni del Ministero della Salute e di controllo e eliminazione di farmaci in scadenza o sorpassati.

_Accoglienza, ospitalità e servizi alla persona

Numerose attività e servizi non direttamente collegati con il processo di diagnosi e cura (“servizi accessori”) hanno acquistato sempre maggior importanza in relazione ai principi di centralità del malato, che deve trovare il soddisfacimento dei suoi bisogni di salute e cioè di uno stato di benessere fisico, psichico e sociale. In questo quadro il rispetto e l’attenzione alla persona e la soddisfazione del “cliente” sono diventati parte essenziale del processo di erogazione del servizio in analogia a quanto avviene in tanti altri settori della vita sociale.

_RELAZIONI CON IL PUBBLICO

La comunicazione con la struttura e l’ascolto delle necessità e dei suggerimenti dei cittadini sono strumenti essenziali per il miglioramento del servizio e il soddisfacimento degli utilizzatori.

Di norma la struttura organizzativa di *front line* predisposta per questa funzione di interfaccia tra l’Ospedale e l’assistito è costituita dall’Ufficio Relazioni con il Pubblico (vedi).

_rapporti con la direzione

Obiettivi Favorire la possibilità di un rapporto diretto tra il cittadino e la direzione dell’Ospedale.

Indirizzi metodologici Il paziente (o persona da lui delegata) deve poter sottoporre alla direzione ospedaliera (generale, sanitaria o amministrativa) proprie richieste di chiarimenti, osservazioni, lamentele o ringraziamenti.

_ufficio relazioni con il pubblico

Obiettivi Svolgere funzione di indirizzo e guida degli utenti.

Raccogliere suggerimenti, apprezzamenti ed eventuali lamentele.

Porsi come iniziale interfaccia verso i pazienti e dare le prime risposte alle loro sollecitazioni.

Fornire ai pazienti e ai visitatori un costante punto di riferimento per le esigenze di ordine socio-sanitario collegabili ai servizi offerti dall’Ospedale.

Indirizzi metodologici Il personale deve conoscere l’organizzazione dell’Ospedale e i suoi nodi critici, deve disporre di un approccio empatico, di capacità all’ascolto. Deve intervenire in tempo reale quando sa che il problema è risolvibile nell’immediato, altrimenti ascolta, raccoglie le richieste e si impegna a dare risposta.

Indirizzi progettuali Deve essere ubicato in posizione facilmente raggiungibile dagli interessati, con un orario di apertura per sei giorni la settimana di almeno 8 ore.

_carta dei servizi

Obiettivi Illustrare la *mission* dell’Ospedale, i suoi obiettivi, le sue strategie e la sua organizzazione per raggiungerli.

Comunicare i principi fondamentali ai quali deve essere uniformata l’erogazione dei servizi, gli impegni “contrattuali” sulla qualità degli stessi e i diritti e doveri degli operatori e degli utilizzatori.

Presentare, in maniera analitica, i servizi offerti, le modalità di accesso agli stessi, i meccanismi e le procedure.

Indirizzi metodologici Il documento deve essere completo nelle informazioni, facilmente consultabile, aggiornabile, agile e gradevole nella veste tipografica.

È opportuno che la carta dei servizi sia diffusa anche attraverso il sito internet istituzionale.

Aree critiche Vanno evitate banali e semplicistiche affermazioni di principio puntando a un documento che sia realmente utile per la comunicazione e l’informazione ai cittadini e non strumento di propaganda.

Particolare attenzione va posta al costante e tempestivo aggiornamento dei dati e delle informazioni contenute.

_COMFORT E SICUREZZA PERSONALE

L’Ospedale garantisce un alto livello di ospitalità curando in particolare gli aspetti del comfort e tutela della privacy e della sicurezza individuale al fine di assicurare la necessaria serenità del paziente.

_comfort

Obiettivi Adottare tutti gli elementi strutturali, impiantistici, di arredo e comportamentali che rendano percepibile all’ospite e agli operatori di trovarsi in un ambiente gradevole e “amichevole”.

Indirizzi metodologici Ambiente a misura d’uomo, confortevole e amico (architettura, arredi, finiture, colori, qualità materiche, segnaletica, suoni, odori, temperatura, umidità, ventilazione, luminosità, vista, pulizia e igiene).

Tutto deve comunicare calore e accoglienza (non freddezza tecnica, ostilità e paura).

Vanno garantite privacy, comfort, accoglienza, ascolto, orientamento, trasparenza, comunicazione, informazione.

Possibilità di comunicazione e di mantenimento di rapporti personali (telefono, possibilità di accompagnatore, orari di visita liberi, ecc.)

Ergonomia, ovvero corretta interrelazione tra uomo, macchina e ambiente, per i cittadini e gli operatori (facilità e affidabilità nell’uso di macchine e impianti e nelle attività quotidiane).

Indirizzi progettuali Particolare attenzione e cura va posta a:

- ✓ entrate, parcheggi, hall d’ingresso (reception/informazioni, sale d’attesa, bar, negozi, ecc.)
- ✓ stanza di degenza (a uno o due letti, dotata di servizi igienici, televisione, ecc.)
- ✓ sistemi di condizionamento e illuminazione
- ✓ aree a verde interne ed esterne
- ✓ controllo del rumore
- ✓ utilizzo dei colori

Principi operativi Rendere disponibile una serie di servizi di comfort come edicola/libreria, bar/tavola calda,

negozi, parrucchiere, fiorista, agenzia viaggi, ufficio postale, sportello bancario, ecc., soddisfacendo per quanto possibile le esigenze dei pazienti.

_sicurezza personale

Obiettivi Assicurare agli ospiti la serenità che deriva dalla certezza della tutela della propria persona e dei propri beni.

Principi operativi Oltre alle misure generali di sicurezza meglio esplicitate nel sottocapitolo “sicurezza” (al quale si rimanda), si focalizza qui l’attenzione alla protezione dei pazienti da aggressioni fisiche che prende in considerazione in primis minori, disabili e anziani o chiunque sia impossibilitato a proteggersi da solo.

Vanno previste misure per il controllo di soggetti privi di identificazione in aree critiche e/o necessitanti di particolari misure di sicurezza.

L’ospedale adotta misure per tutelare i beni del paziente da furti e/o smarrimenti attraverso la possibilità di custodia dei beni personali in cassette di sicurezza.

_SERVIZI ALBERGHIERI E DI SUPPORTO

Obiettivi Per l’ospitalità umanizzata e di buon livello dei degenti, degli accompagnatori, dei familiari e dei cittadini che accedono ai servizi ambulatoriali o integrativi dell’Ospedale devono essere organizzati convenientemente servizi di accoglienza ed ospitalità.

Per supportare con i necessari apporti e servizi le attività di diagnosi e cura vanno previsti, realizzati e gestiti appositi servizi di supporto.

Tra i servizi di ospitalità ricordiamo ad es. cucina, mensa, ristorante, caffè-bar, tisaneria, pulizie e sanificazione, smaltimento rifiuti, esercizi commerciali per generi di conforto e da toeletta, giornali e riviste e libri, parrucchiere e barbiere, agenzia viaggi, fiorista ecc., gestione verde e parchi, gestione parcheggi, disinfestazione, guardaroba, lavanderia, posta, comunicazione/telefonia, TV e radio, idraulica, riscaldamento, condizionamento, illuminazione, manutenzione edifici e impianti, manutenzione ascensori, portineria, guardianaggio, security, reception, informazioni, prenotazioni, accettazio-

ni ambulatoriali e di ricovero, ritiro referti, cassa, trasporti con ambulanze o altri mezzi, ed altri eventuali.

Tra i servizi di supporto ricordiamo, oltre a molti di quelli prima citati: lavaggio strumenti e ferri chirurgici e sterilizzazione, chiamata infermieri e allarme, informatica telematica e trattamento dati, controllo conduzione e manutenzione impianti termoidraulici, elettrici (routinari e di emergenza), generali e medicali (gas, vuoto, aria compressa, ecc), apparecchiature medicali, telefonia/comunicazione/dati, trasporti, antincendio e sicurezza e altri eventuali.

In altra parte della relazione, alla quale si rimanda, viene affrontato l'argomento dell'opportunità della gestione in proprio o dell'affidamento in *service* di questi e altri servizi. In linea generale comunque appare preferibile concentrare le attenzioni e gli sforzi dell'Ospedale sui servizi *core* affidando all'esterno, con le dovute cautele e controlli, i servizi non sanitari.

In questa sede elencheremo parzialmente e delineeremo solo molto sommariamente caratteristiche suggerite e peculiarità, soffermandoci solo su alcuni aspetti di alcuni di questi servizi.

_cucina e alimentazione

Obiettivi Un vitto appetitoso e accattivante può essere motivo di ristoro psicologico oltre che fisico e atteso con aspettativa e soddisfazione quale momento positivo della giornata del degente. Per questi motivi, oltre che per il fatto che una sana e buona alimentazione costituisce un valido strumento di assistenza, il vitto va particolarmente curato e rappresenta, insieme alla pulizia, all'igiene e alla biancheria da letto, uno dei componenti principali per la soddisfazione del degente e quindi per il miglioramento del suo stato di salute.

Indirizzi metodologici I pasti, appropriati per il paziente e coerenti con il suo trattamento clinico, sono serviti regolarmente in orari simili a quelli abituali per la collettività.

Preparazione, conservazione, distribuzione e somministrazione degli alimenti sono sicuri, conformi alle norme e bene accettati dagli utilizzatori.

Per ottenere risultati qualitativamente migliori appare consigliabile che la cucina per la preparazione e il confezionamento dei pasti sia all'interno dell'Ospedale,

sia a conduzione diretta e sia affidata in *service*.

È data ampia possibilità di scelta a coloro ai quali le condizioni proprie lo consentono. Tutti ricevono prescrizioni alimentari o nutrizionali motivate, basate sulle specifiche condizioni e fabbisogni nutrizionali, che possono prevedere una dieta libera o invece anche prevedere il divieto di assunzione di cibi per via orale, una dieta speciale, una nutrizione per via entrale o parenterale.

_lavaggio e sterilizzazione

Indirizzi metodologici Mentre per la biancheria e i tessili non monouso appare fortemente raccomandabile il ricorso a lavanderie esterne in *service*, per il lavaggio e sterilizzazione di strumenti e ferri e biancheria lavata o nuova può essere consigliabile il ricorso a un sistema interno che rispetto a quelli esterni, ancorché sicuramente centralizzato, consente una migliore velocità di risterilizzazione e un più sicuro controllo non tanto sul processo a caldo o a freddo di sterilizzazione quanto sul trattamento di strumenti o componenti delicati e di difficile maneggio.

Oltre alla sterilizzazione centrale, che funzionerà prevalentemente col sistema dei set dedicati per specifico intervento, integrati eventualmente da *set* generali, sarà opportuno prevedere piccoli lavaggi e substerilizzazione nei blocchi operatori, per il trattamento rapido di ferri incidentalmente non più sterili o a rapidissimo riutilizzo, e nelle endoscopie, per il lavaggio e trattamento diretto degli endoscopi.

_pulizie

Obiettivi Senza entrare nel dettaglio di questo argomento ne rammentiamo la grande importanza per motivi di buona ospitalità e soprattutto per motivi igienici.

Indirizzi metodologici La lotta alle infezioni ospedaliere, nelle degenze e nei locali adibiti a prestazioni di diagnosi e cura e a maggior ragione nelle sale operatorie inizia da valide pulizie e buona sanificazione.

Importanti quindi le procedure previste, specialmente nei luoghi dove sono effettuate procedure in asepsi, e il rigore con cui vengono seguite e controllate le pulizie.

gestione dei rifiuti

Obiettivi Minimizzare il rischio connesso alla presenza di rifiuti e/o materiale non destinato a successivo utilizzo nella medesima sede.

Osservanza della normativa vigente (in particolare ex D.Lvo 22/97 e successive disposizioni e/o integrazioni nazionali o regionali).

Educare e sensibilizzare operatori ed assistiti alle problematiche connesse.

Indirizzi metodologici Istituzione e monitoraggio di adeguate procedure per la:

- ✓ Classificazione e raccolta differenziata (nell'ambito dei pericolosi, assimilabili agli urbani e non, tossici e nocivi, parti anatomiche, sottoposti a sorveglianza e radioattivi, ecc.);
- ✓ Distinti percorsi e osservanza delle norme e prescrizioni igieniche e di tecnica ospedaliera;
- ✓ Distinte procedure di innocuizzazione e/o imballaggio tale da garantire sicurezza nel trasporto interno;
- ✓ Distinti spazi di stoccaggio provvisorio;
- ✓ Distinte modalità di smaltimento e/o consegna al competente servizio;
- ✓ Adeguata formazione del personale;
- ✓ Adeguata informazione e sensibilizzazione agli utenti (pazienti e visitatori).

SERVIZI INTEGRATIVI

Per ottenere un'adeguata risposta alle necessità della persona non solo di tipo sanitario ma anche psicologico e sociale è necessario che l'Ospedale si doti di una serie di servizi per attività "perisanitarie" che, ancorché non proprie del mondo sanitario, è bene che lo integrino.

assistenza sociale

Obiettivi Prendersi cura dei problemi di ordine sociale e familiare che riguardano gli assistiti, nei limiti delle funzioni previste dalle leggi vigenti.

Indirizzi metodologici Il servizio deve utilizzare personale competente, disponibile all'ascolto e capace di interagire con gli interlocutori in modo efficace (ad es. assistenti sociali e sanitarie).

Il servizio è attivato sia su richiesta degli stessi pazienti che su sollecitazione dei familiari o dei curanti.

In particolare vengono attivati tutti i canali e i contatti istituzionali necessari per fronteggiare situazioni critiche.

assistenza psicologica

Obiettivi Prendersi cura dei problemi di ordine psicologico che riguardano gli assistiti e i familiari.

Facilitare la comprensione, l'accettazione e l'esecuzione del processo di cura, limitandone la traumaticità psicologica.

Indirizzi metodologici Va sensibilizzato tutto il personale sugli aspetti psicologici dei rapporti tra operatori e paziente, tra i pazienti e del paziente stesso con il suo stato di malattia.

Questo avviene tramite momenti educativi istituzionali ovvero durante la formazione di base del personale e cioè:

- ✓ nell'ambito delle scuole e delle attività formative all'interno dell'Ospedale oppure nel corso del processo di formazione continua del personale;
- ✓ durante la preparazione prevista prima dell'introduzione nell'organico di nuovo personale.

L'attenzione agli aspetti psicologici deve essere continua e sintonica con tutte le altre dimensioni delle attività di cura e della loro conduzione.

Aree critiche Rischio di disarmonia tra gli interventi di assistenza psicologica e attività di altro tipo con sviluppo di ostacoli e conflitti tra gli attori invece che facilitazione e reciproca comprensione.

Esperienze Servizi di Psicologia clinica e di psico-oncologia in ospedali generali e oncologici.

_registrazione anagrafica dei neonati

Obiettivi Garantire il rispetto delle norme vigenti sulla registrazione anagrafica dei neonati.

Principi operativi Il servizio è inserito nell'ambito delle funzioni della direzione sanitaria e adempie tutte le incombenze previste dalla legge, integrandosi con i servizi anagrafici comunali, sollevando i genitori da queste incombenze obbligatorie.

_assistenza religiosa

Obiettivi Garantire la possibilità di culto nella religione praticata, anche con assistenza di ministri del culto.

Indirizzi progettuali Assicurare spazi idonei per il culto nelle diverse religioni, in particolare per quelle più diffuse.

Esperienze Sale multiculto che affiancano la "cappella" cattolica, come in altri contesti sociali (ad es. gli aeroporti).

_volontariato

Obiettivi Facilitare le iniziative e integrare le risorse di solidarietà e aiuto da parte di cittadini e organizzazioni disponibili a supportare l'Ospedale e i suoi assistiti.

Indirizzi metodologici Le attività di volontariato sono promosse o facilitate dalla direzione dell'Ospedale, che è interessata a fornire il massimo supporto e ne disciplina le attività da un punto di vista logistico e organizzativo.

Aree critiche Possibili conflittualità all'interno delle stesse associazioni.

Coordinamento per l'integrazione delle attività di volontariato con quelle istituzionali.

_assistenza scolastica

Obiettivi Organizzare, d'intesa con i circoli didattici afferenti per territorio, un servizio scolastico suppletivo

per i bambini soggetti a degenze prolungate o ripetute.

Indirizzi progettuali Definire presso le pediatrie, insieme a zone per il gioco e lo svago e a una piccola biblioteca multimediale, spazi idonei all'attività scolastica per pochi soggetti di livello scolare differente.

_associazioni di tutela dei diritti del malato

Obiettivi Stabilire buone relazioni con le associazioni di tutela dei diritti presenti sul territorio al fine di consentire una rappresentazione obiettiva all'Ospedale delle necessità, problematiche e desideri da parte dei cittadini e da parte dell'Ospedale di comunicare le proprie realtà e problematiche.

Indirizzi metodologici La direzione cura i rapporti con le associazioni di tutela dei diritti per garantire il corretto svolgimento dei reciproci compiti, in trasparenza e collaborazione, senza sconfinamenti in responsabilità o diritti non pertinenti a ciascuna delle parti.

Aree critiche Possibile conflittualità e "invasività" non controllata, con difficoltà a tutelare gli interessi del malato e far capire le "ragioni" dell'ospedale.

_vigilanza interna e tutela della sicurezza

Obiettivi Garantire un servizio di vigilanza interna che protegga i malati, il personale e i beni da azioni criminali.

Indirizzi metodologici Il servizio, in gestione diretta o in *outsourcing*, opera con i moderni strumenti tecnologici nel rispetto della privacy e delle norme che tutelano la riservatezza, collegandosi se del caso con le forze dell'ordine.

Tutela dei diritti e promozione della salute

L'Ospedale garantisce l'attenzione a tutti i diritti della persona, non solo quindi nella fase di malattia, ma anche per quanto attiene il mantenimento dello stato di salute, intesa come diritto al benessere fisico, psichico e sociale.

In questo ambito particolare rilevanza ha l'attenzione ai diritti generali di informazione, educazione e tutela delle categorie deboli.

L'Ospedale intende instaurare un rapporto di fiducia e comunicazione coi cittadini, per comprendere e tutelare i valori spirituali, psico-sociali e culturali di ciascun soggetto e per chiedergli con cognizione il rispetto dei valori dell'Ospedale e delle sue regole.

Il paziente è informato sui suoi diritti e su come esercitarli e sulle regole dell'Istituzione, e il personale tutto è educato a comprendere e rispettare le credenze e i valori della persona e a fornire cure premurose e rispettose con tutela della dignità del paziente.

INFORMAZIONE PER E DEL PAZIENTE

I principi fondamentali per una corretta politica dell'informazione che ponga il paziente al centro sono in sintesi:

- ✓ i diritti del paziente e in particolare quello all'informazione, debbono essere considerati prioritari per l'Ospedale;
- ✓ l'Ospedale assicura una corretta accessibilità all'informazione clinica;
- ✓ al paziente debbono essere fornite informazioni chiare, comprensibili e appropriate circa l'assistenza e la condizione clinica;
- ✓ devono essere previste procedure esplicite per l'acquisizione del consenso del paziente per ogni atto medico rilevante (vedi oltre);
- ✓ l'Ospedale sostiene il diritto di pazienti e familiari a partecipare al processo di cura, anche in relazione alla possibilità di rifiuto o interruzione consapevole del trattamento clinico;

- ✓ è imperativo il rispetto della privacy, dignità e libertà del paziente;
- ✓ il personale conosce e tutela correttamente i dati personali e sanitari del paziente;
- ✓ il paziente viene correttamente informato su come accedere a ricerche, indagini o sperimentazioni cliniche e su come vengono tutelati i pazienti che scelgono di parteciparvi;
- ✓ l'Ospedale attua una politica per il corretto uso dell'informazione del e per il paziente e adotta procedure idonee per il monitoraggio e l'accoglimento di segnalazioni di possibili disfunzioni del sistema.

Esperienze Non è un caso che nel documento che viene considerato il *manifesto* dell'accreditamento degli ospedali (*Minimum Standards for Hospitals, American College of Surgeons, 1919*), prodotto negli USA più di 80 anni fa, tra i requisiti fondamentali dell'assistenza ospedaliera venga ricompresa la Cartella Clinica, ovvero la documentazione del paziente che viene prodotta nel corso del ricovero.

In tutti i manuali per l'accreditamento degli ospedali viene data corretta enfasi all'importanza della documentazione clinica, quale fonte di dati per la corretta informazione del e per il paziente. Nel documento dell'ANAES, l'organismo deputato all'accreditamento degli ospedali francesi, la problematica viene inserita nel contesto dei diritti del paziente.

diritto all'informazione e consenso informato

Obiettivi Assicurare al paziente informazioni chiare, complete e comprensibili anche al fine di permettergli di essere soggetto e non oggetto delle cure proposte, che devono essere da lui condivise e accettate (salvo casi particolari specifici) e per le quali deve quindi esprimere valido consenso.

Indirizzi metodologici A ogni paziente sono date, attraverso un processo definito dall'Ospedale, idonee informazioni, preferenzialmente per iscritto.

In particolare, gli assistiti sono costantemente informati circa:

- ✓ la condizione clinica
- ✓ il trattamento e/o atti medico-sanitari proposti
- ✓ potenziali benefici e possibili inconvenienti delle cure
- ✓ possibili alternative alla cura proposta
- ✓ probabilità di successo della cura proposta
- ✓ possibili problemi di recupero
- ✓ possibili conseguenze di un mancato trattamento
- ✓ i risultati delle cure
- ✓ l'identità del medico e degli altri operatori sanitari addetti alla sua cura.

Tutte le informazioni sono fornite con modalità (ivi compresa la lingua) che le rendano ben comprensibili per l'assistito e idonee a consentirgli l'espressione di un consenso alle cure realmente informato.

In alcuni casi previsti dalla legge (terapie con sangue e/o emoderivati; ricerche, indagini e sperimentazioni cliniche; espianto di organi ecc.) e in altri casi importanti da definire con politiche specifiche (ad es. procedure chirurgiche o invasive; pratiche anestesologiche; procedure e trattamenti ad alto rischio; uso di mezzi di contrasto ecc.) il consenso va espresso per iscritto, con esplicita sottoscrizione o espressione della volontà dell'assistito e identificazione dell'operatore proponente il consenso. In particolare sono discussi con il paziente o i suoi familiari o chi ne fa le veci i rischi, i benefici, le potenziali complicanze e le possibili alternative in vista di un trattamento chirurgico.

Del processo di formulazione del consenso va tenuta documentazione in cartella clinica.

È buona norma consentire un tempo per la riflessione tra la informativa e l'acquisizione dell'espressione del consenso.

Il consenso non deve mai essere un mero atto formale-burocratico, privo di valore anche medico legale, ma sempre l'espressione di una scelta consapevole e quindi di una partecipazione e compliance ai processi di diagnosi e cura.

partecipazione e compliance o rifiuto e/o interruzione dei processi di diagnosi e cura

Obiettivi L'Ospedale sostiene il diritto del paziente di partecipare attivamente al processo di diagnosi e cura e nessun atto può essere effettuato su di lui senza il suo accordo.

Indirizzi metodologici Vengono sviluppate per questo specifiche politiche e procedure che tutto il personale è tenuto ad applicare sull'informazione e il consenso.

Il paziente in tal modo è messo in condizione, consapevolmente, di esprimere:

- ✓ l'assenso alle cure proposte
- ✓ l'opzione per possibili cure e trattamenti alternativi
- ✓ il diritto di rifiutare e/o sospendere il trattamento
- ✓ la coscienza delle conseguenze della decisione
- ✓ l'assunzione delle responsabilità derivanti dalla decisione.

È sempre possibile per il paziente, nel rispetto delle norme vigenti e fatte salve le eccezioni previste per legge (ad es.: trattamenti sanitari obbligatori), rifiutare e/o interrompere il processo di cura, configurandosi con ciò di norma la dimissione volontaria del paziente (contro il parere dei sanitari).

Aree critiche Talvolta, ancora oggi, nonostante l'evoluzione dei doveri dei medici alla informazione (nuovo codice deontologico) e della legislazione sui diritti all'informazione del solo interessato e del diritto alla privacy, l'informazione non viene data all'interessato, per malintesi aspetti "umanitari" (o spesso per insufficiente impegno dei sanitari), ma ai suoi familiari.

Questo è illecito, inopportuno e da proscrivere.

doveri degli assistiti e dei familiari

Obiettivi Definito che possiamo considerare il rapporto dell'assistito con l'Ospedale una sorta di "contratto di servizio" che l'Ente cerca di rendere, per quanto possibile, esplicito, chiaro ed a garanzia dell'assistito stesso, è utile ricordare anche la funzione di con-

traente da parte del paziente o dei suoi familiari, con gli obblighi che ne conseguono.

Indirizzi metodologici Attraverso idonee procedure (preferenzialmente per iscritto) e in analogia con quanto previsto a proposito dei diritti, gli assistiti saranno resi edotti dei loro doveri, quali soggetti attivi, e quindi sulle possibili conseguenze di loro atti relativi al processo di cura, alla permanenza in Ospedale, ai rapporti con il personale e con i medici. Ad esempio, atti relativi all'espressione dovuta di un valido consenso ovvero di un dissenso sul programma di cure. Esemplicativamente si possono distinguere: elaborazioni di piani di cure alternativi (parziali o totali) su cui a sua volta il medico curante esprima il proprio assenso; in questo caso il nuovo piano di cura sarà quello approvato dall'assistito; rifiuto di piani di cura (ovvero casi in cui accanto al dissenso del paziente ci sia anche quello del curante): in questo caso si informerà il paziente dell'impossibilità di prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico con la possibile conseguenza della dimissione. È fatta comunque salva la possibilità di eventuale ricorso attraverso segnalazione all'URP. La Direzione Sanitaria dell'Ospedale, se del caso sentito anche il Comitato Etico, dovrà esprimersi in tempi ragionevoli e comunque con lo scopo di minima interferenza con i normali processi assistenziali.

Rientrano nella tipologia del rifiuto di cura anche comportamenti chiaramente difformi e non coerenti con la normale collaborazione richiesta per il processo di diagnosi e cura (ad esempio: rifiuto di un singolo atto medico, assunzione di sostanze chiaramente proscribed, ecc.). Su questi il curante è chiamato ad esprimersi ed in caso di constatazione dell'interruzione del rapporto fiduciario a prenderne atto con i provvedimenti conseguenti.

Specifico dovere di tutti gli utilizzatori dell'Ospedale, e in particolare dei degenti, è quello di osservare le norme, le indicazioni e le procedure dell'ente, e attivarsi per una serena e costruttiva convivenza, con rispetto degli altri ospiti e del personale e con comportamenti educati, evitando ad es. violazioni del divieto di fumo, affollamenti, rumori molesti e in genere atteggiamenti aggressivi o contestativi non consoni alla normale vita nell'ambito di una collettività.

_diritti e doveri, rispetto all'informazione, delle diverse figure professionali (medici, infermieri, altri)

Obiettivi Informare adeguatamente tutto il personale in merito alle condizioni cliniche e personali, ai valori e alle credenze del paziente e in merito ai doveri di tutela dei diritti dell'assistito è principio fondamentale per garantire una corretta reciproca informazione integrata per tutti gli attori del processo di diagnosi e cura.

Indirizzi metodologici Ciascuna figura professionale conosce il proprio ruolo e i propri doveri e sa come rispettare i diritti del paziente durante il processo assistenziale in cui è coinvolto.

_privacy e sicurezza dei dati

Obiettivi Assicurare i massimi livelli di sicurezza e riservatezza possibili per le informazioni cliniche e personali, che sono dati sensibili.

Indirizzi metodologici È necessario garantire il rispetto della normativa vigente con particolare riferimento alla legge 675/96 e successive modifiche e integrazioni.

La documentazione sanitaria personale costituisce la base dati fondamentale del sistema informativo sanitario, gestionale e amministrativo dell'ospedale e può essere utilizzata per scopi:

- ✓ di diagnosi e cura;
- ✓ personali e/o medico legali del paziente;
- ✓ di gestione e programmazione delle attività ospedaliere;
- ✓ epidemiologici e/o di debito informativo del SSN/SSR e/o del SIS o di altri enti deputati a rilevazioni statistiche-amministrative;
- ✓ di ricerca-sperimentazione in ospedale o di al di fuori di esso.

Viene individuato un responsabile del trattamento dei dati.

gestione della documentazione sanitaria

Obiettivi Registrare le informazioni e conservare ordinatamente la documentazione per ogni procedura, risultato e ogni evento intercorso che costituiscono il presupposto e il mezzo per la corretta conduzione del processo di diagnosi e cura, la sua valutazione clinica, gestionale e di controllo, immediata o a distanza, e per la valorizzazione dell'attività.

Indirizzi metodologici I principi generali possono essere riassunti nei seguenti criteri fondamentali:

- ✓ l'ospedale formula e implementa esplicite procedure per la creazione, uso e conservazione di tutta la documentazione e informazione clinica per ogni settore di attività;
- ✓ le procedure coinvolgeranno esplicitamente le direzioni, l'organizzazione e i professionisti interessati;
- ✓ la gestione della documentazione clinica è parte essenziale del sistema informativo ospedaliero;
- ✓ le informazioni contenute nella documentazione clinica assicureranno il coordinamento dell'assistenza tra i diversi professionisti e settori di attività al fine di garantire l'effettiva ed efficace continuità assistenziale;
- ✓ le informazioni cliniche saranno rese accessibili secondo le modalità esplicite previste e costituiscono la base per i processi interni di *Continuous Quality Assessment & Improvement*;
- ✓ la documentazione è il presupposto per il pagamento delle prestazioni;
- ✓ l'utilizzo di sistemi informatici il più possibile diffusi e integrati è indispensabile per garantire tempestività, completezza e accessibilità dell'informazione ed è la base per ogni sistema di valutazione esterna quali i programmi di certificazione e di accreditamento.

Dal punto di vista medico-legale si deve tener conto del fatto che la cartella clinica propriamente detta, nonché ogni informazione concernente l'erogazione di prestazioni sanitarie, costituiscono documento di fede privilegiata, ovvero redatto da esercenti pubblico servizio (ovvero pubblici ufficiali).

Il personale medico e delle altre professioni sanita-

rie è edotto circa gli obblighi e responsabilità correlati alla corretta redazione di tutti gli atti (cartelle di ricovero, referti di analisi e prestazioni specialistiche ambulatoriali, scritture, ecc.) che compongono il dossier sanitario personale di ogni paziente che si rivolge all'ospedale.

Si può in conclusione sostenere che senza idonea e formale documentazione la prestazione è, per l'Istituzione, come non eseguita.

documentazione relativa al processo di cura

Principi operativi È interesse dell'Ospedale garantire l'effettiva disponibilità nel minor tempo possibile delle informazioni a uso del paziente, del personale o degli aventi diritto (nelle forme previste dalla normativa e da regolamenti interni). L'Ospedale è tenuto per legge a conservare la documentazione "per sempre" anche in forma sostitutiva (microfilmatura o digitale).

Fanno parte integrante della cartella clinica anche le documentazioni prodotte da professionisti sanitari diversi dal medico (infermieri, fisioterapisti, ecc.).

La documentazione clinica comprende tutte le informazioni di carattere anagrafico e sanitario raccolte su di un paziente che si avvalga dei servizi dell'ospedale. Le informazioni sono organizzate in maniera diversa a seconda della tipologia delle prestazioni richieste ed effettuate (ricovero, piuttosto che ambulatorio o prestazione di pronto soccorso).

La prima volta che un paziente si rivolge all'Ospedale per una prestazione da effettuarsi in regime di esterno (ambulatorio o servizi diagnostici) o di ricovero (day hospital o degenza ordinaria) viene registrato e, tramite il sistema informativo, vengono inseriti i suoi dati anagrafici, amministrativi e le prestazioni richieste.

Viene assegnato a ogni paziente un numero identificativo personale univoco (codice personale).

Questi dati vengono organizzati in un "Dossier Clinico Progressivo", che potrà essere utilizzato successivamente come documento anamnestico, per consultazione o aggiornamento in occasione di ulteriori procedure da ogni medico dell'Ospedale, nell'interesse del paziente.

I risultati di prestazioni e terapie effettuate su pazienti esterni vengono inseriti nel sistema informativo e

mantenuti in un "dossier elettronico" del paziente. La documentazione clinica scritta relativa ai ricoveri, in day hospital o degenza ordinaria, viene raccolta in cartelle cliniche e conservata nell'archivio documentazione clinica contenuta in un singolo dossier per ogni paziente (corrispondente al "dossier elettronico").

Anche tutta la documentazione, non consegnata in originale al paziente (supporti con immagini, immagini fotografiche, ecc.), è conservata in tale archivio.

La responsabilità della conservazione di tutto il materiale è del Direttore Sanitario.

Sarebbe auspicabile il ritiro da parte del paziente della documentazione clinica relativa al ricovero al momento della dimissione, per favorire la continuità delle cure.

La possibilità di archiviare tutte le informazioni sanitarie (scritti e immagini) mediante digitalizzazione è da considerare nella definizione delle caratteristiche e del dimensionamento del sistema di informatizzazione dell'ospedale.

L'archiviazione computerizzata oltre a permettere di guadagnare spazio e di rendere immediatamente disponibili gli archivi, consente:

- ✓ la condivisione in contemporanea a più operatori delle stesse informazioni;
- ✓ l'eliminazione di archivi decentrati per particolari procedure o specialità;
- ✓ una consultazione più agevole del materiale, sia a scopi di ricerca clinica (studi retrospettivi) che epidemiologici (analisi dello stato di salute del territorio).

_PROMOZIONE DELLA SALUTE, EDUCAZIONE SANITARIA E PREVENZIONE

Oltre che nel processo di diagnosi e cura l'ospedale ha un ruolo importante nella promozione della salute e nell'attivazione di iniziative di educazione e informazione della popolazione, anche tramite esempi di comportamento dei suoi operatori, e con attività di prevenzione primaria (= riduzione delle cause di malattia) e secondaria (= diagnosi precoce di malattie suscettibili di guarigione o di migliori cure se diagnosticate in fase precoce).

_educazione sanitaria

Obiettivi Rendere i malati e i cittadini maggiormente informati sulle malattie e il loro determinarsi e fornire loro strumenti per modificare i propri stili di vita per una migliore salute.

Divulgare metodiche di diagnosi e di cura e loro possibilità per evitare, da un lato, abbandono delle cure o, dall'altro, consumismo sanitario.

Accompagnare il malato nel processo di cura e renderlo consapevole nelle diverse opzioni diagnostico-terapeutiche, sostenendone la partecipazione nelle decisioni terapeutiche e nei processi di cura.

Indirizzi metodologici Una educazione sanitaria efficace inizia con la valutazione dei bisogni di apprendimento dell'assistito e dei familiari. A detta valutazione consegue la predisposizione di un piano che individui non solo che cosa sia necessario trasmettere ma anche come. Il processo di apprendimento è infatti efficace se si adatta alla singola persona, alle sue preferenze, ai valori religiosi e culturali, alle capacità linguistiche e di comprensione soggettive. L'efficacia dipende poi dalla appropriatezza del momento scelto, nel corso della degenza o in altri momenti anche istituzionali.

L'educazione può concernere, tra l'altro, l'uso sicuro dei farmaci e delle apparecchiature medicali, le possibili interazioni tra farmaci e alimenti, le indicazioni nutrizionali, gli stili di comportamento di vita, le tecniche di riabilitazione.

L'ospedale favorisce l'utilizzo di strumenti multimediali predisposti per questo scopo e ogni mezzo tecnico e visivo utile.

Esperienze Collane di informazione curate dagli esperti medici e della comunicazione di divulgazione sulle diverse malattie e le metodologie e tecnologie per contrastarle o curarle.

_prevenzione

Obiettivi Contribuire alle attività per ridurre le cause di malattia (prevenzione primaria) o per effettuare diagnosi in fase iniziale della malattia, se questa è suscettibile di guarigione o cure migliori (prevenzione secondaria).

Indirizzi metodologici La presenza contemporanea in Ospedale di competenze e tecnologie di alto livello rende possibile, purché ciò non vada a scapito delle attività fondamentali di diagnosi e cura per pazienti acuti, la partecipazione dell'Ospedale alle diverse fasi (disegno, organizzazione, attuazione, controllo) di campagne di diagnostica precoce o di sensibilizzazione sulle modalità per evitare o ritardare l'insorgenza di malattie.

PAZIENTI SPECIALI E SERVIZI AD ALTO RISCHIO

Nella varietà di pazienti con diversi bisogni assistiti alcuni sono considerati "ad alto rischio" per le loro condizioni, o l'età o la criticità dei loro bisogni.

Particolari procedure e specifiche soluzioni logistiche e organizzative sono adottate per i pazienti definiti "speciali" in quanto portatori di esigenze specifiche, che meritano di essere rispettate, quali ad esempio bambini e minori, donne gravide, malati infettivi, immunodepressi, grandi anziani, al fine di garantire loro specifici trattamenti e protezione, o per i pazienti ai quali è necessaria l'erogazione di servizi ad alto rischio.

Per questi casi sono previste speciali politiche e procedure che guidano l'assistenza.

_bambini e minori

Indirizzi metodologici Per i soggetti "in età pediatrica" viene assicurata la possibilità che questi siano sempre accompagnati da un adulto responsabile.

Gli operatori che hanno la responsabilità degli interventi sanitari, oltre a informare costantemente i genitori sullo stato di salute psicofisica del minore, forniscono tutte le informazioni disponibili sugli accertamenti diagnostici e sulle prestazioni terapeutiche e riabilitative cui il minore viene sottoposto, facilitando la presenza dei genitori per un ruolo attivo e consapevole nell'assistenza del minore stesso.

Indirizzi progettuali In caso di ricovero, le dimensioni delle stanze singole delle degenze ordinarie sono comunque tali da consentire la presenza stabile con il bambino di un genitore o di un adulto.

Va curata particolarmente la qualità degli spazi e degli arredi, anche per il gioco e lo studio.

_gravide e partorienti

Indirizzi metodologici La gravidanza e il parto sono, nella maggioranza dei casi, un evento fisiologico e non patologico.

L'Ospedale pertanto, anche per i parti al suo interno e non a domicilio, deve avere un approccio che tenga conto di questo fatto e ricreare il più possibile una situazione di normalità (= non di medicalizzazione) e di familiarità e giocosità al parto.

Solo in caso di evoluzione patologica del travaglio l'Ospedale attiverà le sue tecnologie e professionalità ad hoc, anche in sedi adiacenti e non coincidenti con la maternità.

Particolare attenzione viene dedicata allo scopo di evitare che pazienti o visitatrici in stato di gravidanza vengano esposte, mentre si trovano all'interno dell'Ospedale, a possibili fonti di rischio per il loro specifico stato.

Il personale medico e di assistenza viene sensibilizzato ed educato in merito alle precauzioni da adottare nella somministrazione di sostanze o nell'effettuazione di procedure su donne gravide.

Viene inoltre sottolineata l'importanza di una costante attenzione da parte del personale, durante il rilievo anamnestico, a indagare sull'eventuale stato di gravidanza in donne di età fertile.

In particolare l'accesso alle zone controllate, ove sono presenti fonti di radiazioni ionizzanti, è impedito a persone estranee e la loro ammissione in tali zone deve essere autorizzata dal personale.

Indirizzi progettuali Va prevista la realizzazione di spazi appropriati allo svolgimento dell'intero processo travaglio-parto-puterperio-neonatalogia tali da permettere sempre la presenza di un parente.

Nel blocco parto vanno considerati gli spazi per lo svolgimento del parto con tecniche non tradizionali.

La possibilità di avere nella camera di degenza la culla (*rooming-in*) va favorita.

_infettivi

Indirizzi metodologici Tutti i soggetti ricoverati, ancorché non conosciuti, sono da considerarsi come potenzialmente infetti; a scopo protettivo vanno quindi applicate in modo generalizzato precise precauzioni atte a proteggere il personale e gli ammalati dalla trasmissione di malattie infettive.

I soggetti riconosciuti come infetti, in seguito alla formulazione di una specifica diagnosi, sono oggetto di attenzioni particolari supplementari.

I materiali infetti, confezionati e confinati il più possibile nel punto di origine sono allontanati rapidamente con le opportune procedure.

Sono previste procedure apposite da adottarsi per l'eventuale necessaria disinfezione o sterilizzazione di ambienti e apparecchiature, nonché per la comunicazione e informazione tra le unità operative.

Le visite ai malati infettivi saranno regolate da apposite procedure atte a minimizzare i rischi reciproci di contagio: i visitatori verranno adeguatamente informati e invitati ad adeguarsi alle norme di cautela necessarie (es.: uso della mascherina, mancanza di contatti diretti, lavaggio accurato delle mani in entrata e in uscita).

Indirizzi progettuali Ogni unità di degenza è dotata di stanze di ricovero, con filtro di ingresso, lavamani e attaccapanni, idonee a ospitare anche malati infetti o contagiosi.

Il malato ha a disposizione un servizio dedicato all'interno del filtro.

_immunodepressi

Indirizzi metodologici I pazienti immunodepressi devono essere protetti dal rischio di infezioni mediante l'utilizzo di camere con filtrazione assoluta dell'aria e con filtro di ingresso (camere bianche).

I visitatori dovranno adeguarsi alle necessarie norme di cautela.

Per ogni paziente a rischio di infezioni viene utilizzata biancheria sterile e le procedure di disinfezione della stanza vengono effettuate con frequenza maggiore rispetto all'usuale.

Il malato ha a disposizione un servizio dedicato all'interno del filtro.

Indirizzi progettuali Le stanze sono dotate di ambiente filtro ove il personale e i visitatori possono indossare abbigliamento sterile. L'ambiente della camera è in sovrappressione, onde impedire la diffusione di germi verso l'interno.

_pazienti tenuti in vita artificialmente o che versano in stato comatoso

Le cure sono guidate da politiche e procedure appropriate, che vengono osservate nell'operatività pratica.

_urgenze-emergenze interne e necessità di rianimazione

Le cure sono guidate da politiche e procedure appropriate, che vengono osservate nell'operatività pratica.

_pazienti sottoposti a sedazione moderata o profonda

Le cure sono guidate da politiche e procedure appropriate, che vengono osservate nell'operatività pratica.

_uso di sangue o emoderivati

Le cure sono guidate da politiche e procedure appropriate, che vengono osservate nell'operatività pratica.

_pazienti terminali

I morenti hanno come unici bisogni il rispetto e una premurosa assistenza e il sollievo dal dolore.

Tutto lo staff è sensibilizzato e preparato verso i bisogni del paziente al termine della vita e quelli dei suoi familiari.

L'assistenza è guidata da politiche e procedure appropriate, che vengono osservate nell'operatività pratica.

_OSPEDALE SENZA DOLORE

Con il DM del 20 settembre 2000 il Ministero della Sanità istituisce una Commissione di Studio per “approfondire la conoscenza [...] degli interventi che possono essere introdotti [...] per contrastare il dolore e le sofferenze evitabili, causate dalle malattie e in particolare dalle malattie oncologiche”. La lotta contro il dolore, considerata dal Ministero della Sanità un obiettivo prioritario, si appoggia sul coinvolgimento delle istituzioni ospedaliere nazionali che viene assicurato attraverso la creazione, in ogni istituzione ospedaliera, di un Comitato Ospedale senza Dolore (CSD).

Obiettivi L’Ospedale deve promuovere, coerentemente alla mission e a quanto contemplato dal Ministero della Salute nelle Linee guida per la realizzazione dell’“Ospedale senza dolore” (G.U. n. 149 del 29/06/2001) per tutti i pazienti ricoverati ed ambulatoriali il proprio piano di azione contro il dolore ed istituire il Comitato Ospedale Senza Dolore (CSD).

Indirizzi metodologici Le azioni che vanno promosse sono:

- ✓ l’assicurazione della presenza e il funzionamento regolare di un osservatorio specifico del dolore;
- ✓ il coordinamento dell’azione delle differenti équipe nella lotta contro il dolore;
- ✓ la formazione continua del personale sul tema della policy;
- ✓ la promozione di interventi idonei ad assicurare la disponibilità e la somministrazione dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni fornite dall’OMS;
- ✓ l’elaborazione e la promozione della diffusione e dell’utilizzo di Linee Guida e protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore basati sulla medicina di provata efficacia (EBM);
- ✓ la valutazione dell’applicazione delle linee guida all’interno dell’Istituto, sia attraverso l’utilizzo di opportuni indicatori, sia mediante la promozione di interventi di valutazione periodica del consumo di analgesici, dei livelli di applicazione delle linee guida e dell’efficacia ottenuta;

- ✓ la promozione, l’elaborazione e la distribuzione di materiale informativo agli utenti, relativamente alla cura del dolore.

Principi operativi Tra le finalità del CSD devono esserci quelle di:

- ✓ assicurare la presenza e il funzionamento regolare di un osservatorio specifico del dolore;
- ✓ coordinare l’azione delle differenti équipe e la formazione continua del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull’uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore;
- ✓ promuovere gli interventi idonei ad assicurare la disponibilità e la somministrazione dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni fornite dall’Organizzazione Mondiale della Sanità;
- ✓ elaborare e promuovere la diffusione e l’utilizzo delle Linee Guida e dei protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore basati sulla medicina di provata efficacia (EBM);
- ✓ valutare l’applicazione all’interno dell’Istituto delle linee guida, ecc., attraverso l’utilizzo di opportuni indicatori;
- ✓ promuovere gli interventi di valutazione periodica del consumo di analgesici, dei livelli di applicazione delle linee guida e dell’efficacia ottenuta nel controllo del dolore attraverso opportuni indicatori;
- ✓ promuovere l’elaborazione e la distribuzione di materiale informativo agli utenti relativo alla cura del dolore.

Il CSD ha inoltre la responsabilità nell’educazione del personale clinico sui principi di trattamento del dolore, sull’uso dei farmaci proposti dall’OMS e sulle modalità di valutazione del dolore attraverso strumenti validati che devono essere utilizzati almeno due volte al giorno durante il ricovero del paziente. Per tale ragione, supervisiona ed autorizza i contenuti della formazione continua al personale.

I compiti del CSD sono i seguenti:

- ✓ vigilare affinché tutti i professionisti sanitari attivino un sistema di monitoraggio del dolore attraverso sistemi di rilevazione validati dalla ricerca scientifica;

- ✓ attivare uno studio iniziale di prevalenza del dolore nella popolazione afferente l'Ospedale, utilizzando protocolli comuni al fine di rendere confrontabili i dati ed ottenere una casistica a livello regionale e nazionale;
- ✓ garantire che venga effettuato il calcolo del consumo di farmaci oppioidi, considerato dall'OMS un indice del buon trattamento del dolore oncologico;
- ✓ assicurare la consegna ai pazienti, al momento del ricovero, di un depliant informativo sull'importanza della valutazione del dolore, sul ruolo attivo che il paziente deve rivestire, sulla possibilità di tenerlo sotto controllo nelle diverse situazioni cliniche;
- ✓ coinvolgere le Associazioni di Volontariato presenti in Ospedale e, se possibile, un rappresentante di un'organizzazione per i diritti del malato per la verifica presso i pazienti dell'avvenuta informazione riguardo l'esistenza del progetto e la consegna del materiale illustrativo;
- ✓ aggiornare il materiale informativo destinato a pazienti e visitatori.

Il Comitato, presieduto dal Direttore Sanitario, deve avere una composizione tale da soddisfare i seguenti criteri:

- ✓ i membri del Comitato sono rappresentati da referenti della direzione e personale curante dell'Ospedale;
- ✓ il personale infermieristico deve costituire almeno un terzo dei membri del Comitato;
- ✓ gli operatori delle Strutture di Terapia del Dolore e/o Cure Palliative nonché Anestesia e Rianimazione devono essere rappresentati nel Comitato;
- ✓ un referente del Servizio Farmaceutico deve essere incluso nel Comitato;
- ✓ devono essere previste forme di partecipazione delle Organizzazioni "no profit", in particolare di volontariato, operanti nel settore.

Il Presidente può individuare e nominare tra i componenti anche professionisti esterni di comprovata esperienza in cure palliative e terapia del dolore.

Etica e bioetica

L'ospedale adotta i principi di etica e bioetica per i medici e per le altre professioni sanitarie, stabiliti dagli ordini e collegi a livello nazionale e internazionale, nonché i principi di bioetica contenuti nelle dichiarazioni degli organismi preposti all'approfondimento delle problematiche derivanti dalla prassi medica e dal progresso tecnologico e scientifico.

Nell'ambito dell'Ospedale viene richiesta la massima adesione ai principi e alle linee guida che seguono, ciò in assonanza con i concetti informatori dell'Ospedale atti a favorire al meglio l'espletamento dell'attività del medico e di quanti si occupano del malato.

L'ospedale nomina un proprio Comitato Etico che valuti e esprima pareri sulle sperimentazioni, sulle procedure in atto o previste, su singoli specifici casi.

FORMAZIONE ETICA

Saranno favoriti interventi atti a promuovere una sensibilità etica oltre che una cultura sui temi suggeriti dalla bioetica tra gli operatori.

Tutti coloro che operano in ospedale dovranno fornire la loro opera con attenzione e sensibilità umana, rispetto per la dignità della persona, onestà e competenza.

Tutte le categorie professionali sono tenute a mantenere a elevato livello il proprio grado di preparazione tramite il continuo aggiornamento.

Dovranno delegare i casi loro affidati ad altri operatori qualora questi ultimi siano meglio idonei a soddisfare le specifiche necessità del malato; dovranno inoltre ricorrere al supporto e all'opinione dei colleghi nei casi in cui il consulto appaia necessario.

Saranno favorite modalità di lavoro utili a consentire lo scambio di esperienze e conoscenze, nonché il confronto volto a migliorare il servizio al malato.

_ETICA DELLA COMUNICAZIONE

Le relazioni tra colleghi, per ciò che concerne i pazienti, devono sempre svolgersi in maniera da tutelare al meglio gli interessi dei pazienti stessi; dovranno quindi essere improntate alla discrezione, alla completezza delle informazioni, oltre che al rispetto del segreto professionale.

La relazione tra colleghi e operatori di diverse professionalità coinvolte nel processo di cura deve essere improntata alla collaborazione e al rispetto dell'autonomia professionale. Gli operatori devono agire con senso di responsabilità e onestà, soprattutto in situazioni che possono essere a rischio per la salute dei pazienti, per errori o negligenze.

_ETICA DELL'INFORMAZIONE

Tra gli operatori viene incoraggiato un rapporto di comunicazione aperto e cordiale con il paziente e con i suoi familiari. Viene inoltre raccomandata al medico la cura nell'informazione diagnostica e terapeutica, al fine di aiutare il paziente e i familiari a vivere più serenamente la malattia.

Prima di provvedere ad atti terapeutici o chirurgici importanti i medici devono avere cura di ottenere il consenso informato che andrà spiegato al paziente e dallo stesso sottoscritto.

Il Comitato Etico formula un elenco delle situazioni e dei casi in cui è opportuno richiedere il consenso informato oltre a quelli previsti dalla normativa sanitaria.

_ETICA DELLA SPERIMENTAZIONE

L'attivazione di procedure o trattamenti sperimentali deve avvenire sotto il controllo e dopo l'approvazione del Comitato Etico e delle direzioni preposte. L'istituzione del Comitato Etico è prevista, non solo per la tutela dell'attività di ricerca e di sperimentazione, ma anche per la difesa dei valori umani ai quali deve tendere tutta l'attività ospedaliera.

_ Politiche di governo

Per raggiungere punti di eccellenza nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria occorre una leadership efficace, che parta dai responsabili del governo e dai dirigenti clinici e amministrativi e da tutti coloro che occupano posizioni di guida, responsabilità o fiducia.

Collettivamente e singolarmente essi sono responsabili dell'osservanza di norme e regole e del rispetto delle responsabilità assunte dall'Istituzione nei confronti della popolazione da essa servita.

Per ottenere la migliore efficienza e non sciupare risorse gli Ospedali sono organizzati in forma di azienda.

In quanto organizzazioni di tipo aziendale devono dotarsi di un insieme di strumenti tipici di questa forma organizzativa.

Le politiche di gestione devono assicurare che l'organizzazione in forma aziendale sia uno strumento idoneo al raggiungimento degli obiettivi indicati dai principi generali dell'assistenza ospedaliera.

_ Politiche generali di governo

L'organizzazione delle attività deve conformarsi ad una serie di politiche di gestione, aventi carattere generale e trasversali rispetto alle funzioni e ai processi produttivi.

Tali politiche devono consentire lo sviluppo del sistema ospedale come un insieme armonico orientato intorno ai principi generali dell'assistenza ospedaliera.

Le responsabilità di governo sono descritti in statuti, politiche e procedure o in documenti ufficiali.

La Mission, le politiche, i piani operativi, il budget e la distribuzione delle risorse per raggiungere gli obiettivi preposti sono approvati dai responsabili di governo.

La dirigenza, da loro nominata, che agisce in base alla reciproca fiducia, è collettivamente responsabile della creazione di piani e politiche per raggiungere gli obiettivi e realizzare la Mission dell'Ospedale.

A tali fini viene pianificata e implementata una struttura organizzativa efficace a supporto delle respon-

sabilità e dei poteri della dirigenza.

_ GOVERNANCE

Per governance si intende un insieme concettuale di governo che tiene conto della globalità degli scenari e degli interventi di gestione, e che riassume insieme al governo quello di direzione, dominio, guida, assistenza, amministrazione, in una dinamica crescita tipica dei sistemi esperti.

Obiettivi Le politiche di governance devono assicurare la realizzazione, il funzionamento e il mantenimento nel tempo di un sistema di *leadership* efficace.

Indirizzi metodologici Il sistema di *governance* deve identificare le responsabilità amministrative e cliniche presenti in Ospedale con modalità precise e trasparenti.

L'insieme dei dirigenti amministrativi e clinici è responsabile del perseguimento fattivo e coerente della *mission* dell'Ospedale; nell'ambito di tale attività i dirigenti partecipano alla redazione dei piani pluriennali e alla stesura delle politiche necessarie per la realizzazione della *mission*.

I dirigenti di primo livello sono responsabili del funzionamento del sistema in conformità alle leggi e ai regolamenti locali e nazionali.

_ QUALITY MANAGEMENT

La qualità della assistenza è obiettivo fondamentale dell'Ospedale.

Obiettivi Solo attraverso il perseguimento continuo della qualità l'Ospedale può raggiungere i fini propri istituzionali in termini di efficacia delle cure, umanizzazione della degenza, efficienza della gestione e miglioramento dei processi di diagnosi e cura.

Indirizzi metodologici Il perseguimento continuo della qualità può avvenire solo mediante la definizione di una serie di strumenti organizzativi (ad es.: costituzione di un comitato permanente per la qualità) e operativi (ad es.: reporting di indicatori della qualità).

L'istituzione di tali strumenti deve essere preferibilmente supportata dall'inserimento della struttura ospedaliera in sistemi di valutazione della qualità esterni quali sistemi ed organizzazioni atte alla certificazione della qualità; infatti il confronto con realtà esterne è l'unico veicolo che permette un mantenimento nel tempo di obiettivi di qualità coerenti con il progresso tecnico, scientifico ed organizzativo.

I soggetti, o meglio la struttura organizzativa che è deputata al miglioramento continuo della qualità in Ospedale, oltre che svolgere un generale compito di supervisione, deve:

- ✓ definire un sistema di indicatori di qualità all'interno di un sistema di reporting della qualità che permetta una periodica analisi dei dati e una corretta diffusione degli stessi;
- ✓ proporre eventuali azioni finalizzate al miglioramento e verificarne l'efficacia;
- ✓ definire le linee di priorità da perseguire;
- ✓ presiedere alle attività di training sulla qualità.

Principi operativi È importante che i massimi organi aziendali, i responsabili di governo e la dirigenza, siano direttamente coinvolti nel processo continuo di miglioramento della qualità, ad es.: mediante l'istituzionalizzazione di un documento periodico e di riunioni di analisi e commento circa l'andamento dei dati che descrivono la qualità, comprese le valutazioni degli utilizzatori, i risultati raggiunti e gli obiettivi futuri.

I miglioramenti di qualità devono essere conseguiti, mantenuti e costituire il punto di partenza per ulteriori miglioramenti.

__RISK MANAGEMENT

La gestione dei rischi è fondamento della qualità dell'assistenza e della continuità dell'organizzazione ospedaliera.

Obiettivi La gestione del rischio è lo strumento per mezzo del quale la direzione minimizza gli impatti sul sistema Ospedale di eventi dannosi per l'organizzazione.

Indirizzi metodologici Il risk management richiede una mappatura iniziale ed un successivo monitoraggio periodico di tutti i rischi che si prospettano, anche in via estremamente remota, per l'organizzazione ospedaliera.

Le diverse aree di rischio individuate devono essere analizzate in termini di probabilità di accadimento degli eventi negativi, capacità o possibilità di porre in essere azioni in ordine alla riduzione della probabilità medesima, ed infine richiede una pianificazione delle azioni da realizzare nel caso gli eventi negativi si dovessero comunque verificare.

Aspetto fondamentale del risk management è la scelta di esternalizzare, laddove possibile ed opportuno, l'impatto degli eventi negativi mediante il sistema assicurativo o strumenti assimilabili.

Principi operativi Il risk management deve avere strette relazioni con il sistema di qualità.

La possibilità di esternalizzare gli effetti sull'organizzazione di eventi negativi connessi a particolari aree di rischio siano esse di origine endogena (ad es.: errori professionali) o esogena (ad es.: eventi atmosferici) non deve in alcun modo incidere sulle politiche dell'organizzazione in merito alla riduzione della probabilità di accadimento di tali eventi o in merito alla possibilità di minimizzare l'impatto negativo una volta che gli eventi si verificano.

__TECHNOLOGY ASSESSMENT

L'incessante sviluppo ed innovazione delle tecnologie nel campo medico sanitario che si è avuto negli ultimi decenni ha richiesto una contemporanea crescita di metodologie, atte a valutare l'appropriatezza delle prestazioni, degli effetti prodotti, e dei costi delle nuove strumentazioni. L'insieme di queste metodologie è definito come "Valutazione delle tecnologie sanitarie" o Health Care Technology Assessment (HCTA).

L'HCTA se da una parte è quindi necessario per la valutazione di una o più proprietà tecniche, dall'altra

deve considerare l'impatto socio economico che la stessa tecnologia può condizionare. Le metodologie dell'HCTA devono quindi considerare uno o più dei seguenti aspetti:

- ✓ **performance:** sono le caratteristiche quali la conformità, le specifiche di produzione, la composizione, la facilità d'uso, la manutenzione, la sicurezza;
- ✓ **efficacia:** si intende la capacità di migliorare lo stato di salute del paziente rispetto ad una precisa problematica;
- ✓ **sicurezza:** sicurezza passiva ed attiva, considerazione dei rischi nell'utilizzo di una nuova tecnologia e valutazione della loro accettabilità;
- ✓ **implicazioni economiche:** valutazione dei rapporti costo-efficacia;
- ✓ **implicazioni sociali:** considerazioni medico-legali, etiche e politiche che l'utilizzo di una nuova tecnologia può determinare (vedi clonazione).

Obiettivi L'obiettivo dell'HCTA è quello di costruire un supporto tecnico alle attuali strutture organizzative incaricate alle decisioni in ambito medico sanitario (e quindi anche all'Ospedale), sia a livello locale che nazionale: acquisto di strumentazione, valutazione di una tecnologia, studio di appropriatezza.

Indirizzi metodologici L'HCTA nei confronti di una nuova tecnologia, si deve sviluppare attraverso diverse fasi, ed il percorso evolutivo non deve essere necessariamente il medesimo per ogni caso trattato:

- ✓ Definizione del problema
- ✓ Definizione della popolazione
- ✓ Definizione del personale
- ✓ Raccolta dei dati e delle prove
- ✓ Interpretazione dei dati e delle prove
- ✓ Formulazione dei risultati
- ✓ Valutazione dei risultati e controllo dell'impatto socio-economico

Esperienze L'HCTA è una metodologia particolarmente sviluppata in altri paesi, mentre è di più recente applicazione in Italia. La più interessante esperienza nazionale è il TRiPSS, un acronimo che corrisponde all'in-

glese GRIP (*Getting Research Into Practice*). Questo programma iniziato nel 1995 e coordinato dall'Istituto Mario Negri di Milano ha visto la partecipazione di 20 Aziende Sanitarie e Ospedali dell'Italia centrale e settentrionale, con l'obiettivo di introdurre i principi e metodi dell'HCTA nei processi decisionali a livello clinico e manageriale.

In questo ambito sono stati sviluppati quattro specifici progetti relativi alla valutazione preoperatoria, allo scompenso cardiaco, alla gravidanza e al tumore mammario.

Nell'ambito delle Società scientifiche va segnalata la costituzione di un apposito gruppo sulla HCTA nel comitato scientifico della SIQuAS-VRQ (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria).

Principi operativi L'applicazione concreta della metodologia consente di definire criteri di validazione di procedure esistenti o innovative e di contribuire a promuovere l'utilizzo appropriato delle tecnologie con ricadute positive sulla qualità dell'assistenza, sulla sicurezza delle cure e sui costi del servizio sanitario. Dove applicata correttamente sono regolarmente prodotte linee guida, raccomandazioni tecniche e specifiche atte a normare l'utilizzo di numerose tecnologie.

EFFICACIA E CLINICAL AUDIT

Obiettivi Il Clinical Audit rappresenta il processo di revisione e verifica delle attività cliniche e assistenziali svolte secondo gli standard di qualità fatti propri dall'Ospedale.

Finalità dello stesso è di monitorare la qualità dei singoli atti medici (di diagnosi, terapia e riabilitazione) e dei processi di cura implementati, e quindi l'efficacia e l'efficienza complessiva delle attività assistenziali.

Principi operativi Strumento fondamentale per l'organizzazione e l'utilizzazione delle informazioni sarà il sistema informativo, grazie al quale sarà possibile, ad esempio, verificare la corrispondenza tra diagnosi preliminari effettuate dai medici del Filtro Medico e diagnosi definitive effettuate in seguito nei Piani di Cura.

Il Clinical Audit va condotto a diversi livelli:

- ✓ sulla singola prestazione (ad es.: confronto dei risultati di laboratorio con quelli ottenuti, sui medesimi campioni, da laboratori di riferimento);
- ✓ sull'intero Piano di Cura, per la valutazione dell'efficacia (ad es.: presenza di complicanze);
- ✓ sull'intero Piano di Cura, per la valutazione dell'efficienza (ad es.: durata di degenza).

EFFICIENZA

L'Ospedale, nell'adempimento delle proprie attività, monitorizza la propria efficienza al fine di assicurare il maggior servizio alla collettività rispetto alle risorse utilizzate e di preservare la propria continuità nel tempo.

Obiettivi Massimizzazione del rapporto fra risultati raggiunti e risorse impiegate.

I risultati raggiunti dovrebbero correttamente essere misurati in termini di Outcome e cioè dell'aumento in termini di salute della popolazione globalmente.

Per misurare l'attività dell'Ospedale si può ragionare in termini di Output.

Per output si intendono i risultati dei singoli processi e sottoprocessi del sistema, valutati in termini quantitativi e qualitativi nonché il risultato finale del "sistema ospedale" in termini di diagnosi e cura di pazienti acuti.

Per risorse si intendono tutti i fattori umani e materiali che sono coinvolti nei processi e che ne permettono lo svolgimento.

Il perseguimento dell'efficienza è indispensabile al fine di raggiungere per il maggior numero possibile di casi gli obiettivi di efficacia che il sistema si è posto.

Indirizzi metodologici L'efficienza deve essere oggettivamente determinata mediante misurazioni.

La misurazione dell'efficienza non può mai essere limitata alla valutazione di un singolo processo ma deve essere sempre valutata anche a livello di "sistema Ospedale".

La misurazione dell'efficienza prevede realizzazione di indicatori e necessita di almeno 3 passi:

- ✓ Identificazione dell'area di analisi, da intendersi co-

me singolo processo o insieme di processi relativamente ai quali si intende misurare l'efficienza;

- ✓ Identificazione degli output finali del processo o dei processi;
- ✓ Identificazione di tutte le risorse coinvolte negli stessi.

Per identificazione degli output e delle risorse si intende una classificazione precisa di risultati in un caso e risorse nell'altro; solo dopo una corretta e completa classificazione di tali elementi si può procedere ad una misurazione degli stessi.

Le misurazioni degli output e delle risorse devono essere sistematiche e periodiche, devono essere condivise con i soggetti coinvolti nella misurazione sia in quanto "misuratori" sia in quanto soggetti "passivi" della misurazione.

Principi operativi Il tempo nel quale si compie il processo di cura rappresenta il fattore più rilevante nel determinare l'efficienza della struttura.

È evidente infatti che, naturalmente a parità di qualità e di sicurezza nelle prestazioni per il malato, minore è la permanenza in ricovero, maggiore è la disponibilità per nuovi casi trattati dalla struttura.

Pertanto è indispensabile che tutti i servizi che forniscono prestazioni intermedie siano dimensionati in modo da poter garantire la massima tempestività nell'erogazione delle prestazioni stesse.

La misurazione dell'efficienza (cioè il rapporto finale fra output e risorse impiegate) deve essere sempre legata all'analisi di uno o più processi e le scelte che incidono sulla efficienza di un processo devono essere comunque sempre valutate alla luce dell'efficienza complessiva.

Il perseguimento dell'efficienza deve avere una visione di "lungo periodo", vale a dire che si deve puntare ad obiettivi sostenibili nel tempo.

La possibilità di effettuare Benchmarking con dati derivanti da altre realtà deve spingere ad utilizzare quanto più possibile indicatori di efficienza condivisi e diffusi nel settore sanitario italiano e internazionale.

STANDARDIZZAZIONE

L'Ospedale persegue una politica di standardizzazione degli strumenti operativi utilizzati (edifici, locali, impianti, attrezzature, macchinari, beni di consumo), dei comportamenti dei propri operatori e delle modalità di comunicazione pur nel rispetto delle specifiche peculiarità dei singoli processi di diagnosi e cura.

Obiettivi La standardizzazione ha come obiettivi:

- ✓ L'aumento dell'efficacia
- ✓ Il miglioramento della qualità
- ✓ Il perseguimento dell'efficienza
- ✓ L'umanizzazione dell'assistenza
- ✓ Indirizzi metodologici

La standardizzazione delle facilities, delle procedure operative e degli strumenti a disposizione (attrezzature, sistema informativo, modulistica) permette una maggiore facilità nell'apprendimento dei comportamenti corretti da parte degli operatori (aumento dell'efficacia), il contenimento di eventuali errori (miglioramento della qualità), velocizza l'azione degli attori (incremento dell'efficienza) e riduce l'imbarazzo della utenza nel rapportarsi con la struttura (umanizzazione).

Principi operativi La standardizzazione deve riguardare le seguenti aree:

- ✓ *Gli edifici, i locali, gli impianti e le attrezzature:* la flessibilità indispensabile per adattare le attività al continuo mutamento previsto o imprevedibile delle metodiche e delle procedure mediche deve essere possibile senza variazioni strutturali o con variazioni minime e non disturbanti. Deve cioè essere possibile utilizzare per operatività diverse o che si modificano nel tempo le stesse facilities, eventualmente con modeste variazioni hard e invece anche rilevanti differenze soft possibili in strutture standard idonee.
- ✓ *I processi produttivi:* la loro standardizzazione sia per quanto concerne la parte "software" come le procedure operative (ad es.: le routine diagnostiche pre intervento o la definizione dei piani di cura), sia per la

parte "hardware" come la omogeneità delle apparecchiature e delle forniture medicali largamente diffuse in ospedale, dalle travi testaleto ai carrelli di emergenza ai consumabili (ad es. farmaci e presidi medico-chirurgici), per i quali vanno previsti e concordati specifici prontuari interni e meccanismi di modifica e aggiornamento.

✓ *Il sistema di comunicazione interno ed esterno:* la standardizzazione deve facilitare gli operatori e le diverse unità operative nello scambio di informazioni riducendo la difficoltà di utilizzo dei sistemi informativi ed informatici e riducendo le possibilità di errori interpretativi nella analisi delle informazioni ricevute; questa semplificazione deve parallelamente realizzarsi nei confronti dei pazienti e dei loro familiari, aumentando la accessibilità complessiva della struttura.

✓ *L'immagine:* la struttura ospedaliera deve essere percepita come un sistema unitario con al centro il paziente; la standardizzazione del Lay-Out, degli arredi, delle uniformi, della modulistica aiuta il paziente, che all'interno del processo di cura si relaziona con diverse unità operative ed aree funzionali dell'ospedale, a percepire se stesso all'interno di una organizzazione unica e che concorre con diversi suoi operatori all'unico obiettivo del benessere del paziente.

CENTRALIZZAZIONE

L'Ospedale persegue la centralizzazione dei servizi sanitari e non sanitari, nel rispetto della centralità del paziente e nell'umanizzazione delle cure.

Obiettivi La centralizzazione dei servizi sanitari e non sanitari ha come obiettivo il perseguimento dell'efficienza gestionale e del mantenimento di una coerenza ed omogeneità operativa.

Indirizzi metodologici La centralizzazione di una serie di servizi ospedalieri deve realizzarsi mediante:

- ✓ l'individuazione di una serie di facilities tecnologiche la cui centralizzazione permette una ottimizzazione dell'impiego delle risorse dell'Ospedale senza ridurre l'efficacia dei servizi offerti: sale operatorie generali,

centrale di sterilizzazione, attrezzature di diagnostica radiologica e di laboratorio, cucina, ecc.;

- ✓ la definizione delle modalità operative ed organizzative mediante le quali le diverse unità operative e di degenza possono usufruire dei servizi centralizzati a favore dei loro pazienti;
- ✓ il controllo dei livelli di utilizzo delle facilities centralizzate;
- ✓ il controllo del grado di soddisfazione in termini qualitativi e quantitativi della domanda delle utilities centralizzate da parte degli utilizzatori finali.

Si devono inoltre individuare una serie di servizi software quali l'amministrazione, le relazioni esterne, la formazione e gestione del personale, la funzione degli acquisti, i sistemi informativi, che devono essere centralizzate non per motivi connessi all'ottimizzazione della saturazione degli impianti ma connessi alla opportunità di individuare dei responsabili unici nei confronti dei rapporti con i terzi o per rafforzare l'omogeneità dei comportamenti aziendali in alcune aree critiche quali la gestione del personale.

Principi operativi La centralizzazione dei servizi deve essere "compensata" da una serie di strumenti che permettano di mantenere il paziente al centro del processo di cura pur nella necessità di spostarlo nel sistema Ospedale.

Tali strumenti possono essere di tipo organizzativo (ad es.: l'istituzione del medico Tutor) o di tipo tecnologico-organizzativo (ad es.: sistema informativo diffuso, utilizzo dei sistemi PACS, ecc.).

ACCESSI E COLLEGAMENTI (PERCORSI E FLUSSI)

Obiettivi Il sistema degli accessi e dei collegamenti orizzontali e verticali all'interno della struttura sanitaria va impostato nel rispetto dei criteri funzionali, igienico-sanitari, economico-gestionali ed organizzativi che caratterizzano la nuova tipologia di ospedale che funziona in base a processi e percorsi il più possibile predefiniti.

Indirizzi metodologici

Funzionali

- ✓ indipendenza delle unità di degenza, nonché delle singole unità di servizi (ambulatoriali, diagnostiche, terapeutiche, ecc.);
- ✓ razionalizzazione dei collegamenti per evitare le interferenze, le attese, gli assembramenti;
- ✓ applicazione del principio di contiguità tra strutture interessate al processo diagnostico-terapeutico per favorire il migliore funzionamento, sotto il profilo organizzativo, dell'attività ospedaliera;
- ✓ separazione dei veicoli afferenti all'ospedale secondo la tipologia tramite accessi differenziati.

Igienico-sanitari

- ✓ separazione dei flussi e dei percorsi tra pazienti interni (degenti) ed esterni (ambulatoriali), tra sporco e pulito;
- ✓ distinzione tipologica tra i materiali trasportati;
- ✓ isolamento degli ambienti sterili;
- ✓ prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Economico-gestionali

- ✓ collegamenti orizzontali minimi e diretti;
- ✓ uso selettivo e finalizzato delle discese verticali;
- ✓ sviluppi brevi dei percorsi tra i vari centri di attività e collegamenti rapidi.

Organizzativi

- ✓ facilità e chiarezza nella immediata percezione della struttura edilizia e dei percorsi da seguire, anche attraverso l'utilizzo di idonea segnaletica;
- ✓ programmazione dei ricoveri in elezione attraverso gli ambulatori;
- ✓ accesso del paziente programmato al reparto di degenza attraverso l'accettazione sanitaria ed amministrativa;
- ✓ esecuzione, in regime ambulatoriale, degli esami e procedure per la definizione della diagnosi e dell'approccio terapeutico ("pre-ospedalizzazione");
- ✓ collegamenti diretti tra i reparti di degenza e il servizio di diagnostica per immagini, le sale operatorie e la terapia intensiva;
- ✓ disponibilità per gli allettati e i barellati di uno spazio dedicato di accesso all'edificio (pronto soccorso) e percorsi dedicati (inclusi montalettighe) per il trasferimento ai reparti di degenza e per l'accesso ai servizi (in partico-

lare alla diagnostica per immagini e alla radioterapia);

- ✓ disponibilità di aree di parcheggio auto dedicate per i pazienti esterni – pazienti per visite ambulatoriali e esami diagnostici, dimessi in follow-up e/o in riabilitazione, pazienti in regime diurno (per piccoli interventi chirurgici, per cicli chemioterapici, per trattamenti radioterapici, per procedure diagnostiche di particolare complessità, ecc.);
- ✓ separazione dei percorsi dei pazienti esterni da quelli dei degenti e dai percorsi del personale sanitario e dei materiali;
- ✓ orario di accesso dei visitatori, compatibilmente alle esigenze di servizio e organizzative, il più ampio possibile, per rendere più umanizzante l'approccio all'Ospedale e evitare assembramenti e per evitare inutili assembramenti;
- ✓ movimentazione e carico/scarico dei materiali (incluso il vitto ed i rifiuti) programmata in orari prefissati per evitare disagi, inconvenienti o assembramenti.

Principi operativi L'organizzazione degli accessi e dei collegamenti va articolata in base alle seguenti tipologie:

- ✓ **pazienti** sia i pazienti che accedono per prestazioni ambulatoriali o di "pre-ricovero" che quelli che devono ricoverarsi in elezione (ricovero ordinario, day hospital, day surgery);
- ✓ **pazienti urgenti/in trasferimento e/o allettati**; pazienti che accedono all'Ospedale senza programmazione (con mezzi propri o in ambulanza o attraverso il 118); barellati trasportati da e per l'esterno (ad esempio per trasferimento ad altre strutture sanitarie);
- ✓ **visitatori** sia gli accompagnatori dei pazienti e coloro che si recano a incontrarli, sia le altre persone che accedono agli uffici per altre finalità (ospiti, fornitori, informatori medico-scientifici e cittadini per informazioni o pratiche amministrative);
- ✓ **personale** sia il personale dipendente che gli altri componenti dello staff dell'Ospedale (frequentatori, dipendenti di ditte appaltatrici, volontari, ecc.);
- ✓ **fornitori di merci e materiali (logistica)** tutti i rifornimenti (programmati e non) necessari al funzionamento dell'ospedale (in ingresso) e tutti i materiali da allontanare e smaltire;
- ✓ **servizi funerari** i pazienti deceduti all'interno del complesso ospedaliero, i dolenti e i servizi di onoranze funebri.

_SICUREZZA (SAFETY AND SECURITY)

Obiettivi Offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale tutto e ai visitatori un'infrastruttura sicura, funzionale e ricettiva.

Per raggiungere questo obiettivo è necessaria una gestione efficace che porti l'infrastruttura fisica, gli impianti, le apparecchiature mediche, e le persone a:

- ✓ ridurre e controllare rischi e pericoli;
- ✓ prevenire incidenti e infortuni;
- ✓ mantenere condizioni di sicurezza.

Una gestione efficace prevede pianificazione, formazione e monitoraggio.

Le aree che devono essere pianificate e controllate sono:

- 1) Sicurezza degli edifici.
- 2) Tutela. Gli immobili e gli occupanti sono tutelati contro danni o perdite.
- 3) Materiali pericolosi. La movimentazione, lo stoccaggio e l'utilizzo di materiali radioattivi, infiammabili, tossico-nocivi e similari sono controllati e i rifiuti pericolosi sono smaltiti in modo sicuro.
- 4) Emergenze. La risposta a epidemie, calamità ed emergenze per eventi naturali o antropici è pianificata ed efficace.
- 5) Dispositivi antincendio. Persone, immobili, impianti e apparecchiature sono protetti da fumo e fiamme.
- 6) Apparecchiature mediche. Le apparecchiature sono selezionate, mantenute in efficienza e utilizzate in maniera da ridurre i rischi.
- 7) Impianti. Gli impianti elettrici, idraulici e similari sono mantenuti in efficienza per minimizzare il rischio di guasti o difetti di funzionamento.

Principi Operativi

- ✓ L'azienda ispeziona i dispositivi antincendio negli edifici adibiti alla cura dei pazienti;
- ✓ ha un piano per ridurre i rischi e per offrire un'infrastruttura sicura a pazienti, familiari, personale e visitatori in presenza di incendio o fumo o altre emergenze;
- ✓ l'ispezione dell'infrastruttura fisica è documentata,

aggiornata e accurata;

- ✓ esiste un piano per ridurre i rischi basato sul risultato delle ispezioni;
- ✓ si riscontrano progressi nell'implementazione del piano;
- ✓ il piano antincendio e antifumo, compresi i vari dispositivi di preallarme e di estinzione, sono regolarmente collaudati periodicamente e i risultati del collaudo sono documentati;
- ✓ esiste un piano per l'inventario, la movimentazione, la conservazione, l'utilizzo, il controllo e lo smaltimento di materiali e rifiuti pericolosi (ad es.: tossici, cancerogeni, infiammabili, radioattivi, infetti, ecc.);
- ✓ un programma di monitoraggio fornisce i dati di incidenti, infortuni e altri eventi simili a sostegno della pianificazione e dell'incentivazione di una riduzione dei rischi;
- ✓ esiste un programma per il monitoraggio di tutti gli aspetti del programma di gestione e sicurezza delle infrastrutture;
- ✓ i dati del monitoraggio sono usati per migliorare il programma;
- ✓ l'organizzazione delle attività deve avere come principio fondamentale di riferimento il raggiungimento dei massimi livelli di sicurezza per tutte le persone presenti nell'area ospedaliera in relazione alle tecnologie esistenti; parallelamente è fondamentale la preservazione del patrimonio tecnico-strutturale dell'Ospedale.

_sicurezza dei pazienti

La sicurezza fisica e psicologica dei pazienti nel corso della loro permanenza nella struttura ospedaliera è elemento fondamentale di riferimento nella definizione di tutte le politiche e le procedure che conformano l'attività.

Obiettivi La sicurezza fisica e psicologica dei pazienti costituisce un fondamentale specifico obiettivo nel perseguimento del più generale indirizzo di umanizzazione delle degenze.

Il paziente deve essere salvaguardato sia in termini sostanziali, rispetto alle effettive necessità derivanti dalla permanenza nell'Ospedale, sia in termini di per-

cezione della propria integrità fisica, rispetto a tutti i tipi di rischi, siano essi derivanti dalla tipicità dei processi sanitari, dalla permanenza in una struttura fisica, dalla possibilità di accesso nella struttura di persone estranee all'organizzazione, da eventi di carattere straordinario.

Indirizzi metodologici La sicurezza fisica e psicologica dei pazienti e dei loro familiari è assicurata mediante un sistema che valuti i rischi correttamente ed in modo permanente, ponga in essere tutte azioni di prevenzione dei rischi e riduzione degli stessi, e assicuri più in generale il mantenimento delle condizioni di sicurezza.

I rischi per i pazienti possono essere di natura endogena, connessi allo svolgimento dei processi di diagnosi e cura e alla permanenza nelle aree ospedaliere, e di natura esogena, di carattere straordinario provenienti da elementi esterni all'Ospedale o da persone esterne all'organizzazione.

La sicurezza dei pazienti è perseguita in primo luogo mediante il rispetto delle norme di legge conformati l'attività delle persone nello svolgimento delle loro funzioni, l'idoneità delle strutture e degli impianti e le relative procedure di emergenza.

La sicurezza non può però limitarsi al rispetto delle norme di legge in quanto l'evoluzione dei comportamenti e delle tecnologie determina un costante ritardo della normativa rispetto ai rischi reali.

_sicurezza degli operatori

L'Ospedale pone in essere tutte le necessarie azioni per assicurare ai propri operatori la sicurezza fisica nello svolgimento delle mansioni e comunque per tutta la loro permanenza nell'area ospedaliera.

Obiettivi La salvaguardia fisica da incidenti e da rischi e pericoli di diversa natura è obiettivo dell'Ospedale ed è fondamentale in ordine al perseguimento dell'efficacia ed efficienza nelle cure.

Indirizzi metodologici La sicurezza degli operatori è assicurata mediante:

- ✓ la disponibilità di strumenti e strutture idonee ai processi sanitari e produttivi in generale;

- ✓ il mantenimento degli strumenti e delle strutture in condizioni ottimali nel tempo;
- ✓ la adeguata conoscenza da parte del personale ospedaliero degli strumenti di lavoro e della struttura nella quale operano;
- ✓ la definizione di procedure operative adeguate alla rischiosità dei processi;
- ✓ la conoscenza delle procedure operative da parte degli operatori.

__sicurezza della struttura

L'Ospedale nel perseguimento dei propri obiettivi si deve dotare di un patrimonio di strutture e impianti intrinsecamente sicuri.

Obiettivi La sicurezza delle strutture e degli impianti è strumento per la realizzazione di condizioni di sicurezza per i pazienti, i loro familiari e gli operatori.

Indirizzi metodologici La gestione delle strutture in sicurezza richiede che esse siano pianificate in termini coerenti con gli obiettivi che l'Ospedale ha in termini qualitativi e quantitativi di erogazione delle prestazioni.

È necessario inoltre che il personale sia correttamente formato in merito all'utilizzo delle risorse strumentali e alle procedure da seguire in caso di malfunzionamento e o per pericolo.

Vi devono essere adeguati sistemi e procedure di comunicazione delle situazioni di pericolo o di malfunzionamento.

La corretta gestione delle strutture non può prescindere da un sistema di monitoraggio delle performance delle strutture e degli strumenti nel tempo in modo da salvaguardarne il funzionamento e prevenire i rischi, oltre ad identificare i possibili miglioramenti.

Tale sistema deve essere parte integrante del generale sistema di qualità dell'Ospedale.

__PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

Le infezioni ospedaliere sono infezioni che insorgono durante il ricovero in Ospedale o, in altri casi, do-

po che il paziente è stato dimesso, e che non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione al momento dell'ammissione.

Questa classica definizione viene talora estesa comprendendo tra le infezioni ospedaliere anche quelle, assai meno frequenti, che colpiscono il personale sanitario coinvolto nell'assistenza.

Queste ultime vanno classificate come infezioni occupazionali, termine con le quali si intende una infezione sicuramente acquisita sul luogo di lavoro (corsia ospedaliera, laboratorio, sala operatoria, ecc.), il cui periodo di incubazione sia compatibile con l'intervallo di tempo intercorso tra l'esposizione all'agente responsabile e la comparsa della malattia.

Le infezioni ospedaliere si distribuiscono in quattro principali localizzazioni che rappresentano circa l'80% di tutte le infezioni osservate:

- ✓ il tratto urinario;
- ✓ le ferite chirurgiche;
- ✓ l'apparato respiratorio;
- ✓ le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie).

Tra queste le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% circa di tutte le infezioni osservate.

L'importanza relativa, dal punto di vista clinico, di ciascuna localizzazione di infezione varia nei diversi reparti ed in diversi sottogruppi di pazienti. Il rischio complessivo di infezione, ad esempio, aumenta nei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici e diventa tanto maggiore quanto più le condizioni del paziente sono critiche, quanto più dura l'intervento e quanto più questo è contaminato.

I pazienti ospedalizzati sono caratterizzati da un aumentato rischio di infezione, le cui cause sono molteplici e non facilmente riassumibili, sia perché la popolazione dei pazienti non è omogenea e sia perché l'entità ed il livello di immunodepressione variano notevolmente in rapporto a fattori relativi all'ospite, alla sua malattia e alla terapia che riceve. Molti fattori agiscono simultaneamente, sequenzialmente o sinergicamente.

In tali situazioni, anche la semplice permanenza nella struttura ospedaliera può rappresentare un rischio per lo sviluppo di infezioni da patogeni opportunisti (ad esempio da Legionella, patogeno opportunistica riscon-

trato più volte nei monitoraggi effettuati all'interno dell'Ospedale).

La particolare tipologia dei pazienti e delle prestazioni erogate, associata alle caratteristiche organizzative della struttura e al contesto epidemiologico, guida l'identificazione delle aree delle aree di rischio per infezioni nosocomiali a cui possono essere esposti i pazienti e il personale.

Obiettivi Migliorare le precauzioni messe in atto per proteggere i pazienti e il personale dal rischio di contrarre un'infezione nosocomiale. L'individuazione dei problemi esistenti, attraverso un'analisi del contesto, costituisce il primo passo per definire gli obiettivi prioritari, esplicitare gli interventi migliorativi e le loro modalità di attuazione.

Indirizzi metodologici I bisogni dell'Ospedale in tema di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere devono essere identificati in base ad una attenta analisi della situazione esistente. In genere fra le principali necessità vi sono le seguenti:

- ✓ la necessità di aggiornare la composizione del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO), coinvolgendo i rappresentanti delle unità e dei servizi interessati, l'ufficio qualità, e gli esperti nel campo;
- ✓ la necessità di individuare un infermiere epidemiologo quale figura operativa di riferimento;
- ✓ la necessità di sorvegliare con appositi piani le infezioni della ferita chirurgica; le polmoniti nosocomiali nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica e nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico; le infezioni correlate a catetere venoso centrale; le infezioni delle vie urinarie, le infezioni da Legionella; le infezioni nei pazienti sottoposti a chemioterapia ad alte dosi; infezioni conseguenti ad infortunio a rischio biologico; ed eventuali altre aree identificate localmente come le principali aree di rischio presenti;
- ✓ la necessità di standardizzare, aggiornare, eventualmente creare e diffondere linee guida e protocolli per la prevenzione delle infezioni ospedaliere ed il loro corretto trattamento;
- ✓ la necessità di verificare la *compliance* del personale alle linee guida/procedure/protocolli adottati;

- ✓ la necessità di formare e sensibilizzare il personale al problema delle infezioni nosocomiali.

Principi Operativi Poiché solo una parte dei bisogni identificati può essere soddisfatta a breve termine con le risorse generalmente disponibili è bene identificare le priorità attraverso la elaborazione di un piano per la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere.

Il Comitato Infezioni Ospedaliere supervisiona il perseguimento degli obiettivi sopra indicati nel rispetto della tempistica e dei criteri prestabiliti durante le riunioni.

Il mandato istituzionale del Comitato prevede:

- ✓ la definizione della strategia di lotta contro le infezioni ospedaliere;
- ✓ la verifica dell'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e della loro efficacia;
- ✓ la cura della formazione culturale e tecnica ad hoc del personale.

Il Comitato è composto dai seguenti membri *ex officio*: Direttore Sanitario, Responsabile Laboratorio Analisi, Responsabile Farmacia, Responsabile Servizio Infermieristico, Responsabile Qualità ed Accreditamento, Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Responsabile Servizio di Medicina Preventiva, Referente Operativo.

Il Comitato è presieduto dal Direttore Sanitario.

Il Presidente individua tra i suoi componenti il Segretario.

Il Presidente può individuare altri professionisti in rappresentanza delle seguenti aree:

- ✓ area chirurgica
- ✓ area medica
- ✓ area igienistica-organizzativa.

Il Presidente può individuare e nominare tra i componenti anche professionisti esterni di comprovata esperienza in igiene, microbiologia, malattie infettive ed epidemiologia, purché il loro numero non superi quello dei componenti *ex officio*.

Il Comitato si riunisce regolarmente ogni tre mesi e in via straordinaria su segnalazione di avvenimenti anomali o

su richiesta di convocazione da parte del Presidente.

Il Comitato può individuare e costituire uno o più gruppi di lavoro operativi per il raggiungimento delle sue finalità istituzionali.

L'obiettivo dei gruppi di lavoro individuati è quello di proporre interventi orientati al problema specifico (es. piani di sorveglianza, linee guida interne, attività formative ad hoc, ecc.) la cui utilità e fattibilità verrà vagliata dal Comitato.

Tutte le attività del Comitato (riunioni ordinarie e straordinarie, report, ecc.) sono documentate. In particolare i verbali delle riunioni sono redatti dal Segretario e distribuiti ai componenti del Comitato.

_PIANIFICAZIONE E CONTROLLO

Il sistema di pianificazione e controllo è strumento indispensabile per assicurare lo sviluppo coordinato delle attività e la continuità aziendale nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili.

_pianificazione

Per Pianificazione si intende un riferimento al medio-lungo periodo per l'attuazione delle strategie aziendali.

L'Ospedale riconosce nella pianificazione (strategica) uno strumento fondamentale per la realizzazione della propria *mission*.

Obiettivi Sviluppare linee guida per le decisioni che il management deve prendere in modo che tali decisioni siano coerenti con la *mission* dell'Ospedale, con le proprie risorse e competenze e con l'ambiente esterno.

Indirizzi metodologici Il processo di pianificazione strategica per giungere al suo risultato finale (formulazione della strategia dell'Ospedale) deve procedere attraverso l'analisi dei tre seguenti oggetti:

- ✓ analisi della missione e delle finalità dell'Ospedale (ad es.: tutela della salute dei cittadini con focus sui momenti di acuzie nell'ambito di un equilibrio economico che permetta di sviluppare il patrimonio di capacità professionali e realizzare adeguati progetti di ricer-

ca e didattica);

- ✓ analisi interna all'Ospedale: individuazione e valutazione delle proprie risorse strutturali, economiche tecnologiche e professionali nel tempo;

- ✓ analisi esterna. La definizione degli oggetti rientranti nell'analisi esterna è difficilmente esaustiva; a titolo di esempio si elencano i seguenti aspetti (che vanno analizzati nella loro evoluzione nel tempo): risorse finanziarie del sistema, trend tecnologici, trend delle patologie, relazioni con gli enti territoriali di riferimento e i loro approcci all'erogazione dei servizi sanitari, relazioni sindacali, ecc.

Analizzati gli aspetti sopraelencati si deve passare alla formulazione del posizionamento aziendale passato, attuale e prospettico rispetto alle variabili fondamentali individuate e al piano di azione coerente con gli obiettivi della strategia.

Raccomandazioni L'analisi interna deve essere la più oggettiva possibile e non essere influenzata dai "desiderata" del management o dalla *mission*, le risorse interne devono essere valutate in modo "asettico", pena la formulazione di un piano strategico irrealizzabile.

L'analisi esterna deve essere capace di rilevare e sintetizzare, fra i numerosi elementi componenti l'ambiente esterno, quelli più significativi ai fini della determinazione del posizionamento strategico dell'Ospedale e del relativo piano di azione; il rischio in questa fase è di disperdersi in una serie di valutazioni di elementi non significativi ai fini della definizione della strategia aziendale.

_programmazione

Tutte le principali attività o azioni poste in essere dall'Ospedale devono rientrare in un definito programma di interventi o piano di azione definibile come programmazione.

La programmazione è un processo iterativo con output di tipo qualitativo e quantitativo.

L'output qualitativo è la definizione dettagliata delle attività che l'organizzazione vuole porre in essere per raggiungere i propri obiettivi.

Gli output qualitativi sono specificati in termini quantitativi (tempi delle azioni, livello di efficacia, risul-

tati attesi in termini economici generali, ecc.).

La programmazione è un processo iterativo perché i budget che ne scaturiscono possono dare indicazioni circa la fattibilità effettiva degli obiettivi programmati e quindi determinare una revisione dei programmi, se non talvolta addirittura delle strategie.

Obiettivi Specificare il piano di azione definito nell'ambito della strategia in una serie di azioni/interventi fra loro coordinati temporalmente e logicamente e che verranno posti in essere dall'organizzazione al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati.

La programmazione è una attività che ha preferibilmente un orizzonte temporale di medio termine.

Ha una esplicitazione quantitativa dei suoi contenuti in termini di ricavi e costi nei budget (12 mesi) e nei piani economico finanziari a medio termine (solitamente 3, 5, o 10 anni). I programmi devono essere rivisti periodicamente. Almeno in sede di formulazione/revisione di budget e realizzazione dei piani economico finanziari.

Principi operativi I programmi devono essere periodicamente monitorati nei tempi e nelle modalità di realizzazione a prescindere da necessità previsive di ordine economico finanziario.

Si raccomandano attività di *project control* specifiche in particolare per quei progetti di carattere straordinario e trasversale che coinvolgono numerose funzioni aziendali.

MODALITÀ ORGANIZZATIVE DEI SERVIZI

Le attività, le funzioni, i processi, l'ingegnerizzazione dei processi, il miglioramento continuo, l'articolazione e rapporti tra settori sono definiti e governati in base alle modalità organizzative stabilite dalla direzione dell'Ospedale.

_strategie e operatività

L'Ospedale conosce le proprie potenzialità, definisce e rende pubblica la propria *mission* e opera in conseguenza di una pianificazione a diversi livelli e di un monitoraggio dei risultati e del confronto di questi con gli obiettivi prestabiliti.

Obiettivi L'Ospedale stabilisce il proprio piano strategico pluriennale, il piano organizzativo, il budget plan con le sue revisioni, ne monitorizza la realizzazione con la verifica periodica delle attività attraverso il piano operativo di strutture e ne raccoglie i risultati in un libro dei fatti periodico.

Indirizzi metodologici La definizione delle strategie, il confronto dei risultati con la pianificazione si richiamano a una metodologia aziendale consolidata. L'operatività segue quindi una pianificazione che va preparata nei tempi e nei consensi in modo sufficiente per essere applicata e realizzata appieno.

Aree critiche La tempestività delle decisioni e degli interventi non deve derivare da rimedi a situazioni emergenti.

L'emergenza è insita nella programmazione e non deve diventare un alibi per modificare le linee strategiche.

La trasparenza e la credibilità del governo aziendale sono premesse insostituibili.

Il cambiamento delle linee strategiche ha un effetto destabilizzante. È preferibile definire strategie conservative e realizzarle piuttosto di non realizzare le utopie.

_logica del decentramento e dell'autonomia gestionale

La crescita dell'Ospedale si realizza con la crescita della professionalità degli operatori e con la soddisfazione del cliente.

Obiettivi La necessaria responsabilizzazione e crescita professionale nell'Ospedale non può essere raggiunta senza un opportuno decentramento e una autonomia di gestione, non solo nelle aree di competenza specifica ma anche nelle attività trasversali aziendali. Decentramento però non significa scoordinamento; autonomia gestionale non significa mancanza di condivisione degli obiettivi.

Indirizzi metodologici Ogni professionista conosce e condivide la strategia generale e gli obiettivi dell'Ospedale.

Costruisce con il proprio referente gli obiettivi inerenti alla propria responsabilità, concorda e tratta sui supporti necessari e si impegna a raggiungere i traguardi attesi, chiedendo aiuto se necessario, accettando il confronto sempre sulle proprie attività e sulle proprie realizzazioni.

Aree critiche La mancata adesione agli obiettivi comuni può condurre a una interpretazione errata dei piani strategici e dei piani operativi.

Il mancato raggiungimento dei risultati va discusso in modo tempestivo (utile quindi per aggiustamenti) con il referente e non deve costituire una limitazione della propria responsabilità.

Il confronto fra unità diverse in aree omogenee sia locali, sia nazionali, sia internazionali, giustifica la ricerca di miglioramenti e di conferma di responsabilità.

direzione per progetti, verifica e activity based management (ABM)

La progettazione chiara e condivisa costituisce l'ossatura dell'operatività del professionista nell'Ospedale.

Obiettivi Ogni atto umano è un progetto, tanto più lo è l'atto medico che non deve essere visto solo come espressione di un non ben definito "senso clinico".

L'etica verso il malato richiede che ogni intervento possa essere verificato e confrontato con i protocolli nazionali o internazionali e sia conseguenza di studi clinici confortati da consenso internazionale.

Indirizzi metodologici Il progetto prevede una chiara definizione dell'obiettivo, dei tempi, delle risorse e un coordinamento nel loro utilizzo, una responsabilità di gestione e un monitoraggio e confronto continuo tra risultati ottenuti e attesi.

Un progetto deve portare una riduzione di entropia e una crescita del valore aggiunto.

L'Activity Based Management è uno strumento di analisi e rivalutazione di ogni momento di un progetto/processo alla ricerca di quei momenti che danno valore aggiunto e riduzione di quelli che non hanno tale esito.

Aree critiche Vi è spesso una resistenza ad accettare la progettualità guidata dalle esperienze e dai consensi medici internazionali come elemento di riferimento se non di confronto della attività clinica personalizzata.

Sicuramente un grande clinico ragiona in senso progettuale, spesso in modo inconscio. Il malato comunque ha bisogno che intorno al suo problema vi sia tutto il potere della progettualità e della esperienza protocollata, piuttosto che iniziative eroiche.

comitati di supporto

Il lavoro e la responsabilizzazione di ogni operatore non possono giustificare un mancato supporto da parte di gruppi o comitati di esperti.

Obiettivi Costruire un raggruppamento di esperienze dedicate a finalità specifiche porta un supporto alla gestione e all'operatività.

Non abbondare ma selezionare il lavoro dei Comitati appare un'equilibrata finalizzazione del loro lavoro.

Indirizzi metodologici Vi sono alcune indicazioni legali o normative che vanno rispettate ma che non devono costituire una gabbia incapace di dinamico sviluppo.

I comitati possono superare le costrizioni burocratiche e ampliare le proprie responsabilità e aree di competenza.

Aree critiche L'esperienza dimostra che i Comitati o gruppi di lavoro più efficaci sono quelli che nascono su problemi reali, piuttosto che su divisioni di potere. L'ideale è che i Comitati nati intorno alle normative siano sufficientemente sviluppati e aggiornati per rispondere ai bisogni critici reali dell'Ospedale.

il sistema organizzativo: direzioni, dipartimenti, unità operative, unità funzionali

Deve assicurare la possibilità di superare gli individualismi e la non comunicazione delle Unità operative senza perdere le loro valenze specialistiche; sviluppare la trasversalità del percorso diagnostico e terapeutico del

malato; utilizzare l'esempio, il confronto e le sinergie.

Obiettivi Realizzare una organizzazione ideale è obiettivo di ogni azienda, armonizzare e rendere naturali le trasformazioni aziendali è obiettivo di aziende nuove, costruire l'organismo in cui si sviluppa in modo efficace il percorso diagnostico, terapeutico riabilitativo e preventivo del malato è un obiettivo specifico dell'Ospedale.

Indirizzi metodologici L'organizzazione, la comunicazione, la tecnologia, l'economia costituiscono in Sanità gli strumenti che possono sostenere oltre che indirizzare la costruzione di Dipartimenti da Unità Operative/Funzionali, sufficientemente indipendenti per mantenere la propria responsabile competenza medica, ma armoniosamente correlate per essere esaustive e tempestive nella risposta alle necessità del malato.

Il Dipartimento di nuova istituzione deve attivarsi con le dovute cautele per non fare perdere solidità alle Unità Operative/Funzionali; se stabilizzato può avere una forma geografica se si trova in un ambiente multicentrico; se si orienta sulla patologia o sulla tipologia di malato per essere esaustivo nei suoi confronti.

La direzione del dipartimento è affidata a dipendenti nei quali le capacità manageriali, e non tanto o non soltanto quelle professionali mediche o tecniche, siano particolarmente pronunciate.

I direttori di dipartimento, insieme ai dirigenti delle unità operative, identificano per iscritto le prestazioni fornite dal dipartimento che vengono coordinate e integrate all'interno del dipartimento e con altri dipartimenti e servizi. Forniscono orientamento e addestramento a tutto il personale del dipartimento in funzione delle responsabilità di ciascuno.

L'armonizzazione tecnica, la condivisione di piani di cura e protocolli messi a punto e condivisi, la razionalizzazione nell'uso efficace ed efficiente delle risorse assegnate e disponibili costituiscono i compiti fondamentali dei dipartimenti.

Aree critiche Il contrasto tra scuole mediche, la incapacità di colloquio con, e di apprendimento dagli altri, una non corretta identificazione della propria responsa-

bilità con la propria individualità clinica, rendono la dipartimentalizzazione difficile e a volte dannosa. Il compito delle Direzioni appare importante nell'opera di costruzione e educazione al Dipartimento. È in seguito opportuno ricollocarsi in una posizione prevalentemente di osservazione e di supporto, quando il Dipartimento diventa maturo e autosufficiente.

Possibile fonte di difficoltà per il Dipartimento è la mancata autolimitazione delle Direzioni.

il modello di controllo di gestione

I riferimenti tecnici, organizzativi e culturali che conformano il processo di pianificazione e controllo, e più in particolare la programmazione, il budgeting e il reporting, costituiscono il modello di controllo di gestione che la direzione di una azienda deve dare alla stessa.

L'Ospedale deve avere un modello di controllo di gestione che abbia come riferimento alcuni elementi specifici del decalogo quali l'Umanizzazione, l'Organizzazione, l'Appropriatezza, l'Affidabilità, l'Innovazione, la Ricerca e la Formazione.

Il modello di controllo di gestione deve essere coerente con l'organizzazione, cioè con l'articolazione dei ruoli e delle responsabilità, con la natura e la tipicità dei costi dell'Ospedale e con i particolari prodotti/servizi prodotti in ambito ospedaliero.

Nel modo produttivo industriale e dei servizi i sistemi di controllo di gestione si stanno orientando verso metodi che focalizzano le singole attività che compongono i prodotti e i servizi; l'obiettivo finale è una migliore valorizzazione dei costi comuni, della loro attribuzione nei diversi prodotti finali e possibilmente della loro riduzione laddove emergano come eccessivi o ridondanti.

Da questa filosofia, denominata ABC (Activity Based Costing) ha avuto spunto l'Activity Based Management (ABM) che presuppone la concentrazione dell'attività del Management sulle singole attività aziendali e non direttamente sulle risorse assorbite.

In un Ospedale, soprattutto relativamente agli obiettivi e alle funzioni di Ricerca, Formazione e Didattica, è importante che al controllo di gestione "tradizionale" si affianchino da sistemi di gestione e misurazione quali, ad esempio la Balanced Score Card (BSC) che contempera e bilancia gli indicatori delle perfor-

mance di natura economico-finanziaria con misure delle performance dell'azienda nel tempo e quindi focalizzando l'attenzione sul vantaggio competitivo, che per gli enti *non profit* riassumersi anche come "utilità sociale".

Si valorizza quindi una prospettiva di performance nel lungo periodo.

_budgeting

Il budget è definibile come un sistema di valori, elaborato ed approvato con riferimento alla gestione dell'impresa estesa ad un dato orizzonte futuro, nel quale trovano espressione in termini monetari gli obiettivi dei programmi di breve periodo, definiti coerentemente agli obiettivi e alle strategie di pianificazione.

L'azienda ospedaliera riconosce il budget come fondamentale strumento di programmazione a breve termine e come strumento di delega.

Obiettivi Il processo di budgeting deve avere le seguenti finalità:

- ✓ programmare le azioni
- ✓ coordinare ed integrare i subsistemi aziendali
- ✓ valutare la fattibilità delle azioni previste
- ✓ definire i risultati attesi delle azioni previste in termini di risultati economici
- ✓ costituire uno strumento di delega ai responsabili e di motivazione per il maggior numero possibile di figure professionali
- ✓ educare a comportamenti manageriali.

Indirizzi metodologici Il budget deve essere articolato omogeneamente al piano dei centri di responsabilità, che a sua volta deve essere congruente con l'organizzazione aziendale.

Gli obiettivi quantitativi devono essere articolati almeno su periodi trimestrali.

Il budget fa parte del sistema di controllo di gestione, che oltre alla fase di pianificazione, si occupa di analizzare gli scostamenti dei dati consuntivi da quelli previsti e ne individua le cause.

Budget e controllo di gestione hanno numerose modalità tecniche ed applicazione a seconda delle fi-

nalità che si perseguono e delle tipologie dei processi (es. budget flessibile, zero base budget, Activity Based Costing, Economic Value Added, ecc.).

La progettazione del sistema di controllo è influenzata dalle caratteristiche dell'impresa che sono sintetizzate nel modello delle "7S": strategia, struttura, sistemi operativi, skill, staff, stile, sistemi di valori.

Principi operativi Spesso il personale che non ha una preparazione di taglio economico e che non ha lavorato in organizzazioni realmente gestite in modo manageriale-aziendale tende a vivere il processo di budget come un momento tipicamente amministrativo e che avrà come unico riflesso per la propria attività la formalizzazione di limiti di spesa; questa erronea visione deve essere superata sottolineando la valenza programmatica e di coordinamento che ha questo strumento, modificando in tal modo la percezione della sola valenza "quantitativa" del budget.

L'approccio *bottom-up* è preferibile a quello *top-down* anche se in una fase iniziale della vita aziendale il supporto formativo e la funzione di "trascinamento" della direzione è spesso fondamentale.

_reporting

Il sistema di reporting è lo strumento utilizzato dall'Ospedale per verificare il grado di raggiungimento dei risultati qualitativi e quantitativi attesi e lo stato di avanzamento delle azioni e dei programmi a tutti i livelli di responsabilità.

Obiettivi Il sistema di reporting ha come obiettivo la comunicazione e la valutazione dei dati rilevanti ai fini della valutazione della gestione

Indirizzi metodologici La realizzazione del sistema di reporting deve tenere conto di 3 elementi fondamentali:

- ✓ destinatari dei dati: l'articolazione del sistema deve essere in primo luogo coerente con il più generale disegno del sistema di budget e di controllo di gestione; tutti coloro che sono coinvolti e responsabilizzati nel processo di budget devono essere fruitori del sistema di reporting; ovviamente le necessità informative sono

difforni a seconda dei livelli: alta direzione o attività operative (ad es.: caposala di degenza);

✓ contenuti: una serie di informazioni possono essere di carattere standard ma talvolta possono rendersi necessari reports ad hoc per talune attività o situazioni; le informazioni devono avere in primo luogo carattere di sinteticità ed attendibilità; devono inoltre essere rilevanti per il destinatario;

✓ frequenza: i reports standard sono di tipo periodico ricorrente mentre i reports ad hoc hanno frequenza speciale e cessano una volta compiuta una certa attività o risolta una certa situazione.

I reports devono sempre fornire un confronto con il budget e preferibilmente anche con i dati dei precedenti periodi.

Principi operativi È importante che siano sempre associate a informazioni di carattere economico (ad es.: costi) informazioni in ordine alla quantità e alla qualità delle prestazioni erogate, siano esse finali (sanitarie) o intermedie. Non bisogna sbilanciare l'attenzione del destinatario finale su un elemento singolo (ad es.: il controllo dei costi) a scapito degli altri.

Il benchmarking con dati di altre strutture nell'ambito del reporting è uno strumento molto utile ma va utilizzato con estrema cautela sia in quanto vi possono essere diffomità di mission fra le strutture sia in quanto è necessario conoscere con estrema precisione le modalità di costruzione dei dati usati come benchmarking.

_ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

L'organizzazione necessita di politiche di acquisizione di beni e servizi che consentano l'accesso continuativo agli stessi da parte delle funzioni ospedaliere in modalità e con caratteristiche adeguate agli obiettivi finali e con impegni finanziari coerenti con il mercato di riferimento.

_scelte di make or buy

L'azienda deve valutare l'opportunità di acquisire servizi o parti di processi produttivi sul mercato, in alternativa alla organizzazione e produzione interna.

Obiettivi Massimizzazione dell'efficacia dei servizi offerti dall'ospedale in termini di soddisfazione qualitativa della domanda.

Indirizzi metodologici L'analisi costi-benefici costituisce l'approccio privilegiato nella valutazione della opportunità di esternalizzare alcuni servizi (totalmente o in parte).

L'obiettivo dell'analisi costi-benefici deve essere in primo luogo la valutazione in termini qualitativi sul sistema complessivo alla luce del decalogo di riferimento.

L'eventuale vantaggio in termini di minori costi o maggiore qualità sul singolo subsistema deve essere valutato rispetto all'efficienza complessiva del sistema aziendale, non solo in ottica di breve periodo ma anche considerando gli effetti a lungo termine sul sistema.

Principi operativi Alla luce delle attuali opportunità di mercato, dei principi del decalogo e delle altre considerazioni esposte precedentemente si propone una griglia di opportunità di esternalizzazione dei servizi/processi:

- ✓ Esternalizzazione fortemente raccomandata
 - Tipologie generali: servizi ad alto contenuto tecnico non sanitario, servizi con economie di scala rilevanti, servizi a basso valore aggiunto. Più specificamente:
 - servizi di manutenzione tecnico-specialistica (building management, manutenzione attrezzature medicali)

- servizi di lavanderia – guardaroba
 - servizi di ristorazione per pazienti e personale
 - servizi commerciali di supporto
 - servizi di sanificazione-pulizia
 - servizi di smaltimento rifiuti
 - servizi di sorveglianza, portierato, gestione parcheggi
 - servizi di manutenzione verde e parchi
 - servizi di sviluppo sistemi informativi
- ✓ Esternalizzazione sconsigliata.
- Tipologie generali: servizi sanitari, servizi di comunicazione con il pubblico, più specificamente:
- servizi di diagnosi e cura
 - servizi di prenotazione-accettazione
 - servizi di informazione e comunicazione con il pubblico
 - funzioni di staff e di direzione

N.B.: qualora per specifiche esigenze o opportunità si ritenga di esternalizzare anche qualcuno di questi servizi si raccomanda la realizzazione di un sistema di controllo/integrazione particolarmente attento e forte.

__governo dei servizi esternalizzati

È responsabilità della azienda ospedaliera il costante monitoraggio e governo dei servizi appaltati a soggetti esterni.

Obiettivi Il governo dei servizi appaltati ha per obiettivo il mantenimento della coerenza fra il livello dei processi acquisiti sul mercato e la mission dell’Ospedale.

Indirizzi metodologici L’esternalizzazione di alcuni servizi permette al management dell’Ospedale di delegare il controllo delle “technicality” di una serie di servizi non centrali rispetto alla mission della struttura concentrandosi in tal modo sugli aspetti più tipicamente sanitari del sistema.

Il management deve però definire quanto delegato all’esterno mediante:

- ✓ una condivisione iniziale della mission e del deca-

logo con i responsabili della produzione dei servizi esternalizzati al fine di costruire rapporti di partnership attorno a valori condivisi;

- ✓ la formalizzazione contrattuale di precisi standard di qualità;
- ✓ la realizzazione di un sistema di monitoraggio della rispondenza del servizio agli standard richiesti attraverso modalità di controllo periodico condivise con il fornitore del servizio;
- ✓ l’individuazione di un responsabile interno alla struttura che risponda alla direzione dei risultati qualitativi e quantitativi dei servizi appaltati.

Principi operativi Le modalità di controllo del servizio devono essere previste contrattualmente anche negli aspetti più operativi: modalità e tipologia di raccolta dei dati, periodicità, livelli minimi e obiettivo da raggiungere.

__INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

L’Ospedale deve essere dotato di un sistema di comunicazione che soddisfi correttamente le esigenze degli utenti interni ed esterni, utilizzando al meglio le tecnologie disponibili

__comunicazione interna

L’Ospedale riconosce nel sistema di comunicazione interna uno strumento fondamentale per il corretto perseguimento della propria mission in quanto la disponibilità delle informazioni è elemento fondamentale per la erogazione efficace di prestazioni sanitarie.

Obiettivi I principali obiettivi del sistema di comunicazione interna sono:

- ✓ la percezione da parte del sistema ospedaliero di ogni esigenze del paziente;
- ✓ l’ottimizzazione delle modalità di trasmissione delle informazioni relative ai processi fra i diversi operatori dell’Ospedale;
- ✓ l’efficienza della comunicazione organizzativa-aziendale;
- ✓ il rispetto della privacy dei pazienti.

Indirizzi metodologici La possibilità del paziente o dei suoi familiari di comunicare le esigenze personali e di carattere sanitario nel periodo di degenza o comunque di permanenza all'interno della struttura ospedaliera devono essere supportate da un sistema semplice da un punto di vista tecnologico ed organizzativo le cui modalità di fruizione devono essere comunicate all'atto dell'ingresso del paziente in Ospedale.

La comunicazione delle informazioni relative ai processi sanitari deve avere come elemento centrale la cartella clinica. La codifica delle prestazioni sanitarie e la definizione di modalità standard di comunicazione sono elemento di garanzia per la qualità e l'efficacia del processo di cura.

La comunicazione organizzativa aziendale deve essere fondata su una serie di meccanismi conosciuti aventi carattere programmato o eccezionale, individuale o collegiale in modo che ogni operatore dell'Ospedale abbia la possibilità di avanzare le proprie considerazioni in merito all'attività svolta.

Il sistema organizzativo deve chiaramente indicare i soggetti (fonti) delle comunicazioni riguardanti tutte le funzioni aziendali e ospedaliere, la loro gerarchia e il perimetro di efficacia

relazioni con l'esterno

L'organizzazione ospedaliera si pone nei confronti dei soggetti esterni come soggetto unitario aperto e con coordinate e omogenee modalità di relazione.

Obiettivi Le politiche conformanti le relazioni con l'esterno devono rendere massima nel tempo la credibilità delle informazioni e delle notizie che l'Ospedale comunica all'esterno; parallelamente deve essere facilitata la possibilità da parte dei soggetti esterni, siano essi organizzazioni o privati, di entrare in contatto con l'Ospedale.

Indirizzi metodologici Alla base di un sistema di comunicazione esterna che massimizzi la percezione della comunità esterna circa l'attendibilità delle informazioni ricevute dall'Ospedale e faciliti al massimo la possibilità di entrare in contatto con esso vi sono i seguenti aspetti:

- ✓ identificazione da parte della Direzione delle entità

autorizzate a relazionarsi con l'esterno;

- ✓ identificazione della tipologia delle informazioni per le quali ciascun'entità ha competenza (livello e perimetro di competenza);
- ✓ adeguata pubblicizzazione delle entità autorizzate a comunicare e della loro competenza;
- ✓ identificare un organismo specifico al quale i soggetti esterni possono rivolgersi nel caso di scarsa soddisfazione circa le modalità di relazione con gli organismi preposti.

il sistema informativo

L'importanza che il sistema informativo e le scelte strategiche ad esso connesse rivestono richiedono un progetto "ad hoc", che si sviluppi in parallelo al progetto strategico/funzionale/operativo, edilizio e impiantistico.

I dati devono essere inseriti da chi li forma o raccoglie, nel momento in cui si formano e nella sede dove si formano, per motivi di sicurezza e qualità dei dati e di risparmio nelle risorse di personale.

È necessario quindi un sistema integrato, in quanto l'integrazione dei singoli moduli componenti minimizza l'inserimento di dati e la possibilità di duplicazioni o errori da parte del personale, favorendone l'utilizzo da più operatori e riducendo i costi di esercizio.

Un sistema flessibile e modulare, in modo da consentire un'implementazione graduale ed una futura espansione.

Infine, il sistema informativo deve soddisfare altri 3 requisiti di carattere generale:

- ✓ comportare i più bassi costi di investimento e di esercizio, compatibilmente con i requisiti tecnici sopra elencati;
- ✓ essere adeguato alla "cultura" dell'ambiente sanitario italiano;
- ✓ soddisfare le disposizioni della normativa sanitaria italiana.

I vantaggi attesi dall'utilizzo della tecnologia informatica includono:

- ✓ accessibilità alle informazioni della cartella clinica elettronica di un dato paziente in qualsiasi momento e

da qualsiasi punto dell'Ospedale;

- ✓ automazione dei piani di cura mediante l'utilizzo di protocolli standard personalizzabili e generazione automatica delle richieste di prestazione;
- ✓ inoltro in tempo reale di richieste di prestazione ai reparti interessati e accessibilità online ai risultati;
- ✓ cattura in modo semplice ed immediato delle informazioni mediche e sanitarie mediante tecnologie e soluzioni avanzate, quali: dispositivi portatili, *touch screens*;
- ✓ supporto alle decisioni complesse (ad es.: diagnosi mediche, schedulazione dell'intero Ospedale) mediante sistemi esperti basati su regole stabilite dall'ospedale stesso.

Il sistema informativo ospedaliero quindi rappresenta il "sistema nervoso" dell'Ospedale che consente di ricevere e trasmettere informazioni e istruzioni in tempi rapidi ed in modo univoco e affidabile.

Questo è indispensabile per garantire tempestività e velocizzazione nel processo di cura e quindi efficienza.

Di questi effetti benefici sul funzionamento va tenuto in debito conto nella valutazione dell'investimento e degli sforzi per mantenere e sviluppare il sistema informativo.

Naturalmente il sistema dovrà garantire un alto livello di continuità di servizio, anche in situazione di manutenzione, espansione e malfunzionamenti dell'hardware e del software.

Obiettivi Il sistema informativo intende realizzare i seguenti obiettivi riguardanti processi clinici, amministrativi e gestionali:

- ✓ registrare e gestire i dati clinici ed amministrativi del paziente e delle prestazioni erogate;
- ✓ rendere disponibili al medico i dati e le informazioni cliniche per una miglior qualità di cura mantenendo sempre il paziente come elemento centrale rispetto alla visione delle informazioni;
- ✓ garantire la registrazione, l'utilizzo e l'archiviazione dei dati e delle informazioni in ottemperanza alle leggi e alle norme per la tutela della privacy e della sicurezza;
- ✓ strutturare le modalità ottimali per l'espletamento da parte del paziente di ogni operazione amministrativa;

- ✓ definire le applicazioni mantenendo la massima flessibilità del processo operativo gestionale;
- ✓ ottimizzare le risorse mantenendo elevata la qualità del servizio;
- ✓ fornire strumenti per il controllo di gestione di tutte le risorse interne ed esterne che concorrono a costituire i costi/ricavi;
- ✓ supportare l'analisi e la definizione di indicatori per la misurazione dei processi trasversali su più erogatori di prestazioni o servizi (prericovero, pronto soccorso, gestione cartella clinica e così via);
- ✓ monitorare la qualità di servizio;
- ✓ supportare le operazioni amministrative e contabili nella gestione aziendale per rispondere agli obblighi ed agli adempimenti legali e fiscali;
- ✓ produrre la documentazione verso gli enti pubblici o privati con i quali si hanno contratti di servizio.

Indirizzi metodologici Il sistema informativo è composto da più componenti informatici di tipo hardware e software.

La scelta dei componenti informatici deve essere fatta in funzione di:

- ✓ condizioni e criteri di valutazione
- ✓ ottemperanza alle leggi e alle norme di sicurezza e privacy

La quasi totalità dei dati trattati dai sistemi in ambito sanitario ha caratteristiche che comportano il rispetto delle regole di sicurezza e privacy; devono quindi essere rispettate la legge 675 e successive modificazioni oltre alle norme emanate dall'AIPA.

I componenti del sistema devono essere implementati solo se:

- ✓ il rapporto Costi/Benefici (dove i costi includono costi diretti, indiretti e derivati) dell'informatizzazione è minore di 1;
- ✓ il budget degli anni a venire è in grado di garantire il mantenimento dell'installato (hardware e software);
- ✓ i componenti si integrano nell'architettura dei dati preesistenti;
- ✓ i componenti sono omogenei rispetto alla piattaforma hardware e software di base pre-installata.

La struttura dei sistemi informativi deve avere le risorse interne od esterne necessarie per:

- ✓ l'analisi e l'assistenza utenti per il software applicativo;
- ✓ l'adeguamento del software applicativo in funzione dell'evolversi dei processi aziendali;
- ✓ il mantenimento e l'aggiornamento dei sistemi (CED compresa la rete);
- ✓ l'assistenza (help-desk) e l'aggiornamento (upgrade) delle macchine client.

Le caratteristiche del singolo componente devono:

- ✓ rispondere alle esigenze dell'utente;
- ✓ avere solo le funzioni necessarie all'utente, infatti tali funzioni non devono venire utilizzate solo in parte;
- ✓ avere una tecnologia adeguata all'utilizzo dell'utente (il singolo componente non deve avere un alto contenuto tecnologico fine a se stesso);
- ✓ avere una tecnologia la cui obsolescenza in termini di tempo è uguale o maggiore a quello di ammortamento dell'investimento.

Il produttore del singolo componente deve:

- ✓ avere una dimensione d'impresa che garantisca la continuità di presenza sul mercato;
- ✓ avere una struttura di assistenza diretta o indiretta certificata presente nell'area geografica dove è presente l'azienda, che permetta di erogare il servizio nei termini di contratto;
- ✓ garantire l'aggiornamento dell'hardware e/o del software, per mantenerlo compatibile con l'evoluzione tecnologica degli altri componenti del sistema o con l'evolversi di leggi e norme.

Particolare rilevanza, all'interno del sistema informativo, è connessa alle problematiche relative ai temi di sicurezza e privacy ed è indispensabile che vengano ben definite le procedure aziendali che regolano la materia.

La policy aziendale relativa alla privacy deve fissare anche i criteri e le modalità di trasferimento di responsabilità ai fornitori di servizi, i quali, per gestire le proprie attività, devono utilizzare sistemi informatici e

dati dell'azienda ove siano presenti dati personali, di qualsiasi livello di riservatezza, di persone fisiche o giuridiche attinenti alla attività dell'azienda.

Gli elementi del sistema informativo che sono interessati da questa problematica sono:

- ✓ **Dati/Documenti** L'accesso ai dati e documenti avviene tramite le applicazioni, quindi gli strumenti che devono garantire l'idoneità sono quelli che permettono l'accesso alle applicazioni stesse.

Particolare attenzione deve essere posta verso la visibilità dei dati in ambienti non frequentati esclusivamente dall'utente dell'applicazione (es.: ambulatori); in questi ambienti è necessario eliminare la visibilità dei dati a video in assenza dell'utente gestore del dato (ad es. il medico visitante); un criterio può essere la rilevazione della mancanza di comandi entro un tempo prefissato.

È possibile attuare la certificazione dei documenti con la firma digitale.

I supporti sui quali vengono registrati i dati e i documenti devono rispondere ai requisiti fissati dalle normative AIPA (non riscrivibili, ecc). Deve essere garantita la persistenza temporale e l'integrità della registrazione; pertanto devono essere effettuate copie su più supporti fisici, e deve essere effettuata la ricopiatura su di un nuovo supporto entro la scadenza del vecchio supporto.

- ✓ **Applicazioni** L'accesso alle applicazioni è regolato tramite user identification e password, gestiti attraverso algoritmi di codifica e scadenza, attribuite a singolo utente o gruppo di utenti.

I moduli software che gestiscono user identification e password devono essere certificati e devono permettere l'attribuzione di profili di accesso fino alla assegnazione della singola voce di menu. Le regole per l'autorizzazione all'accesso devono essere stabilite dall'utente definito come proprietario dell'applicazione secondo le policy aziendali.

- ✓ **Sistemi** L'accesso ai sistemi è regolato tramite user identification e password, gestiti attraverso algoritmi di codifica e scadenza, attribuite a singolo

utente o gruppo di utenti.

I moduli software che gestiscono user identification e password devono essere certificati, devono permettere l'attribuzione di profili di accesso fino alla determinazione della singola applicazione.

Le regole per l'autorizzazione all'accesso devono essere stabilite dalle policy aziendali.

- ✓ **Rete** L'accesso dall'esterno alla rete interna e l'uscita verso la rete pubblica è regolato tramite strumenti hardware e software che attuano la policy aziendale.

Gli strumenti che possono essere utilizzati per la sicurezza e la privacy sono costituiti da apparecchiature hardware e/o software come: badge e password, rilevatori di impronta o dell'iride e password, dispositivi con chip e password, firewall, certificati, algoritmi di criptazione, reti dedicate. L'evoluzione dei dispositivi hardware e/o software è elevata, quindi si dovrà far riferimento ai prodotti di mercato di tecnologia stabile al momento della messa in esercizio.

Gli investimenti per la protezione dei dati come bene aziendale critico sono rilevanti; non possono essere ritenuti definitivi e devono essere garantiti negli anni per mantenere il livello di protezione, ed incrementati per adeguarli all'evolvere delle tecnologie di intrusione.

Principi Operativi Si ritiene che debbano essere informatizzate i Servizi e le Funzioni aziendali di seguito identificate:

- ✓ **Macro aree**

- **Sanitaria Clinica** I reparti o servizi che afferiscono a quest'area sono quelli preposti all'erogazione di prestazioni cliniche e al trattamento della cura: reparti di degenza ordinaria, day hospital o day surgery, pronto soccorso, servizi diagnostici o di cura, blocco operatorio, terapia intensiva, ambulatori, farmacia, archivio clinico, sterilizzazione, direzione sanitaria.

Gli utenti sono tipicamente medici, infermieri, tecnici di servizio diagnostico o di trattamento, ausilia-

ri di reparto o servizio.

Le informazioni e i dati trattati in quest'area sono di livello sensibile.

- **Sanitaria Amministrativa** I servizi che afferiscono a quest'area sono quelli preposti all'accogliamento del paziente e alla pianificazione e gestione amministrativa dell'erogazione delle prestazioni cliniche quali centralino telefonico, servizi di sportello, segreterie di reparto, segreterie di servizio clinico o segreterie di area medica.

Gli utenti sono gli operatori telefonici o di sportello, amministrativi di front o back office, e gli operatori di segreteria.

Le informazioni e i dati trattati in quest'area sono di livello riservato o sensibile.

- **Amministrativa e Contabile** I servizi che afferiscono a quest'area sono quelli preposti alla gestione amministrativa e contabile dell'azienda: fatturazione clienti/fornitori, contabilità e finanza, acquisti, magazzino.

Gli utenti sono: operatori amministrativi o di magazzino.

Le informazioni e i dati trattati in quest'area possono essere di livello riservato.

- **Controllo di gestione** I servizi che afferiscono a quest'area sono quelli preposti alla pianificazione e controllo della produzione e dei costi/ricavi.

Gli utenti di riferimento sono gli operatori amministrativi.

Le informazioni e i dati trattati in quest'area non hanno livelli di criticità verso persone o enti esterni all'azienda, ma possono essere riservati per l'azienda.

- **Gestione e amministrazione delle risorse umane** I servizi che afferiscono a quest'area sono quelli preposti alla pianificazione, organizzazione, gestione amministrativa e alla formazione delle risorse umane.

In questo settore aziendale può essere incluso il servizio stampa e relazioni esterne.

Gli utenti sono: operatori amministrativi, formativi o di comunicazione.

Le informazioni e i dati trattati in quest'area possono essere di livello riservato verso persone o enti esterni all'azienda o essere riservati per l'azienda.

• **Manutenzione apparecchiature diagnostiche o per trattamento di cura e impianti industriali** I servizi che afferiscono a queste aree sono quelli preposti alla manutenzione di apparecchiature diagnostiche o per trattamento di cura (ingegneria clinica) o controllo, gestione e manutenzione degli impianti industriali.

Gli utenti sono i tecnici di manutenzione, operatori amministrativi.

Le informazioni e i dati trattati in quest'area non hanno livelli di criticità.

• **Servizi generali** I servizi che afferiscono a queste aree sono quelli preposti alla funzionalità di struttura come: guardianeria, pulizie, ristorazione, guardaroba, smaltimento rifiuti ed altri.

Gli utenti sono gli operatori dei diversi servizi per le competenze di spettanza.

La maggior parte di questi servizi viene fornita da aziende esterne specializzate.

I dati o informazioni trattati in quest'area non hanno normalmente livelli di criticità, ma possono avere livello riservato nei casi che trattano dati personali come il controllo accessi.

✓ **Definizione delle esigenze di servizio delle macro aree**

Sanitaria Clinica Le esigenze della quasi totalità di reparti o servizi di quest'area sono:

- Disponibilità del dossier clinico del paziente.
- Disponibilità di accesso ai sistemi nel luogo dove si presenta la necessità di inserire o acquisire informazioni.
- Immediato trasferimento dell'informazione al destinatario finale
- Disponibilità del sistema informativo con garanzia di continuità 24^hx7^g.
- Garanzia che la postazione informatica risponda ai requisiti di policy aziendale e sia in ottempe-

ranza delle leggi e delle normative che regolano la sicurezza e la privacy dei dati e delle informazioni.

Sanitaria Amministrativa Le esigenze dei servizi di quest'area sono:

- Disponibilità di informazioni per identificazione univoca del paziente e per la pianificazione amministrativa del piano di cura.
- Disponibilità di accesso ai sistemi nella postazione di lavoro assegnata.
- Trasferimento dell'informazione al destinatario immediatamente dopo la generazione
- Disponibilità del sistema informativo con garanzia di continuità in funzione del periodo di apertura del servizio.
- Garanzia che la postazione informatica, ove necessario, risponda ai requisiti di policy aziendale e a quelli delle leggi e normative che regolano la sicurezza e la privacy dei dati e delle informazioni.

Amministrativa, Contabile, Controllo di gestione e Gestione e amministrazione delle risorse umane Le esigenze dei servizi di quest'area sono:

- Disponibilità di dati e informazioni inerenti alle mansioni di competenza dell'area utente.
- Disponibilità di accesso ai sistemi nella postazione di lavoro assegnata.
- Trasferimento dell'informazione al destinatario secondo le tempistiche definite che nella maggior parte dei casi non prevedono l'immediata disponibilità del dato.
- Disponibilità del sistema informativo possibilmente continuativa in funzione del periodo di apertura del servizio.
- Garanzia che la postazione informatica risponda ai requisiti di policy aziendale e a quelli delle leggi e delle normative che regolano la sicurezza e la privacy dei dati e informazioni.

Manutenzione e controllo apparecchiature diagnostiche o per trattamento di cura e Impianti industriali, Servizi Generali Le esigenze dei servizi di quest'area sono:

- Disponibilità di dati e informazioni inerenti alle mansioni di competenza dell'area utente.
- Disponibilità di accesso ai sistemi nella postazione di lavoro assegnata al singolo o al gruppo di lavoro.
- Trasferimento dell'informazione al destinatario secondo le tempistiche definite, con garanzia dell'immediatezza nei casi di condizione di allarme.
- Disponibilità del sistema informativo possibilmente continuativa in funzione del periodo di apertura del servizio, con garanzia di continuità 24hx7g ove necessario.
- Garanzia che la postazione informatica risponde, ove necessario, ai requisiti di policy aziendale e a quelli delle leggi e normative che regolano la sicurezza e la privacy dei dati e informazioni.

_Risorse umane

_PERSONALE

Le risorse umane se da un lato assorbono una rilevante percentuale delle risorse finanziarie dall'altro determinano la maggior parte del valore aggiunto realizzato nel sistema.

Per l'Ospedale le risorse umane costituiscono l'asset più impegnativo e più dinamicamente sviluppabile e quindi devono essere oggetto di grande attenzione e investimento.

"La crescita dell'Azienda si ottiene attraverso il miglioramento degli Operatori a vantaggio del paziente".

_criteri di scelta, di formazione e aggiornamento degli operatori

L'investimento fatto sulla scelta, la formazione e l'aggiornamento del personale è non solo proporzionale al valore che il personale riveste nell'Ospedale, ma è l'unica condizione per trasformare risorse umane e materiali in prodotto salute.

Obiettivi L'analisi delle strategie, la loro realizzazione e la documentabile e documentata resa dell'operatore

sanitario consentono di aiutare nella scelta fatta non in base a una tradizionale e sterile copertura di posti vacanti, ma sulla guida della progettazione specifica dell'azienda e dei processi previsti. Analogamente gli obiettivi di formazione e aggiornamento, pur tenendo conto di competenze generali, non devono mai mancare di riferirsi a finalità specifiche.

Indirizzi metodologici Lo sviluppo delle conoscenze sulla gestione delle risorse umane ha messo a disposizione dei responsabili una enorme quantità di linee guida e di procedure operative efficaci. Tuttavia l'evoluzione stessa della medicina deve dare spazio a criteri di miglioramento continuo e di confronti con altre esperienze. Non va dimenticata la necessità che il mancato coinvolgimento di tutti gli operatori porti alla disattenzione verso i programmi rendendo sterile e controproducente ogni iniziativa.

Ogni membro del personale è addestrato e consapevole del proprio ruolo nell'offrire un'infrastruttura sicura ed efficace per la cura dei malati e in particolare conosce i propri compiti nei piani di sicurezza relativamente all'antincendio, ai materiali pericolosi e alle emergenze.

Aree critiche La significatività delle strategie aziendali, la sincerità della politica e la chiarezza della gestione da parte dei responsabili dà forza a qualsiasi iniziativa anche di piccolo conto e marginale. Senza quelle dimostrate condizioni anche la più costosa delle scelte o la più ambiziosa formazione o il più lungimirante impegno di aggiornamento verrebbero accolti, anche dagli operatori più ambiziosi, come un gioco dispendioso e inutile, o addirittura come un disturbo dell'atto medico.

Scelte preferenziali Considerata l'opportunità irrinunciabile di evolvere da un sistema di selezione per pubblico concorso ad un sistema di scelte responsabili, nel campo della selezione appare opinabile l'outsourcing o l'intervento di agenzie per il personale: non sempre queste riconoscono le esigenze dell'Ospedale, e comunque nulla è più motivante dell'essere scelto direttamente dal proprio superiore, a maggior ragione se con l'accordo dei propri colleghi. Non la "raccomandazione" ma la segnalazione responsabile da parte di personaggi autorevoli del campo è una delle garanzie per

un adeguato impegno e sviluppo della persona che si riconosce nello spirito di scuola. La affermazione di questa cultura, tipicamente anglosassone, è una garanzia di efficacia nelle scelte e nel proseguimento dell'aggiornamento a qualsiasi livello e in qualsiasi disciplina ospedaliera, sanitaria o amministrativa o tecnica.

La formazione è assai efficace se praticata nell'ambito di progetti specifici all'interno dell'azienda. L'aggiornamento invece appare migliorativo se realizzato in progetti presso altre strutture di riferimento o in un regime misto interno/esterno.

È necessaria una rivalutazione periodica del personale (almeno triennale) per determinare l'idoneità a erogare prestazioni sanitarie, nella specifica qualifica, all'interno dell'Istituzione.

È quindi necessario un sistema di gestione del personale che aggiorni in continuazione le informazioni sul personale, raccogliendone credenziali, certificazioni, registrazioni di segnalazioni e quant'altro per confrontare coerentemente l'assegnazione di responsabilità e mansioni con le caratteristiche e le capacità di ciascun operatore, in particolare se medico, infermiere o tecnico sanitario, oltre ai requisiti obbligatori.

il lavoro per progetti, per processi e in gruppo

L'organizzazione sanitaria, e l'Ospedale in particolare, non solo deve privilegiare, ma necessita del lavoro di gruppo con la partecipazione attiva e riconosciuta di competenze diverse per realizzare gli aspetti multidisciplinari e integrati della medicina moderna.

Obiettivi Realizzare una adeguata partecipazione e coordinamento di ogni singola competenza inserita in un gruppo, in un processo e in un progetto. Questa polarizzazione deve potere superare se necessario le funzioni specialistiche tradizionali della cultura medica e realizzare l'obiettivo principe di migliorare la salute del malato.

Indirizzi metodologici Ogni atto medico semplice o complesso, va analizzato nelle sue componenti e riorganizzato in modo da riconoscere e dare spazio ai momenti di vero valore aggiunto nei processi macro o in quelli correlati o derivati. Il gruppo di lavoro va comun-

que riportato alla definizione di ruoli, di attività, di contatto e comunicazione e di autocontrollo, coordinando tra loro gli interventi unificando e armonizzando tempi e qualità operative, indirizzate su obiettivi condivisi.

Il processo va disegnato non tanto nel dettaglio della teoria e applicazione della attività per processi, ma con il buon senso della necessità di riconoscere l'obiettivo, il target, i gradini principali, le direzioni degli interventi e la modalità matriciale delle funzioni.

Esperienze Stanno crescendo le esperienze di revisione dei processi e di loro confronto in relazione al valore aggiunto, soprattutto con l'uso dell'*Activity Based Management*, all'evoluzione e alla applicazione della quale metodologia si rimanda.

Aree critiche L'inserire ogni attività ospedaliera in un processo può portare a confusione di attribuzioni di responsabilità professionali e di gestione del percorso di diagnosi e cura nonché a una moltiplicazione di progetti che poco aiuterebbero nella finalità dell'atto medico. Il concetto di processo deve aiutare a togliere dalle attività le operazioni e a volte le funzioni zavorra, che non portano valore aggiunto ma rendono pesante il percorso. In realtà in una azienda la progettualità stessa deve diventare una guida, e non una burocrazia o un alibi. Infatti la progettualità è insita nell'applicazione delle tecnologie e dell'intervento medico, a volte spontanea e addirittura inconscia, a volte invece da rivedere in continuo per dare maggiore efficacia all'approccio verso il malato.

Scelte preferenziali È sempre utile identificare in un Ospedale alcune progettualità che possono assumere una posizione di guida e sviluppo trasversale. Tra questi particolarmente importanti sono la qualità, il percorso del malato, la comunicazione, la formazione e aggiornamento. Questi progetti se possono espletare la propria guida sono trainanti non solo dello sviluppo ma anche della gestione dell'Ospedale.

gestione e partecipazione

Partecipare e gestire sono componenti attive e non passive della vita dell'Ospedale, e vanno sviluppate con

il patrimonio culturale di ogni operatore.

Obiettivi Favorire l'esplicitazione finalizzata della competenza degli operatori sanitari in un insieme di attività richiede compartecipazione e armonia. Tanto più elevata è la specializzazione e più difficoltoso è il momento operativo tanto più la partecipazione di ogni operatore deve essere inserita in un coordinato processo.

Indirizzi metodologici La gestione partecipata deve tenere conto del coordinamento di lavoro tra operatori dello stesso processo o progetto, ma anche della partecipazione attiva del malato e della sua famiglia. La dispersione di energie o il loro utilizzo, se il malato non partecipa e se la sua famiglia non aiuta, rende spesso inutile o controproducente l'atto medico. L'operatore deve imparare a destare la fiducia e quindi la collaborazione del malato. Questi a sua volta va preparato in relazione a eventi medici specifici, ma anche sempre in una educazione continua come cittadino a gestire la propria salute, e ad aiutare il medico a recuperarla al bisogno.

Aree critiche La non conoscenza della progettualità o del processo sia da parte degli operatori da un lato e del malato dall'altro, rendono critica la gestione di un singolo atto come di tutta l'azienda.

La conoscenza avviene, per gli operatori, dall'esperienza e dalla fiducia nei responsabili; per il malato dalla fiducia e dalla correttezza nella comunicazione con il proprio medico curante. La comunicazione gioca un ruolo importante e non va confusa con il "consenso informato", che talvolta è un alibi, ma non sempre è un libero consenso basato su informazioni sufficienti. La gestione dell'atto medico deve trovare la partecipazione del malato, ma molto c'è ancora da fare perché il "consenso informato" o altro momento sostitutivo diventi una conferma di quella partecipazione.

fidelizzazione del personale (*loyalty*)

Costruire il senso di appartenenza è un obiettivo insostituibile che riesce spesso a tenere legate professionalità eccellenti, al di là di confronti economici o di posizione.

Obiettivi La politica per il personale va orientata a raggiungere quegli obiettivi che sono alla base della *corporate loyalty*: giusta remunerazione, crescita professionale, attenzione alla persona, politiche per la famiglia dell'operatore, successo dell'istituzione, risposta al bisogno del malato e al cittadino in genere, un corretto legame con il territorio, una progettualità motivante, una strategia comprensibile e sfidante.

Indirizzi metodologici Sicuramente il "compenso" visto nella sua armonia generale costituisce una parte importante, ma non va limitato alla componente economica bensì alla soddisfazione derivante dal proprio impegno. La crescita di professionalità e quindi di carriera favorita in quell'ambiente, come la attenzione alla persona, vanno raggiunti per ogni operatore non solo per quelli eccellenti. L'effetto trascinante degli esempi è importante. La partecipazione alla vita del territorio è un elemento costruttivo del senso di appartenenza. Questo è sicuramente un vantaggio per chi abita vicino alla istituzione, nella quale vede non solo la sede della propria professionalità ma anche una possibile risposta al proprio bisogno di salute.

Aree critiche Contraddittorietà negli indirizzi e soprattutto diasarmonia nelle indicazioni per raggiungere gli obiettivi ostacolano la costruzione del senso di appartenenza. La non partecipazione alle politiche aziendali, se non in forma passiva, limita la adesione.

La sfiducia nei o dei colleghi è elemento di blocco per qualsiasi adesione alla propria istituzione.

RISORSE UMANE E COMUNICAZIONE

L'Ospedale ritiene importante investire sulla comunicazione come strumento di amplificazione e di migliore qualificazione dell'operatività delle risorse umane.

le piattaforme elettroniche, gli applicativi e la gerarchia dei livelli della comunicazione

Nel porre il paziente al centro, l'Ospedale ha la necessità di definire una rete di rapporti assai complessa

ma coordinata che consenta a tutti gli operatori (nodi della rete) di sentirsi nello stesso tempo sia protagonisti responsabili della relativa parte di atto medico o di procedure, sia coinvolti in modo preciso per tempi e per spazi nel processo di cura.

Obiettivi Facilitare, rendere veloci, integrati e coordinatamente distribuiti tutti i momenti di gestione, di informazione, di controllo dell'atto medico nella sua multiforme specializzazione, ma olisticamente indirizzato allo specifico malato.

Indirizzi metodologici La comunicazione deve essere efficace e tempestiva, e non può essere racchiusa in eccessivi schemi e procedure burocratiche.

Le piattaforme elettroniche alla base dei sistemi informativi e la loro evoluzione tecnologica rappresentano un presupposto indispensabile per rendere la comunicazione lo strumento di lavoro principe, non solo nei confronti dei malati o delle risorse, ma tra gli operatori. Il collegamento deve perseguire gerarchie funzionali e non professionali, e deve essere sufficientemente controllato, e comunque assolutamente affidabile. Gli applicativi sono una naturale espansione della piattaforma, anche se talvolta ne precedono la nascita: la integrazione nella piattaforma deve potere sfruttare tutti i criteri di sicurezza e di confidenzialità necessaria.

La costruzione delle piattaforme elettroniche e il collegamento degli applicativi deve avvenire in conformità alle conoscenze e disponibilità tecnologiche ma anche con la necessaria partecipazione degli operatori nei vari momenti di indirizzo e costruttivi della architettura, dei software e delle procedure.

L'architettura deve prevedere una sufficiente capacità di concentrazione di tutte le informazioni in un'area protetta e la possibilità di ogni operatore autorizzato di accedervi in modo attivo andando a cercare le informazioni necessarie. Anche se a ogni operatore devono giungere una serie di informazioni, queste non devono essere eccessivamente ridondanti, per non saturare la recettività. Ma sicuramente l'operatore a qualsiasi livello va stimolato a cercare, e quindi trovare, quanto gli è necessario in ogni momento della sua attività.

Aree critiche L'innovazione continua a fornire soluzio-

ni diverse e sempre più maneggevoli, il cui inserimento in una struttura potrebbe apparire obsoleto a breve distanza di tempo.

Non si può pensare di continuare a rimandare ogni impostazione architettonica delle piattaforme a un momento di stabilizzazione che non arriverà mai.

È questo un campo in cui è essenziale investire anche solo per fare esperienza e preparare in modo adeguato le risorse umane.

_informazione, formazione, aggiornamento, monitoraggio, qualità, certificazione

L'Ospedale utilizza la comunicazione come strumento di miglioramento continuo delle risorse umane, e come elemento di tracciabilità per ogni operatività diretta e indiretta a favore del malato.

Obiettivi Informazione, formazione, aggiornamento, monitoraggio, qualità e certificazione sono gli obiettivi necessari e insostituibili di una strategia aziendale e ritrovano nella comunicazione, comunque organizzata, lo strumento che ne consente il raggiungimento.

Tale finalità giustifica ogni attività indirizzata a recedere la comunicazione efficace e disponibile.

Indirizzi metodologici Ognuno degli obiettivi sopra indicati può essere costruito con la disponibilità di elementi unitari di apprendimento, situati in un "raccoltore" facilmente accessibile (dal libro, al documento all'archivio elettronico) asseverato e continuamente aggiornato.

Ogni documento o impostazione deve essere facilmente ricevibile per diventare patrimonio naturale dell'operatore o passo facilmente percorribile di una procedura.

Il materiale deve essere preparato per chi riceve non per chi prepara.

Il tutoraggio e l'accompagnamento da parte di esperti appaiono non solo utili ma talvolta indispensabili.

Aree critiche Uno degli elementi che rendono a volte complesso o difficoltoso il procedere nel raggiungimento degli obiettivi indicati è la distanza geografica, o

la mancanza di tempo da parte dell'operatore: una comunicazione sufficientemente aggiornata nello sviluppo della formazione a distanza appare superare molti ostacoli. Lo stesso meccanismo può aiutare nelle fasi di monitoraggio e certificazione, ove la disponibilità di reti di comunicazioni con la possibilità di garantire l'invio di dati e immagini consente di appoggiare la decisione che, se non condivide la responsabilità, supporta meglio la raccolta e l'utilizzo degli elementi per la decisione stessa.

_rapporti con il malato, il cittadino, le autorità, i media, i colleghi interni, i colleghi esterni

In base alla *mission* e alle linee guida aziendali vengono definiti i criteri e le procedure di comunicazione, non solo per raggiungere uno stile unico, ma per dare alla comunicazione una sua corretta e non confondente finalità.

Obiettivi La comunicazione è uno strumento di lavoro e come tale deve adeguarsi alle finalità del rapporto che di volta in volta si costituisce rispettivamente nei confronti del malato, del cittadino, delle autorità, dei colleghi esterni e interni.

Indirizzi metodologici L'Ospedale definisce le linee guida, i criteri, le procedure della comunicazione con i soggetti sopra indicati, in modo da rendere l'operatore sempre partecipe della obiettività, trasparenza, tempestività, e chiarezza che l'Ospedale vuole dare alla propria comunicazione.

Vanno favoriti esercizi di comunicazione sia con il criterio dei *roles playing* che di quelli di gestione di colloquio o di gruppo. Tali esercizi non vanno limitati ad alcune figure funzionali ma vanno estese in modo personalizzato a tutti gli operatori.

Aree critiche Le aree da valutare con attenzione e da rendere il più possibili professionali sono: il colloquio con il malato, il colloquio con le autorità e la comunicazione scientifica. Non si investe mai invano in questo sviluppo e miglioramento, e importante è abituare l'operatore a discutere in modo periodico dei propri "er-

rori" e delle proprie difficoltà con i colleghi e con esperti di comunicazione.

_normative e standard

L'Ospedale aggiorna la propria comunicazione sulla base delle normative che le Autorità e gli Organismi internazionali periodicamente definiscono.

Obiettivi Anche se in Italia le normative e gli standards nelle comunicazioni vengono aggiornate con un certo ritardo e viscosità rispetto ad altri Paesi, l'obiettivo di una consistenza continua con queste e di una anticipazione nelle aree più critiche appare indispensabile.

Indirizzi metodologici Quando si usa come strumento la comunicazione nelle sue varie forme di espressione, l'adesione alle normative vale soprattutto per la sicurezza dei dati, la garanzia dell'atto medico, l'affidabilità degli strumenti e dei software usati, la validazione delle procedure, il monitoraggio dell'utilizzo dei sistemi, la tracciabilità delle transazioni e la loro riservatezza.

La certificazione ISO appare un aiuto, anche se non è l'unica certificazione da raggiungere; ogni strumento che genera un atto medico deve rispondere alle norme della Comunità Europea, e comunque deve potere garantire continuità di specifiche e performance.

Aree critiche Evitare il collegamento tra normativa e burocrazia.

Deve esserci una accettazione convinta con responsabilizzazione di ogni operatore sanitario, dell'atto ufficiale di deliberazione apicale di accoglimento e di continuo aggiornamento di ogni procedura e obiettivo qualitativo.

_IL RAPPORTO DI LAVORO

Nella realizzazione della propria *mission*, l'Ospedale considera e rispetta il rapporto di lavoro come strumento promotore della crescita professionale, organizzativa e gestionale dell'azienda, a vantaggio del malato.

La sicurezza del personale

L'Ospedale identifica nella sicurezza del personale non solo l'adeguamento alla normativa in vigore, ma, e soprattutto, l'esigenza di tutelare e garantire da ogni offesa o danno il proprio personale, che dal punto di vista della professionalità, delle competenze, e del valore aggiunto al malato, costituisce il più importante patrimonio imprenditoriale dell'azienda.

Obiettivi L'adeguamento alle norme e alle discipline in fatto di sicurezza, anche se tempestivo, non è sufficiente. È necessario infatti che l'alta competenza e sensibilità della Direzione dell'Ospedale, dimostri, anche solo con il buon senso, se non con adeguati studi locali o adeguate conoscenze di *benchmarking*, di anticipare il legislatore stesso.

Indirizzi metodologici La sicurezza del personale è un bene tangibile, e valutabile non solo in forma monetaria prestazionale ma in forma di beneficio all'utente.

La sicurezza non si isola rispetto alla sicurezza del malato, e non si isola rispetto alla sicurezza degli impianti, degli edifici e delle procedure.

La sicurezza è quindi parte integrante della *mission* istituzionale, e deve essere oggetto di programmazione dinamica e di continue verifiche.

La sicurezza deve avere come finalità assoluta il *primum non laedere* (al malato, all'istituzione, a se stesso).

La preparazione si fa non solo con la lettura, anche se mnemonica, di norme e discipline e con la loro applicazione tempestiva ed esaustiva.

È essenziale che la sicurezza del personale faccia parte di tutti i protocolli diagnostici, terapeutici, e preventivi per il malato; di tutte le procedure, e di tutti manuali di uso e di qualità. Questa preparazione non è sufficiente se non viene verificato continuamente in modo sperimentale prima, e in modo costante dopo, l'adeguamento di ognuno al rispetto della propria e dell'altrui sicurezza. Nel contratto, come nel colloquio, devono essere chiaramente indicati capitoli della sicurezza che ogni persona nell'Ospedale deve fare propri anche perché inserito negli obiettivi di Unità o personali.

Aree Critiche Il costo delle misure per la sicurezza, co-

stituisce, apparentemente, un ostacolo, a volte un alibi, per la riduzione dell'attenzione nei confronti di questo impegno. L'ostacolo è solo apparente. La valutazione economica dei danni provocati all'istituzione dai danni e offese al personale, anche se talvolta solo abbozzata e non sufficientemente documentata, è incomparabile nei confronti del costo minimale di misure a volte solo di prevenzione o di ordine e pulizia la cui inosservanza costituisce la causa della maggior parte degli "attacchi" alla sicurezza.

Il colloquio con il referente, obiettivi aziendali e personali

L'Ospedale identifica nel colloquio periodico tra ogni operatore e il suo referente, il momento fondamentale della definizione e della realizzazione del rapporto di lavoro.

Obiettivi Con ogni persona operante all'interno di un sistema organizzato il contratto assume impegno specifico bilaterale quando accanto e al di là degli accordi regolamentati da norme civilistiche e sindacali, si instaura un colloquio diretto tra operatore e referente nel quale vengono bilateralmente definite attese, valutazioni, obiettivi, relativi indicatori, e sistemi di monitoraggio.

Indirizzi metodologici Il colloquio costituisce l'elemento motore del *management by objectives*, che è la forma gestionale fondamentale delle Unità Operative in una realtà con forte esigenza di collaborazione fra diverse professionalità ad alta e differenziata competenza, e ad alto impegno etico personale.

Il colloquio è la base di chiarezza di rapporti e di identificazione di obiettivi armonizzati e modulari. Il colloquio consente una chiara valutazione reciproca che supera il rapporto gerarchico e consente il riconoscimento delle singole identità e potenzialità operative.

Il colloquio prevede un'attenta preparazione dei partecipanti, con un avvicinarsi progressivo alla accettazione dell'impegno personale e alla condivisione di obiettivi reciproci a breve, medio e lungo termine. Tutti gli operatori devono essere preparati a questo momento, e tutti gli operatori hanno la possibilità di ve-

rificare direttamente l'onestà delle regole e delle intenzioni. La trasparenza della comunicazione costituisce strumento insostituibile di preparazione al colloquio.

Il colloquio non sostituisce la contrattualità civilistica e sindacale, ma rende questi momenti efficaci.

Aree Critiche Il rapporto tra operatore e referente può avere esperienze storiche passate o recenti che possono rendere ambigua la buona intenzione, o può essere inficiato da una mancanza o distorsione di informazione e di comunicazione, volontaria o involontaria.

Tali elementi rendono il colloquio un'altra delle "imposizioni burocratiche" facilmente ridicolizzabili. Ogni realtà va preparata in modo adeguato, anche con lunghe opere di comunicazione, con esempi di trasparenza di volontà, e con la sistemazione dei contenziosi "burocratici".

la retribuzione e la motivazione

L'Ospedale rispetta i contratti di categoria come premessa del rapporto di lavoro, ma va oltre il loro dettato, non solo interpretando di questi la parte civilistica e sindacale, ma cogliendo l'occasione di fare del contratto una base per un più ampio riconoscimento, compensazione e motivazione del proprio patrimonio umano.

Obiettivi Ogni operatore, quindi ogni professionalità, deve riconoscere in quella determinata Istituzione la realizzazione e la crescita della propria competenza, e l'individuazione di un proprio programma di miglioramento di posizione, come la compensazione esaustiva del proprio impegno in quell'ambiente.

Indirizzi metodologici Il dettato dei contratti deve essere rivisitato in quella specifica realtà e per quella specifica professionalità, identificando e realizzando tutti quei momenti significativi per ogni persona di un miglioramento professionale e di carriera. Ogni attività deve essere spogliata dal grigiore della routine e della "burocrazia" per essere invece caratterizzata da quel valore aggiunto che ogni atto deve avere nell'interesse del malato.

La conoscenza degli obiettivi istituzionali, degli

obiettivi di reparto e degli obiettivi individuali deve andare di pari passo con la preparazione degli elementi "comuni" del contratto in discussione o in realizzazione.

La comunicazione aperta e non ideologica deve essere l'elemento che collega tutti gli operatori con le persone impegnate a valutare e a costruire le norme contrattuali.

Il contratto deve contenere spazio per personalizzare il rapporto di lavoro e contenere quindi gli elementi di compensazione e di motivazione che sono individuabili per quella persona.

Aree Critiche Il contratto nazionale deve essere una traccia di rinforzo, ma non deve costituire un vincolo alla crescita di chi vuole crescere e alla motivazione di chi vuole essere motivato.

Soprattutto il contratto nazionale non deve essere un alibi per l'Ospedale per non volere attribuire i giusti riconoscimenti e trattenere gli elementi più propositivi e promettenti per il malato.

il patto primario

L'Ospedale identifica nelle figure apicali una forma di delega strategica per la attuazione dei programmi istituzionali, in particolare del piano strategico e per l'aderenza al piano organizzativo.

Obiettivi Con le figure apicali (ad es. con i primari) va concordato ad personam un patto di impegno reciproco tra primario e istituzione configurato in un colloquio di impostazione annuale e in colloqui di confronto periodici.

Indirizzi metodologici È da ricordare con grande attenzione che in particolar modo per i primari, ma anche per tutti gli altri dirigenti, specie di area sanitaria e tecnica, due sono fondamentalmente le aree in cui si richiedono capacità e impegno: quella professionale (che comprende le capacità tecniche per una specifica attività o funzione) e quella gestionale (che comprende le capacità manageriali, di leadership e organizzative).

Non sempre, anzi, raramente, le diverse doti sono presenti in modo equivalente nella stessa persona.

È anche da tener presente l'anomalia gestionale per la quale per contratto tutti i medici sono definiti "dirigenti", con un'eccesso di tale qualifica che ha invece poco o nullo personale da dirigere, anche considerando che sempre più assistiamo ad un evolvere dei sistemi organizzativi ospedalieri verso un'affidamento ai primari dei soli medici o tecnici fissi e dedicati all'unità operativa che "acquista" servizi da altre unità organizzative (ad es. l'assistenza infermieristica ai ricoverati dal Servizio Infermieristico). L'Ospedale e il primario disegnano insieme il piano operativo di struttura consistente in indirizzi e monitoraggio delle attività, sia per gli aspetti professionali che per quelli gestionali, degli investimenti, dei risultati a breve e a medio termine. Il contenuto tiene conto dell'impegno e dei traguardi e del relativo raggiungimento da parte del primario, come dell'impegno, degli investimenti e del supporto da parte dell'Ospedale. Il piano operativo esprime molte delle caratteristiche del, e si inserisce nel, *business plan* aziendale. Il piano operativo di struttura viene preparato insieme tra direzione e primario, e scaturisce dal colloquio tra primario e il suo referente, nel quale ambedue le parti esprimono le valutazioni reciproche e stabiliscono gli obiettivi personali del primario da inserirsi in quelli aziendali e di unità operativa e/o dipartimento.

Le figure apicali vanno preparate alla metodologia del colloquio e del *management by objectives*.

Il patto primario può esplicitarsi e quindi sostenere il contratto tra il primario e l'azienda e può supportare la parte variabile del contratto.

Aree Critiche Il contratto nazionale può costituire un rinforzo o invece una grossa limitazione del patto primario. Il rapporto tra la direzione e il singolo primario può squilibrarsi se si determina un uso improprio dei rispettivi poteri o dei rispettivi ruoli.

_privacy

L'Ospedale identifica nella riservatezza e nella confidenzialità la difesa assoluta dell'individualità psicologica, fisica, sociale e ideologica del malato (come anche di ogni operatore e delle rispettive famiglie).

Obiettivi Il rispetto della riservatezza del malato, dei

suoi rapporti sociali e familiari, come quella del personale, devono essere garantiti dall'Ospedale non solo perché la legge lo richiede, ma perché la mission aziendale considera la privacy cemento fondamentale di quel rapporto di fiducia che deve instaurarsi tra sanitario e paziente, all'interno e all'esterno delle proprie mura.

Indirizzi metodologici La fiducia e quindi la necessaria conoscenza reciproca che la determina non possono essere sostituiti da numeri e da criticità elettroniche, quando si è nel pieno del rapporto medico-paziente. Questo è anche alla base di una storia clinica sufficientemente esplicativa e costituisce il presupposto della fidelizzazione del paziente e della sua famiglia a una determinata struttura sanitaria.

Il rapporto di fiducia si costruisce con l'esperienza che è alla base della confidenzialità se non vi sono timori di una offesa alla riservatezza.

Ogni persona che agisce nell'ambito di una struttura sanitaria è tenuta al segreto professionale e al trattamento adeguato dei dati sensibili di cui viene a conoscenza.

Ad assicurare l'osservanza di tale dovere si arriva con la informazione adeguata, con l'esempio, e anche con norme precise e rigorose, che possono rifarsi alle normative in vigore, ma devono entrare nell'etica di ogni singolo operatore sanitario, che verrà riconosciuto e valutato in base al rigore con cui ha fatto proprio questo abito di vita professionale.

Ancora una volta il contratto da una parte, e il colloquio, se ve ne è bisogno, dall'altro, devono contenere strumenti adeguati – non li si vuole di ordine punitivo – che aiutino la persona ad assumere lo "stile del sanitario".

Aree Critiche In un'epoca ove i media perforano non solo la difesa della riservatezza ma fanno capziosamente leva sul narcisismo umano (e professionale) la privacy appare spesso danneggiata.

L'impegno alla riservatezza, se realizzato, è altamente remunerativo dal punto di vista dell'immagine e del suo mantenimento nel tempo e soprattutto nel determinare una ben riposta fiducia da parte del malato e dei suoi familiari.

_Tecnologie

La tecnologia in Ospedale gioca ruoli fondamentali garantendo la presenza sia di aspetti essenziali che di aspetti di supporto.

Essenziali sono la messa in disponibilità e il mantenimento di ambienti e impianti e apparecchiature sicuri e affidabili, e in particolare di quelli che producono e distribuiscono energia. Ciò consente il realizzarsi delle cure attuate con attrezzature, e in qualche caso permette il mantenimento della vita.

Gli aspetti di supporto sono costituiti dalla fornitura al malato, ai medici, agli operatori sanitari, tecnici e amministrativi e alla collettività di strumenti utilizzati per la salute, le attività e la conoscenza.

_EDIFICIO E IMPIANTI

_conoscenza della struttura

Obiettivi Nella sua funzione essenziale la tecnologia deve favorire un uso razionale ed economico degli spazi, delle attrezzature, dei macchinari e in particolare dell'energia.

Nella sua funzione di supporto la tecnologia:

- ✓ crea condizioni di umanizzazione della degenza, che non deve essere luogo di isolamento sociale del paziente, ma consente una prosecuzione delle abitudini di relazione, di informazione, e in parte anche di partecipazione del malato;
- ✓ favorisce il rapporto umano tra assistente e assistito, riducendo i compiti manuali e ripetitivi dell'operatore sanitario e liberando in questo modo le "risorse psico-fisiche" necessarie alla attività di assistenza del paziente;
- ✓ offre al personale efficienti servizi di supporto al proprio lavoro, in modo che sia sempre disponibile quanto necessario nei corretti tempi e nelle giuste modalità;
- ✓ crea negli ambienti ad alto rischio, sia per il paziente che per gli operatori sanitari, condizioni di controllo ambientale e di purezza dell'aria che riducono i rischi di danni alla salute;
- ✓ garantisce condizioni di qualità dell'ambiente

(qualità dell'aria, temperatura, illuminamento, livelli di rumorosità) che favoriscono lo sviluppo positivo della degenza;

- ✓ favorisce e massimizza l'interscambio di informazioni e comunicazioni tramite un'ampia rete di connessioni e collegamenti, tra ogni servizio, ufficio e tra questi e le banche dati, le biblioteche e eventuali unità operative distaccate;
- ✓ minimizza lo spostamento di persone e di documenti tramite la stessa rete informativa;
- ✓ offre al paziente informazioni dirette e personalizzate sulla sua malattia, sul decorso, sulle terapie in corso e su quelle da svolgere eventualmente al di fuori della struttura ospedaliera;
- ✓ dà al visitatore certezza e chiarezza dei percorsi, facilità di accesso al medico curante, rapide prenotazioni;
- ✓ migliora il sistema diagnostico in efficienza, precisione e accessibilità;
- ✓ garantisce la sicurezza contro i rischi di incendio e la sicurezza personale e delle cose;
- ✓ supervisiona tutti gli impianti, ottimizzandone l'utilizzo e i consumi, consentendo la programmazione e la gestione della manutenzione, eseguendo controlli di efficienza e diagnosi di guasto, riducendo l'impiego improduttivo del personale di manutenzione e consentendone l'impiego più efficace e rapido in caso di guasti, malfunzionamenti, interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria;
- ✓ tramite i sistemi informatici consente gestioni sanitarie e amministrative efficienti e in tempo reale;
- ✓ dà all'attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa strumenti di indagine e cura sempre più efficaci, sicuri e accettabili dal malato.

Indirizzi metodologici Per poter esplicitare appieno i suoi ruoli la tecnologia è integrata con il sistema edificio tramite una "struttura" di apparecchiature, che è specifica per quel complesso edilizio, che nasce con un unico atto progettuale, come sistema ottimizzato semplice da interpretare, da gestire e da mantenere.

La facilità di "lettura" della struttura e la sua "conoscenza" sono alla base di una efficiente gestione e mantenimento della funzionalità del sistema e dell'aggiornamento della struttura al progresso tecnologico.

Nella fase di gestione, considerata la complessità e

la continua evoluzione e le necessità di mantenimento e buon funzionamento della “macchina” ospedaliera, occorre garantire la presenza di specifiche competenze e professionalità tecniche dedicate.

Le figure professionali che devono obbligatoriamente detenere adeguate conoscenze professionali per svolgere il loro ruolo sono:

- ✓ l'*energy manager* che ha il compito di proporre azioni, interventi, procedure e controlli per l'uso razionale dell'energia, di assicurare la predisposizione di bilanci energetici in funzione anche dei parametri economici e degli usi energetici finali;
- ✓ il *facility manager* che riunisce in sé le capacità di interpretare, ottimizzare e gestire i processi attraverso cui la struttura esplica le sue funzioni;
- ✓ il responsabile della conduzione e gestione, che riunisce in sé le capacità tecniche, economiche e organizzative per adeguare gli impianti ai requisiti di sicurezza, di efficienza e di risparmio previsti dalle normative vigenti e da quelle che saranno emanate nel corso della vita della struttura.

Indirizzi progettuali Nella fase di progettazione e realizzazione occorre una maniacale attenzione a tutti gli aspetti edilizi e impiantistici per assicurare a edificio, impianti, attrezzature e finiture non solo la piena idoneità e affidabilità per i compiti che sono destinati ad assolvere, ma anche per poterne assicurare il mantenimento del valore e della funzionalità nel tempo.

Appare sempre opportuno e comunque preferibile privilegiare nell'investimento le soluzioni che, anche se apparentemente più costose in fase di realizzazione, determinano in realtà nella gestione facilità nel mantenimento in efficienza e nell'uso e ripristino ordinari. Ad es. la facilità di pulizia e sanificazione di pavimenti e pareti, con la scelta di materiali appropriati e l'utilizzo di “sgusce” alla loro giunzione e l'eliminazione di angoli e la riduzione del numero, della grandezza e della lunghezza delle connessioni tra elementi lavabili, specie di quelle orizzontali, determinano notevoli vantaggi gestionali con la migliore utilizzabilità di macchine e la miglior possibilità di sanificazione e quindi di igiene di tutto il complesso, con notevoli ricadute sulla riduzione delle infezioni ospedaliere

Occorre avere la piena consapevolezza che la “macchina ospedaliera” è una realtà ad alta intensità di tecnologia, e l'Ospedale è quindi un intenso utilizzatore di energia elettrica e termofrigorifera. Di fondamentale importanza per i futuri costi gestionali è quindi l'attenzione all'impiego di mezzi di generazione al miglior livello tecnologico di efficienza e quando possibile il ricorso all'integrazione della produzione termica ed elettrica, tramite l'installazione di impianti cogenerativi. Ciò comporta la capacità di valutare l'investimento in termini finanziari, tenendo in debito conto sia i maggiori costi di investimento sia i risparmi ottenibili in termini di spese per la bolletta energetica, con una attenzione all'evoluzione delle tariffe e degli stessi soggetti distributori nei futuri mercati liberalizzati dell'energia. Del pari importante per assicurare il risparmio di energia è l'attenzione non solo ai grandi sistemi di generazione di energia, ma anche ai piccoli dettagli di funzionamento, ad es. le riduzioni delle quantità d'aria e d'acqua in circolo, in relazione all'operatività discontinua e prevedibile delle strutture, promuovendo l'utilizzo estensivo di sistemi impiantistici a portata variabile, o come ulteriore esempio l'installazione di recuperatori di calore, indispensabile ausilio al risparmio di energia negli impianti a tutt'aria esterna. La flessibilità e la semplice adattabilità di spazi e impianti a nuove destinazioni e attività che conseguono alle modificate esigenze dell'Ospedale nel tempo sono di fondamentale importanza: pertanto nella progettazione e realizzazione si privilegeranno le soluzioni standardizzate che consentano facile cambiamento di utilizzo, si definiranno a priori possibilità di espansione interna o esterna, sempre nella logica che la struttura deve essere adatta in modo ottimale alle funzioni (= approccio funzional-strutturale) e non viceversa che le funzioni devono adattarsi al meglio possibile a strutture predefinite e non bene adattabili per motivi “architettonici” o impiantistici (approccio strutturale-funzionale). La facilità e semplicità di manutenzione senza intralcio o disturbo nell'ordinaria attività è un altro must nella progettazione e realizzazione e conduzione della struttura edilizia e impiantistica.

Analogamente la sicurezza, anche in casi eccezionali per eventi naturali o antropici, è fondamentale: rischi sismici, geologici, esondazioni, eventi disastrosi devono essere tenuti in conto e bisogna sempre ricordare che an-

che in situazioni straordinarie, e proprio in queste, l'Ospedale deve poter essere almeno in buona parte funzionante con spazi e attrezzature e macchinari per poter svolgere le sue funzioni a salvaguardia della collettività.

Gli impianti quindi elettrici, idraulici, di eliminazione rifiuti, di aereazione e condizionamento, e le apparecchiature medicali fondamentali devono poter funzionare anche in casi straordinari e in presenza di catastrofi.

L'installazione di un sistema di rilevazione incendi estesamente diffuso in tutti gli ambienti ospedalieri è la migliore misura di sicurezza contro il rischio di catastrofe più probabile e più frequente.

Il comfort necessario per gli ospitati in condizioni di fragilità deve essere elevato: in questa ottica particolare rilevanza assumono le condizioni termoigrometriche che devono essere garantite anche in condizioni climatiche estreme. L'Ospedale va dotato di una impiantistica di condizionamento, sia nelle funzioni in cui la stessa è resa obbligatoria da un "corpus" di riferimenti legislativi e normativi cogenti (blocco operatorio, sale parto, rianimazione, reparti infettivi, reparti immunodepressi, laboratori, reparti di anatomia patologica, servizi di sterilizzazione, farmacia, radiodiagnostica, radiointerventistica, medicina nucleare, risonanza magnetica), sia negli ambienti di degenza in cui va garantito il comfort opportuno per tutti e indispensabile per alcune categorie di ricoverati (ad es. anziani o broncopatici).

L'impiantistica di condizionamento riveste anche il ruolo di garantire la qualità dell'aria negli ambienti a rilevante rischio di infezione; in questo caso specifico è raccomandabile superare l'approccio prescrittivo basato sul numero minimo di ricambi orari, per passare ad un approccio basato sul risultato, sulla verifica del livello di contaminazione ambientale e sull'installazione di impianti a contaminazione controllata.

In particolare in sala operatoria l'impianto non si deve "limitare" ad assicurare condizioni termoigrometriche corrette per l'utente e il personale, ma:

- ✓ deve mantenere una adeguata aerazione dell'ambiente, in grado di contenere al limite di 50 ppm le concentrazioni ambientali di gas anestetici e/o di altri inquinanti gassosi, anche nel caso di emissioni anomale;
- ✓ deve mantenere una concentrazione di agenti biologici e di particolato totale aeroportato al di sotto dei limiti

prefissabili (1 CFU/mc nelle linee guida ISPEL) mediante adeguata filtrazione dell'aria immessa ed il mantenimento di una stabile sovrappressione rispetto agli ambienti circostanti, in modo che la circolazione dell'aria avvenga dagli ambienti più puliti verso quelli meno puliti.

Il sistema di condizionamento a tutt'aria esterna, con post riscaldamento o a portata variabile, rappresenta la tipologia impiantistica che più opportunamente va prevista nei reparti e nelle funzioni ad alto impiego di tecnologia o ad alta criticità di utilizzo, anche in relazione all'esigenza di mantenere i ricambi di aria esterna a valori che variano tra i 6 ed i 15 volumi, quindi elevati e che garantiscano (accoppiati ai sistemi di filtrazione fino al 99,97 % sulle particelle da 3 micron) adeguati livelli di asetticità all'aria immessa.

Nelle degenze, in considerazione della rilevanti richieste di spazi dedicati che i sistemi a tutt'aria comportano, l'alternativa di sistemi misti aria acqua è da valutarsi, vista la disponibilità di apparecchi terminali ad induzione (travi fredde) che risolvono i problemi, sostanzialmente di scarsa pulizia ed eccessivo rumore, comportati a suo tempo dall'utilizzo del fan-coil in ambito ospedaliero.

Per l'approvvigionamento e la distribuzione idrica, di fondamentale importanza, che deve essere disponibile 24 ore al giorno per tutti i giorni dell'anno, da tenere in conto oltre alle riserve necessarie in caso di mancanza temporanea di approvvigionamento dall'esterno, la necessità di installare sistemi di distribuzione e gestione che garantiscano la non contaminazione, ad es. da legionella, all'erogazione finale.

I costi di conduzione dell'edificio e degli impianti, a maggior ragione con l'utilizzo esteso di condizionamento, illuminazione artificiale e apparecchiature che assorbono energia, sono molto rilevanti.

Va quindi progettato e attuato un "sistema di edificio intelligente" che consenta il controllo, preferenzialmente automatico o rimandato ad operatori, della situazione di attività dei diversi settori dei diversi impianti e consenta, con il fermo o la riduzione di attività degli impianti o delle attrezzature in periodi di non uso o di uso limitato, consistenti risparmi.

L'impiantistica deve essere comunque sempre pensata per garantire la facilità degli interventi manu-

tentivi e di pulizia-sanificazione.

Particolare attenzione va rivolta alla:

- ✓ ispezionabilità degli impianti;
- ✓ facilità di eventuali verifiche dei parametri prestazionali;
- ✓ facilità di pulizia e sanificazione delle canalizzazioni.

Principi operativi Il "fascicolo di fabbricato" è lo strumento più adeguato a garantire l'aggiornamento costante della documentazione tecnica e di legge relativa ai fabbricati costituenti il complesso ospedaliero.

Scopo del fascicolo è documentare in forma unitaria l'evoluzione del fabbricato, aggiornando la documentazione tecnica-amministrativa in occasione di ogni modifica distributiva o funzionale soggetta ad approvazione degli organi competenti e in occasione di modifiche edilizie e impiantistiche o di dotazione di tecnologie sanitarie.

Il fascicolo deve inoltre documentare le regole di manutenzione e di utilizzo, lo stato di manutenzione di ciascun componente della struttura e registrare ciascuna verifica ispettiva.

Il fascicolo è normalmente costituito da un insieme di capitoli tecnici e amministrativi e dai disegni di progetto, che costituiscono lo stato di fatto iniziale (anagrafica di fabbricato), dai manuali di manutenzione e uso e dal piano di manutenzione all'avvio, nonché dalla registrazione di tutti gli eventi modificativi della documentazione originaria, delle azioni manutentive, delle verifiche ispettive effettuate, degli scadenziari relativi a tutti gli eventi futuri prescritti.

Tutto il fascicolo è redatto in forma totalmente automatizzata ed è integrato nel sistema informativo delle attività manutentive.

mantenimento delle logiche funzionali e dei sottosistemi

La questione dell'importanza della manutenzione ordinaria si pone sotto una pluralità di aspetti.

Innanzitutto in termini di mantenimento della disponibilità del bene, sia esso patrimonio edilizio, impianto tecnologico o attrezzatura medico-scientifica.

Il degrado del bene per mancata o insufficiente

manutenzione preventiva è irreversibile e porta all'unica soluzione di sostituirlo, per recuperare un livello minimo di efficienza. Ciò provoca come conseguenza una traslazione dalla spesa corrente alla straordinaria che moltiplica la corrispondente incidenza economica.

C'è poi l'aspetto, di inquietante gravità, che collega lo stato di disponibilità ed efficienza del sistema e il livello di rischio del paziente in ospedale.

Principi operativi La manutenzione va attentamente programmata e controllata mediante dettagliati cronogrammi di interventi e l'ausilio di un sistema informativo dedicato che, in base al data base completo delle apparecchiature presenti, all'esperienza pregressa e alla registrazione degli eventi (interventi ordinari e straordinari, guasti), modifichi gli intervalli manutentivi, riducendoli proporzionalmente all'aumentata obsolescenza dei sistemi.

Una programmazione dinamica della manutenzione ordinaria preventiva costituisce strumento fondamentale per assicurare l'efficienza e l'affidabilità delle strutture e delle attrezzature tecnologiche ospedaliere.

Funzioni indispensabili in questo processo sono svolte da:

- ✓ gli indicatori di sensibilità che comportano la scelta e il monitoraggio di misure e parametri che "descrivono" lo stato delle apparecchiature,
- ✓ gli indicatori di rilevanza che comportano una classificazione delle aree ospedaliere e dei componenti impiantistici in relazione al criterio di criticità.

Poiché l'esternalizzazione di questo servizio è ormai un fatto usuale e determinato dalla logica di affidare a chi ha le competenze un raggiungimento di obiettivi che ha un livello di specificità e complessità peculiare e distintivo, diviene fondamentale per le amministrazioni ospedaliere il controllo della puntualità ed efficacia dei diversi interventi manutentivi appaltati in logica di "global service".

Ciò comporta:

- ✓ l'accurata definizione degli obiettivi del servizio;
 - mantenimento in efficienza di tutti i componenti costituenti l'involucro edilizio, le infrastrutture e gli impianti per l'intero, normale ciclo di vita;
 - minimizzazione del disagio per utenti e ope-

ratori dovuto ad attività ispettive e manutentive programmate o a manutenzioni migliorative;

- minimizzare l'inagibilità di parti di edificio o delle infrastrutture per interventi sia programmati che correttivi;
- minimizzare gli interventi correttivi in emergenza;
- prevenire qualsiasi pericolo per utenti, operatori e lavoratori nel corso delle attività di manutenzione programmata, in emergenza o migliorativa;

✓ la definizione dei contenuti del servizio di manutenzione ordinaria;

- interventi ispettivi programmati, allo scopo di verificare il permanere delle condizioni ottimali o verificare l'insorgere di anomalie difficilmente predeterminabili a priori;
- manutenzione preventiva e periodica, cioè eseguita a intervalli predeterminati o in accordo a criteri specifici di mantenimento in efficienza;
- manutenzione predittiva, cioè eseguita a seguito della individuazione e misurazione di uno o più parametri e dell'estrapolazione del tempo residuo prima del guasto;
- manutenzione "secondo condizione", cioè subordinata al raggiungimento di un valore limite predeterminato;
- manutenzione "per opportunità", cioè anticipata in occasione della realizzazione di un altro intervento;
- manutenzione correttiva, cioè eseguita a seguito di un'avaria e volta a riportare l'entità nello stato in cui possa eseguire la funzione richiesta;
- interventi tampone;

✓ la definizione dei contenuti del servizio di manutenzione straordinaria;

- manutenzione di adeguamento, cioè eseguita per adeguarsi a modifiche normative e legislative;
- manutenzione migliorativa, cioè eseguita per adeguare funzionalmente o tecnologicamente parti non rilevanti di edificio o di unità tecnologiche o elementi tecnici non determinanti sensibili variazioni di valore;
- manutenzione sostitutiva, che comporta la sostituzione parziale o totale di unità tecnologiche

o elementi tecnici per fine ciclo di vita, per obsolescenza o per ottimizzazione dei consumi energetici;

- interventi di ristrutturazione, cioè interventi significativi di modifica per adeguamento funzionale o tecnologico a seguito dei quali si determina una sensibile variazione di valore del bene interessato;
- interventi riparativi a seguito di eventi imprevedibili;

✓ l'esplicitazione dei limiti economici di ciascuna tipologia di intervento;

✓ la classificazione degli interventi correttivi ("a guasto") in relazione ai tempi di intervento in:

- interventi in emergenza, con tempo massimo di intervento il più possibile contenuto. Sono interventi necessari a rimuovere il pericolo per le persone o alla propagazione del guasto ad altre aree, funzioni, impianti, unità tecnologiche;
- interventi urgenti, con un tempo massimo di intervento intorno all'ora. Sono interventi che rimuovono l'interruzione di servizi sanitari essenziali o la riduzione funzionale di aree essenziali delle attività sanitarie, per le quali non è tollerabile una riduzione delle attività o anche lo svolgimento delle stesse attività in condizioni ambientali precarie;
- interventi ordinari, con un tempo massimo di intervento di una giornata. Sono interventi che non causano l'interruzione del servizio;
- interventi programmabili, con un tempo di intervento programmabile. Sono interventi che non determinano significative interruzioni di funzionalità;

✓ la classificazione delle aree ospedaliere, delle attrezzature e dei componenti impiantistici in base a un criterio di criticità derivante dalle funzioni svolte in quell'area:

- aree ad alta criticità, in cui non è ammissibile né una riduzione delle condizioni ambientali ottimali, né una riduzione della superficie disponibile, ovvero del numero di unità contemporaneamente funzionanti, né guasti che determinino in tutto o in parte impossibilità di un pieno e sicuro utilizzo sanitario;
- aree a media criticità, nelle quali è accettabile una riduzione delle ore di funzionamento nell'an-

no, per consentire l'esecuzione di manutenzioni programmate. In queste aree non è comunque ammessa al di fuori dei limitati periodi di fermo programmati, alcuna riduzione delle ottimali condizioni ambientali;

- aree a bassa criticità, in cui sono ammissibili riduzioni funzionali o ridotti scostamenti dalle condizioni ambientali ottimali, o riduzioni delle superfici disponibili.

Definiti i livelli di criticità di ciascuna area occorre commisurare a questo riferimento la criticità di ogni elemento tecnico edile, ciascuna attrezzatura e ogni componente impiantistico, direttamente o indirettamente connesso a tali aree, verificando puntualmente, sia in fase di rinnovo che in fase di adeguamento manutentivo, quanto tali componenti garantiscano livelli di performance adeguati.

Ne consegue che il piano di manutenzione non può essere riferito al solo ciclo di vita del componente o delle sue parti, ma va relazionato al livello di criticità cui lo stesso deve sovrintendere, nella dotazione del magazzino ricambi, nelle modalità di intervento e programmando eventuali sostituzioni anticipate.

Strettamente connessa con la classificazione di criticità è la valutazione di urgenza, ordinarità e programmabilità degli interventi di manutenzione a guasto e comporta l'organizzazione di un servizio in urgenza.

La corretta gestione della manutenzione comporta la redazione di un Manuale di manutenzione, del Piano di manutenzione contenente il relativo programma operativo.

Il manuale di manutenzione deve contenere:

- ✓ la descrizione dettagliata di tutti i componenti oggetto di manutenzione;
- ✓ lo stato di ciascun componente dal punto di vista normativo, funzionale, manutentivo;
- ✓ i riferimenti normativi a cui il componente è soggetto;
- ✓ l'identificazione e la classificazione dei componenti critici, in relazione alla funzionalità della struttura ospedaliera;
- ✓ la ricambistica prevista da collocare a magazzino;

- ✓ la classificazione degli interventi correttivi in emergenza, urgenti, ordinari e programmabili;
- ✓ le specifiche operative per gli interventi in emergenza o urgenti;
- ✓ riferimenti al Piano di Sicurezza e al documento dei Rischi Ospedalieri;
- ✓ riferimenti ai sistemi di Assicurazione della Qualità.

Il piano di manutenzione deve contenere per ogni componente o elemento tecnico:

- ✓ la tipologia e le frequenze degli interventi ispettivi, manutentivi e di sostituzione parziale di componenti, il ciclo di vita e gli eventuali rimpiazzi previsti per il componente;
- ✓ le operazioni elementari connesse alla tipologia di intervento;
- ✓ i materiali, i semilavorati, i prodotti e le attrezzature speciali da impiegare;
- ✓ qualifica del personale da impiegare e tempi stimati delle operazioni.

Questi documenti devono essere implementati nel sistema informativo per la manutenzione.

L'obiettivo centrale del programma di manutenzione è di prevenire i fenomeni di degrado funzionale e obsolescenza e di razionalizzare le procedure di esecuzione dei lavori tramite la pianificazione, secondo cicli prefissati, del maggior numero di interventi di manutenzione ordinaria.

Il piano degli interventi a cicli prefissati non regola però la globalità degli interventi manutentivi, in quanto di estrema difficoltà e incertezza è la previsione delle dinamiche di degrado delle diverse unità tecnologiche, in particolare quando trattasi di unità complesse.

Occorre che il programma preveda anche una serie di interventi da attuarsi "secondo condizione", cioè programmati secondo scadenze regolate dai dati raccolti nel corso di ispezioni e controlli che consentiranno di "monitorare" le diverse unità tecnologiche, verificandone il comportamento nel tempo e di formulare una più attendibile previsione della disponibilità del componente.

Ciò comporterà un aggiornamento periodico dei cicli di intervento presenti nelle schede del Piano di manutenzione e del conseguente Programma, con anticipazione o modifica delle periodicità.

Questo approccio “dinamico” della pianificazione viene favorito e assistito dal sistema informativo per la manutenzione.

_ATTREZZATURE E PROCESSI

_le attrezzature come parte di un processo

Il punto di partenza per qualsiasi intervento nel settore degli apparecchi biomedicali è la precisa conoscenza del patrimonio tecnologico disponibile, ottenibile attraverso la raccolta sistematica dei dati relativi allo stato d’uso di ciascun apparecchio, al suo utilizzo clinico, alle modalità di manutenzione, allo stato di sicurezza, alle potenzialità operative e alla funzionalità residua.

Lo strumento per la costituzione di questo data base è il sistema informativo, previa codificazione di ciascuna apparecchiatura e individuazione della sua collocazione “georeferenziata” nell’ambito della struttura ospedaliera. Con riferimento a ciascun locale il data base conosce tutte le apparecchiature “ospitate” e contiene informazioni sulle loro caratteristiche, l’accettazione, il collaudo, il loro stato d’uso, di manutenzione, di obsolescenza.

La manutenzione degli apparecchi biomedicali incide sull’organizzazione ospedaliera in maniera rilevante, con un peso economico che rappresenta una percentuale importante (in alcuni casi si aggira intorno a un terzo) dei costi di acquisizione.

In più assume particolare rilevanza funzionale il disservizio prodotto da un apparecchio biomedico fuori uso per guasto tecnico, anche tenendo conto del fatto che spesso la ricambistica non è disponibile in tempi rapidi per fattori di inefficienza della rete di vendita e assistenza di queste attrezzature.

Quindi tutto quello che precedentemente si è detto per il sistema edificio-impianti vale a maggior ragione per le apparecchiature. L’organizzazione dell’intervento manutentivo intorno a responsabilità, procedure, processi regolamentati e supportati dal sistema informativo consente di aumentare e garantire la disponibilità delle apparecchiature e mantenere i processi in cui sono inserite.

Un problema specifico che riguarda gli apparecchi biomedicali è costituito dalle verifiche di prima installa-

zione con controllo della rispondenza alle specifiche tecniche e di sicurezza e dal controllo della presenza delle specifiche istruzioni per l’utilizzo e dell’esatta conoscenza e applicazione di queste da parte degli utilizzatori; devono seguire verifiche periodiche di sicurezza, atte a individuare precocemente e conseguentemente eliminare le situazioni di pericolo che si possono creare durante l’utilizzo.

Per risolvere le violazioni alle norme di sicurezza insite nell’apparecchio o presenti fin dalla prima installazione occorre inserire un vero e proprio collaudo di accettazione, che comprenda misure strumentali di sicurezza.

_rinnovo delle tecnologie strumento del rinnovo dei processi

La sempre maggiore sofisticazione degli apparecchi impone il rinnovo di più di un processo organizzativo. In particolare sono coinvolti i processi:

- ✓ di pianificazione degli investimenti
- ✓ di acquisto del patrimonio tecnologico
- ✓ di formazione professionale degli operatori
- ✓ di manutenzione
- ✓ di gestione dei dati.

L’acquisizione delle tecnologie va sempre ricompresa in un organico piano degli investimenti, il piano essendo lo strumento con cui si qualifica il compromesso tra le richieste di tecnologia provenienti dai servizi e le disponibilità finanziarie, inserendo l’acquisizione di tecnologia nelle linee strategiche di sviluppo dell’Ospedale, e armonizzandola con le strutture, l’organizzazione, le professionalità disponibili.

I principi attorno a cui deve organizzarsi un efficiente processo di acquisto comprendono:

- ✓ la qualifica delle ditte fornitrici, che pur rispettando il criterio di aggiudicazione del prodotto con il miglior rapporto costo-prestazione, valuti con la dovuta considerazione altri fondamentali aspetti della fornitura, che hanno anch’essi una rilevanza economica, come ad esempio le garanzie di una futura e stabile presenza sul mercato della ditta fornitrice, la tempestività e qualità del servizio di assistenza offerto, l’implementazione fu-

tura dell'apparecchiatura garantita per una quota prevalente della sua vita operativa, la certificazione di rispondenza alle norme di sicurezza;

- ✓ le modalità di conduzione della gara di fornitura, che deve seguire un circosanzionato capitolato speciale di fornitura, che riporti le scelte tecnologiche fatte dall'Azienda ospedaliera, le prestazioni e le caratteristiche significative richieste agli apparecchi;
- ✓ il coinvolgimento di una pluralità di attori nel processo decisionale, ognuno con le sue specifiche competenze e responsabilità: il Comitato di gestione per le strategie e gli indirizzi, il Direttore sanitario o il Primario per gli aspetti sanitari e organizzativi, eventuali professionisti esterni per analisi di fattibilità, di ottimizzazione, progetti e collaudi, l'Ufficio tecnico per gli aspetti tecnici.

La formazione professionale degli operatori è funzionale all'efficiente utilizzo delle apparecchiature. La "cultura progressiva" o le "presentazioni" delle apparecchiature da parte delle ditte fornitrici sono modalità di apprendimento non congrue con la possibilità di utilizzare a pieno la potenzialità degli strumenti.

La rete dei trasporti

Obiettivi L'Ospedale come sistema è costituito da sottosistemi. Uno di questi con forte autonomia è la rete dei trasporti intesa come insieme delle tecnologie e dei percorsi che permettono di trasferire da un punto all'altro dell'ospedale persone e materiali.

Le persone vengono classificate in: operatori, pazienti interni e ambulatoriali, visitatori, altri frequentatori (studenti, informatori scientifici, manutentori, ecc.).

I materiali vengono classificati in: vitto, biancheria, farmaci e presidi, campioni biologici, rifiuti, altro materiale economico.

Lo studio accurato in fase di progettazione e la corretta gestione in fase di attività dei trasporti sono una delle condizioni essenziali per il buon funzionamento dell'Ospedale. Il tema va quindi esaminato sia dal punto di vista funzionale sia dal punto di vista operativo.

Indirizzi metodologici La buona progettazione della rete dei trasporti presuppone un'analisi accurata della qualità e quantità di tutti i flussi previsti per l'Ospedale. I da-

ti utili per l'analisi si possono desumere in parte dalle esperienze di altri ospedali, in parte devono essere proiettati verso le nuove ipotesi gestionali che informeranno il nuovo Ospedale.

L'analisi sopra descritta permette di fornire ai progettisti elementi essenziali quali:

- ✓ intensità dei flussi e conseguente dimensionamento dei corridoi,
- ✓ numero, dimensione e posizione degli elevatori necessari,
- ✓ vincoli strutturali: ampiezza porte, spazi di manovra, altezze minime, presenza di cunicoli, cavedi verticali, dimensione dei controsoffitti, interazione con la struttura in cemento armato,
- ✓ requisiti civili: tipologia di pavimenti e di pareti, elementi di protezione.

In fase di gestione si dovranno rispettare le caratteristiche intrinseche della struttura e di conseguenza dovranno essere definiti i protocolli di processo coerenti con la stessa.

La scelta delle tecnologie da utilizzarsi per la rete dei trasporti diventa quindi un elemento fondamentale che permette la razionalizzazione dei processi e quindi dei risparmi sui costi di gestione.

Aree critiche È consuetudine non considerare la rete dei trasporti come un argomento autonomo che richieda specifica progettazione.

Le interazioni con la struttura e le esigenze proprie sono talmente importanti da compromettere la qualità dell'impianto generale in assenza di un progetto dedicato. La qualità delle tecnologie è altrettanto fondamentale.

A titolo di esempio si citano le cabine delle ascensori (maggiore o minore trasparenza, modalità di chiusura delle porte, tempi di stacco, accelerazione e frenata, ecc.) e i veicoli per le movimentazioni interne (piccole motrici, tipologia dei comandi, facilità di manutenzione, ecc.).

Un capitolo relativamente nuovo ma certamente di grande attualità è costituito dall'adozione di sistemi di trasporto automatizzato per piccoli, medi e grandi materiali.

I sistemi attualmente più diffusi sono:

- ✓ reti di tubazioni all'interno delle quali si muovono contenitori spinti da pressione d'aria (cosiddette poste pneumatiche che hanno subito importanti incrementi di funzionalità);
- ✓ reti di binari che corrono orizzontalmente attaccati ai soffitti e verticalmente entro cavedi dedicati, in grado di trasportare piccoli contenitori (fino a 15 Kg di materiale) da stazione a stazione;
- ✓ reti di guide a pavimento in grado di indirizzare motrici dotate di apparati di riconoscimento della rete e capaci di trasportare carrelli per qualsiasi tipo di materiale.

Si tratta di tre sistemi che devono essere concepiti in fase progettuale in quanto condizionano il disegno globale dell'Ospedale.

Rappresentano un importante investimento ed hanno costi di gestione definibili. La loro adozione deve essere il risultato di un'analisi accurata, libera da condizionamenti commerciali.

Allo stato dell'arte non vi è evidenza seria né a favore né contro tali sistemi, sarà interessante valutare i risultati degli impianti recentemente installati.

Principi operativi Risulta evidente da quanto detto che il progetto di un nuovo ospedale deve porsi come obiettivo specifico lo studio e la definizione della rete dei trasporti in tutte le sue componenti di software e hardware.

Analogamente la definizione delle procedure gestionali deve, nel rispetto della struttura realizzata, interpretare al meglio e valorizzare il più possibile le tecnologie disponibili al fine di definire i protocolli dei processi.

Non va certamente sottovalutata la dimensione economica del problema in quanto la rete dei trasporti costituisce un capitolo importante sia degli investimenti sia dei costi di gestione e quindi deve essere correttamente dimensionata.

I passi che scandiscono l'inserimento della rete dei trasporti nel nuovo ospedale sono i seguenti:

- ✓ in fase di progettazione delle strutture recepimento di tutti i requisiti che ogni rete dei trasporti impone; a titolo di esempio si consideri che la dimensione dell'interpiano, distanza tra un pavimento e l'altro, può essere un vincolo insuperabile per l'adozione di un siste-

ma di trasporti leggeri con binari a soffitto;

- ✓ in fase di progettazione degli impianti meccanici la definizione del numero e del tipo di ascensori è fondamentale per assicurare la loro fruibilità nella movimentazione delle persone e dei materiali; a titolo di esempio si citano i casi in cui gli ascensori dispongono di porte insufficienti per il passaggio del letto ospedaliero;
- ✓ in fase di analisi costi e benefici delle scelte progettuali si deve poter utilizzare una banca dati sufficientemente attendibile per orientare le decisioni sugli investimenti da fare;
- ✓ in fase di definizione delle procedure di funzionamento si devono conoscere, fin nei dettagli, le caratteristiche di tutte le risorse strutturali e tecnologiche al fine di definire i processi di flusso delle persone e dei materiali;
- ✓ in fase di gestione si devono approntare e applicare sistemi di monitoraggio dei flussi di persone e materiali al fine di introdurre i correttivi che si consigliano in base all'esperienza in corso.

La formazione del personale che a qualsiasi titolo ha responsabilità nel trasporto dei materiali e nell'accompagnamento delle persone deve rappresentare uno specifico obiettivo nell'insieme delle iniziative formative all'interno dell'Ospedale.

Particolare attenzione va inoltre posta nel disegno e installazione della segnaletica interna in quanto componente essenziale per orientare i flussi delle persone che non hanno familiarità con l'ospedale.

_sistema informativo per la gestione e manutenzione delle tecnologie

Indirizzi metodologici Il sistema informativo per la gestione di edifici, impianti e attrezzature dovrà avere un'architettura basata sullo schema *client-server* e consentire un'interfaccia via *web*. Andrà previsto un *call center* a cui tutti i responsabili di area o di unità operativa inoltreranno le richieste di intervento o segnaleranno disfunzioni o malfunzionamenti da rimuovere.

Principi operativi Le segnalazioni potranno avvenire telefonicamente, via fax, e-mail, intranet, oppure in automatico dai sistemi di controllo degli impianti tecnologici o dai sistemi di sicurezza.

Negli orari in cui il *call center* non sarà presidiato dovrà essere attivo un sistema computerizzato per la codifica e l'instradamento delle chiamate telefoniche ai responsabili competenti e/o ai preposti al servizio di reperibilità.

Il personale preposto al *call center*:

- ✓ registrerà e classificherà le richieste di intervento o le disfunzioni segnalate nel sistema informativo e attiverà il personale di competenza, per la definizione e l'esecuzione degli interventi richiesti o per la rimozione delle disfunzioni segnalate;
- ✓ registrerà gli ordini di lavoro, i rapporti di intervento, le richieste di autorizzazione e le autorizzazioni concesse;
- ✓ registrerà mensilmente i consumi dei combustibili, di energia elettrica e acqua;
- ✓ registrerà le stime e i consuntivi di costo;
- ✓ pianificherà gli interventi su chiamata, non urgenti o in emergenza e gli interventi programmati, concordando con i responsabili dei servizi tempi e modalità per minimizzare i disagi relativi.

Il *call center* elaborerà la pianificazione e il coordinamento di tutti i servizi ed elaborerà i risultati derivanti dalle attività ispettive e dalla consultazione degli utenti.

La modalità operativa degli interventi su chiamata sarà la seguente: ricevuta la chiamata sarà registrata la *richiesta di intervento* nel sistema informativo, assegnandole automaticamente un numero di protocollo progressivo. Verranno inoltre registrati il nome del richiedente, l'ora della richiesta, la natura della richiesta, i tempi massimi di intervento previsti in funzione della criticità, gli eventuali accordi intercorsi tra le funzioni o le aree ospedaliere per le modalità e i tempi dell'intervento, il codice del locale e il codice dell'elemento tecnico coinvolti. Si richiama e sottolinea l'importanza di identificare questi elementi individuandoli univocamente tramite codice, ciò consente di registrare gli eventi a livello del singolo locale e/o singolo elemento tecnico o centro di costo.

Qualora l'intervento sia differibile e coinvolga delle prestazioni addizionali rispetto ai contratti in essere, la richiesta di intervento verrà posta "in attesa di autorizzazione" e si invierà all'approvazione una *richiesta di autorizzazione*, quantificandone l'importo presunto. Qualora per la quantificazione necessiti di un sopral-

luogo si procederà a emettere l'ordine relativo e a registrarlo nel sistema informativo.

In tutti gli altri casi gli operatori del *call center* provvederanno a emettere l'*ordine di lavoro* e a farlo pervenire agli addetti all'intervento.

L'ordine di lavoro dovrà contenere:

- ✓ i contenuti della richiesta di intervento e il relativo riferimento
- ✓ l'indicazione dei soggetti destinatari dell'intervento
- ✓ la durata presunta dell'intervento
- ✓ eventuali ricambi o materiali da predisporre per gli interventi di manutenzione e gestione; il *call center* verificherà la disponibilità a magazzino dei ricambi o materiali richiesti e procederà se del caso alle procedure di riordino.

Gli operatori, una volta eseguita l'ispezione preventiva o l'intervento, provvederanno a redigere il *rapporto d'intervento* e a farlo pervenire al *call center* che lo registrerà nel sistema informativo. Il rapporto di intervento dovrà contenere:

- ✓ il riferimento all'ordine di lavoro;
- ✓ l'ora di inizio e fine dell'intervento;
- ✓ i materiali e i ricambi impiegati per gli interventi di manutenzione e gestione;
- ✓ l'annotazione degli interventi ispettivi o manutentivi aggiuntivi eseguiti contestualmente per opportunità;
- ✓ le annotazioni per la Direzione di servizio o generale;
- ✓ le eventuali rettifiche all'ordine di lavoro;
- ✓ la codifica dei locali e degli elementi tecnici, quando assenti dal piano di lavoro.

Per i soli servizi di manutenzione e gestione il *call center* svolgerà queste specifiche attività:

- ✓ registrazione degli interventi eseguiti a seguito di segnalazioni di allarme del sistema di telecontrollo impiantistico, che saranno registrate come chiamate;
- ✓ sulla base del manuale di manutenzione e delle schede per ogni elemento tecnico di intervento ispettivo e di manutenzione, il *call center* pianificherà gli interventi programmati, avendo cura di minimizzare il disagio per gli utenti.

Sulla base delle date inserite e delle frequenze stabilite dal manuale di manutenzione, il sistema informativo programmerà le attività. Il *call center* dovrà valutare le date proposte, pianificare eventuali rettifiche, ed emettere in prossimità delle scadenze programmate gli ordini di lavoro

Gli ordini di lavoro conterranno in più le schede di manutenzione estratte dal manuale e i data sheet degli elementi tecnici oggetto di intervento in forma di check list di controllo.

I rapporti di intervento conterranno in più le check list di controllo compilate, le note tecniche per l'aggiornamento del manuale di manutenzione

Per i Servizi di Igiene e smaltimento rifiuti e di Portierato e vigilanza il *call center* svolgerà queste specifiche attività:

- ✓ controllo dell'esecuzione dei servizi
- ✓ registrazione delle difformità segnalate o riscontrate
- ✓ organizzazione e gestione delle visite ispettive per la verifica del livello dei servizi
- ✓ rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti
- ✓ emanazione di disposizioni e coordinamento per la soluzione di casi di emergenza o di forza maggiore.

Le attività informative del *call center* si concretizzeranno nella messa a disposizione, in tempo reale, dello stato di avanzamento e della contabilità di tutti gli interventi, nonché dell'importo annuo autorizzato o in attesa di autorizzazione, sia in sede preventiva che esecutiva, e nella preparazione dei rapporti trimestrali o semestrali di valutazione della performance dei servizi.

Consultando il data base del sistema informativo da parte di personale autorizzato sarà possibile conoscere in tempo reale lo stato degli interventi, sia programmati, sia correttivi che ordinari (programmato, iniziato, concluso, sospeso in attesa di autorizzazione, autorizzato).

Il sistema informativo elaborerà tutte le informazioni statistiche necessarie per stabilire il livello di prestazione raggiunto, tramite elaborazione informatizzata delle schede di valutazione.

Il sistema contabilizzerà in via preventiva e consultiva gli interventi straordinari, sveltendo le procedure di autorizzazione e contabilizzazione e l'assegnazione per centro di costo.

A titolo di esempio si riportano qui di seguito alcuni contenuti specifici del sistema informativo per la gestione tecnica di alcuni servizi ospedalieri.

Servizi di manutenzione e gestione della struttura edile-impiantistica e delle apparecchiature elettromedicali:

- ✓ la registrazione degli interventi ispettivi, programmati, correttivi, effettuati su ogni elemento tecnico o apparecchiatura, suddivisa per tipologia di intervento e per classe di apparecchiatura, con riportati i tempi previsti ed effettivi di intervento, al fine di consentire la verifica di efficacia degli interventi e la valutazione dei cicli di vita reali dei vari componenti;
- ✓ la georeferenziazione, con l'effettiva collocazione fisica del data base degli elementi tecnici o delle attrezzature fisse. L'accesso alle informazioni memorizzate nel data base sarà possibile sia tramite identificazione del componente tecnico o della famiglia di componenti tecnici, con accesso guidato alla struttura del data base, sia tramite interfaccia grafica con i componenti identificabili sulla pianta dell'edificio;
- ✓ il sistema informativo, che conterrà il Manuale di manutenzione e consentirà di associare ad ogni componente tecnico le specifiche di intervento ispettivo o di manutenzione programmata, al fine di generare preventivamente ed autonomamente le check list di controllo;
- ✓ il data base aggiornabile automaticamente a seguito di interventi manutentivi programmati;
- ✓ il sistema informativo che dovrà produrre in automatico il programma preventivo di ispezioni e manutenzioni, onde consentire per tempo di concordare tempi e modalità di intervento nelle singole aree ospedaliere;
- ✓ la gestione dei dati di manutenzione delle apparecchiature in garanzia e delle apparecchiature i cui contratti di manutenzione sono stati perfezionati direttamente con i fornitori;
- ✓ il confronto qualitativo e quantitativo fra gli obiettivi richiesti nei piani di manutenzione e quelli raggiunti;
- ✓ il riepilogo quantitativo e qualitativo delle risorse impiegate;
- ✓ le specifiche indicazioni tecniche e operative per l'Azienda ospedaliera scaturite dall'attività svolta;
- ✓ la registrazione dei consumi di energia (elettricità, gas);
- ✓ la registrazione dei consumi di acqua.

_Politiche di innovazione, ricerca e sviluppo

_Politiche di innovazione

_INNOVAZIONE NELL'ORGANIZZAZIONE

L'Ospedale è una struttura dinamica che vive della integrazione continua tra consolidamento (protocolli e procedure) e l'innovazione medica, organizzativa e sociale. Queste dinamiche devono essere oggetto di analisi, valutazione e sperimentazione continua.

_indicatori di efficacia e di efficienza

La ricerca continua di miglioramento parte da una valutazione aggiornata della efficacia e dell'efficienza e quindi impegna a trovare indicatori validi e tra loro correlati.

Obiettivi Rinnovare in modo dinamico gli indicatori di efficienza e di efficacia raccogliendo nelle revisioni periodiche gli scostamenti non solo tra atteso e risultato ma lo scostamento tra la significatività dell'indicatore e quanto da esso indicato.

Indirizzi metodologici La valutazione di performance di un indicatore e la valutazione della sua significatività si raggiunge con il rovesciamento di prospettiva nella valutazione dei processi, accentuando l'attenzione sul valore aggiunto quantitativamente misurabile.

Esperienze Il miglioramento della scelta di indicatori sempre più predittivi può essere raggiunto vedendo a posteriori non solo tutti i processi istituzionali (degenza, intervento operatorio, attività dei servizi ecc.) ma anche analizzando a ritroso il contenzioso legale e assicurativo nei confronti di esiti e procedure di atti medici specifici.

Aree critiche Il consolidamento soprattutto amministrativo o rituale ("si è sempre fatto così") rende impossibile ogni miglioramento nella scelta e nell'utilizzo degli indicatori.

_benchmarking

Il termine deriva dal sistema di misurazione dell'altezza delle maree con dei pali sistemati a distanza misurabile tra loro.

Da quell'origine il termine è stato derivato negli ultimi decenni alle metodologie di analisi comparativa tra organizzazioni diverse (anche concorrenti) nella stessa area di business.

La pressione del budget infatti spinge le aziende a ricercare un continuo miglioramento dei propri processi per aumentare la propria efficienza. In molti casi appare non facile verificare le proprie forze o debolezze se non confrontandole con degli standard, o meglio con i propri competitori.

Obiettivi Scopo del benchmarking è quello di:

- ✓ mettere in evidenza i *gaps* nei processi di business, negli strumenti usati, negli standard scelti e nelle proprie risorse umane;
- ✓ confrontarsi con la media della efficienza delle aziende del settore rilevandone le *best practices*;
- ✓ preparare la base per *audit* interni.

Indirizzi metodologici Esiste ormai una ampia disponibilità di strumenti e di procedure di misure, verificate dalla esperienza e trasformate in sistemi di riferimento accettato, per identificare dei sistemi di misura per quantificare e qualificare le prestazioni.

Anche nella conduzione dei controlli di verifica fatti dall'interno (o dall'esterno) in una determinata realtà imprenditoriale i sistemi di misura di benchmarking hanno acquisito una loro verificata validità per consentire poi decisioni sulle misure di miglioramento dei processi, guidando la reingegnerizzazione degli stessi, fino alla loro eventuale esternalizzazione verso organizzazioni più efficienti.

Le fasi principali di un processo di benchmarking sono:

- ✓ la raccolta dei dati propri e di confronto
- ✓ la documentazione e analisi dei processi propri e di confronto
- ✓ l'intervista con vari responsabili e operatori di processi in esame propri o di altri
- ✓ l'osservazione della efficienza operativa propria e degli altri
- ✓ la identificazione e il confronto delle best practices.

La necessaria introduzione nella gestione dell'Ospedale non solo della cultura ma anche degli strumenti imprenditoriali ha anche richiamato l'introduzione in tale ambiente delle tecnologie di benchmarking codificando qualcosa, che in modo empirico veniva già fatto in forma meno controllato dal punto di vista dottrinale.

L'abuso nell'utilizzo di questo termine non favorisce il reale utilizzo di questo strumento, che richiede umiltà e lealtà del ricercatore per un corretto confronto tra differenti realtà.

La ricerca degli elementi di misura storici, attuali e confrontabili in realtà diverse, accompagna una ricerca continua di soluzioni avviate, positive o negative che si siano dimostrate.

La valutazione di esempi e di risultati alieni (alla propria organizzazione) deve potere smontare i modelli e categorizzare procedure e soluzioni nonché risultati in elementi unitari semplici in un modo che siano facilmente rintracciabili.

Esperienze L'esperienza altrui è la base del benchmarking sull'organizzazione, e va analizzata con l'onestà del ricercatore che si sente partecipe del disegno globale di miglioramento organizzativo.

Aree critiche L'onestà nella valutazione dei risultati di altre organizzazioni e la onestà nella valutazione delle proprie aree di miglioramento, rappresentano la chiave di successo o insuccesso della ricerca.

__sperimentazione e validazione

Non esiste sostanziale differenza tra la ricerca scientifica di nuove tecniche mediche, o di nuovi strumenti diagnostici e la sperimentazione nella organizzazione.

Obiettivi Raggiungere attraverso alla sperimentazione e alla validazione un dimensionamento sicuro e dominabile del concetto organizzativo sperimentato e da proporre.

Indirizzi metodologici La sperimentazione dell'organizzazione parte dalla conoscenza della letteratura, dall'assunto che si disegna nel materiale e metodi, riassume i risultati, e apre lo spazio alla discussione critica dei risultati e dei prossimi passi.

Esperienze L'Ospedale deve potere dominare l'organizzazione istituzionale con la continua osservazione dei risultati e delle procedure a posteriori, come deve introdurre i miglioramenti con i criteri dei clinical trials osservazionali, e di intervento.

Aree critiche Il protocollo di validazione deve riprendere i punti di vista tradizionali della sperimentazione: quello dell'autore che produce la proposta e ne sperimenta sul banco la efficienza, quella dell'applicatore che deve verificarne la trasferibilità e l'inserimento nella realtà specifica, e quella dell'utilizzatore che deve verificare e quindi validare la corrispondenza della soluzione proposta con la copertura dei propri bisogni.

__INNOVAZIONE TECNICA

L'innovazione tecnologica rappresenta una realtà in continua – e in un certo senso incredibile e inaspettata – evoluzione, sia nel campo delle apparecchiature per diagnosi e terapia (pensiamo alle nuove metodiche e apparecchiature di diagnostica per immagini o per anestesia o rianimazione, alle nuove protesi, ai materiali biocompatibili) sia nel campo delle conoscenze e delle metodiche mediche (pensiamo alle ricostruzioni tessutali con cellule, alla genetica, alle cellule staminali, alle nuove tecniche rianimatorie e chirurgiche, ecc.).

È indubbio che questo abbia portato a notevoli progressi la scienza e la tecnica medica e di assistenza sanitaria e probabilmente ciò avverrà ancora in futuro, in modo oggi non prevedibile e forse neppure immaginabile.

Obiettivi Osservare e conoscere le innovazioni e le lo-

ro prospettive per poterne cogliere con tempestività le possibili ricadute delle prestazioni dell'Ospedale a favore del miglioramento dello stato di salute dei singoli e della collettività.

Indirizzi metodologici La innovazione tecnica parte dalla conoscenza della letteratura e delle esperienze disponibili, le analizza criticamente valutandone risultati e potenzialità per mezzo di team interdisciplinari che comprendano, insieme a medici e tecnici del settore, ingegneri, economisti, esperti di organizzazione e gestione. La valutazione deve essere effettuata in termini di reale utilità per il miglioramento dello stato di salute del paziente e in termini di fattibilità tecnica ed economica e cioè rispondendo alle domande: è possibile in questo Ospedale introdurre e far funzionare questa nuova tecnologia? Chi paga?

Aree critiche La difficile integrazione tra approccio medico ed economico e soprattutto il corporativismo mentale ostacolano un approccio equilibrato alle problematiche relative all'opportunità di implementazione e gestione di nuove tecnologie o metodiche.

In particolare è possibile che il candidato utilizzatore si innamori della novità in modo acritico, perché la ritiene sua esclusiva e sente che gli conferisce prestigio. Ma è necessario rifuggire da nuove tecnologie utili agli utilizzatori ma non al cittadino (come nel classico: l'intervento è perfettamente riuscito, il paziente è morto). Anche gli economisti e i gestori devono però rifuggire da visioni limitate e scarsamente prospettiche che li portano ad ostacolare nuove metodologie solo sulla base di considerazioni economico finanziarie di breve periodo. Occorre quindi molto equilibrio, asetticità e visione nella valutazione, che dovrebbe essere congiunta e serena.

_INNOVAZIONE NELLA GESTIONE

L'evoluzione da sanità a salute si sta realizzando con l'utilizzo appropriato della sinergia tra medicina, organizzazione ed economia.

_sinergia tra medicina, economia e organizzazione

Occorre superare le divergenze e le differenze ideologiche per utilizzare gli strumenti economici e di organizzazione a favore dell'atto medico.

Obiettivi La medicina sviluppa le conoscenze e realizza gli interventi basati sulla evidenza personalizzati sul singolo malato; l'economia indirizza, ottimizza e monitora il processo medico sostenibile come espressione del valore aggiunto per il malato; l'organizzazione studia e riorganizza il percorso diagnostico, terapeutico e preventivo del malato nelle valenze di efficacia, efficienza, tempestività e di rapporto rischio/beneficio.

Indirizzi metodologici Gli strumenti di governo di ordine clinico richiamano sicuramente la tradizione dell'atto medico nella sua molteplice valenza specialistica e nella sua evoluzione storico-scientifica. A questa si aggiunge l'attenzione portata a *Good Clinical Practice*, *Good Laboratory Practice*, nella medicina basata sulla evidenza, e quindi sulla capacità di misurare il rapporto rischio/beneficio e addirittura impegno/beneficio.

Gli strumenti dell'economia si basano sull'analisi degli scenari, sulla scelta e monitoraggio di indicatori specifici e sensibili, sulla valutazione della predittività degli interventi, sulla valutazione costo/beneficio, sulla verifica continua dell'aderenza degli obiettivi alle attese, e sulla dinamica rivalutazione degli interventi in base ai risultati.

Insieme poi, i due approcci, vanno consolidati da un dominio degli strumenti sociali che consentano di mettere le basi e le regole e le procedure della prevenzione primaria o secondaria.

Esperienze Le esperienze nella Evidence Based Medicine, e gli studi dei Cochrane Groups sono modelli da portare nella ricerca applicata alla gestione ospedaliera.

Aree critiche La storica separazione tra approccio medico ed economico e soprattutto il corporativismo mentale costituiscono gli ostacoli ad una chiara sinergia tra le diverse valenze.

_good management practices

Le valenze mediche ed economiche dell'atto medico e l'impatto sociale dello stesso non solo giustificano ma impongono una ricerca e una sperimentazione continua nello scenario dell'Ospedale.

Obiettivi Raccogliere, valutare e categorizzare una serie di esperienze e di sperimentazioni in un corpus in divenire che rappresenti l'evoluzione continua del miglioramento della gestione ospedaliera.

Indirizzi metodologici Utilizzando gli strumenti dei *clinical trials*, osservazionali e di intervento, estrarre e valutare gli *outcomes* e raggrupparne la concettualità nello sviluppo del corpus.

Esperienze La ricerca e la sperimentazione deve potere essere sviluppata in ogni realtà locale, in una coordinata attività multicentrica a livello regionale, nazionale, internazionale.

Aree critiche Cadere nel burocratico consolidamento di esperienze in regole o limitazioni.

_miglioramento continuo

Si intende un insieme concettuale di governo che tiene conto della globalità degli scenari e degli interventi di gestione, e che riassume insieme al governo quello di direzione, dominio, guida, assistenza, amministrazione, in una dinamica crescita.

Obiettivi Ottenere la risposta medica aggiornata ed esauriente, la scomparsa dei tempi di attesa, ottimizzare i tempi di utilizzo delle risorse tecniche e umane, eliminare il sovraccarico nell'atto medico di attività a basso o nullo valore aggiunto, perfezionare il rapporto medico/paziente e il rapporto strutture/cittadino.

Indirizzi metodologici Studio continuo e innovazione nel ricercare la soddisfazione del bisogno di ogni singolo malato, ovunque si trovi; aumentare l'utilizzo ottimale delle risorse, investire nell'apprendimento continuo.

Esperienze Anche qui osservazione e sperimentazione devono seguire le tecniche dei grandi clinical trials su grandi popolazioni, seguite in modo prospettico.

Aree critiche L'imitazione invece che la sperimentazione, il prendere pacchetti fatti di difficile personalizzazione, la mancanza di confronto.

_aumento continuo della sicurezza per il paziente

La crescente complessità del sistema Ospedale impone una ricerca continua di metodologie e procedure per la riduzione dei fattori di rischio per il paziente ospedalizzato.

Obiettivi Raggiungere la sicurezza del paziente con la ricerca dell'errore zero, raccogliendo, valutando gli eventi avversi di ordine medico nel percorso del paziente e identificando le aree critiche di rischio onde studiare opportuni meccanismi di riduzione del rischio.

Indirizzi metodologici Utilizzando gli strumenti osservazionali, di intervento e la simulazione dei processi, estrarre gli *outcomes* negativi per il paziente sia nell'attività di ricovero che in quella ambulatoriale, raggruppando gli indicatori di rischio con un attento lavoro di *benchmarking*.

Esperienze Appoggiandosi sulla tecnologia e l'organizzazione indirizzate alla sicurezza, le esperienze internazionali e nazionali devono servire da guida per cogliere nelle procedure organizzative i momenti di "failure" e provvedere alla eliminazione o minimizzazione del rischio.

Aree critiche Il cinquanta per cento degli errori medici in Ospedale si riferiscono a cause organizzative fra le quali gioca un ruolo importante la non corretta identifi-

cazione del malato nei confronti della catena di eventi che generano l'atto medico.

Nelle procedure dell'atto medico vanno costantemente messe in rilievo e adeguatamente coperte le aree di rischio.

__Ricerca e attività scientifica

La ricerca e l'attività scientifica sono finalità istituzionali dell'Ospedale che affiancano e supportano quella assistenziale.

La ricerca può avere orientamento biomedico o organizzativo.

Può essere di tipo corrente o finalizzato.

Obiettivi L'obiettivo principale della ricerca in Ospedale è di fungere da stimolo per l'aggiornamento ed il costante progresso del livello di qualità dell'assistenza sanitaria, oltre a promuovere e mantenere legami di collaborazione tra medici appartenenti a diverse unità operative e dare un importante contributo nel generare un'immagine di prestigio per l'Ospedale.

Indirizzi metodologici Rispetto alla ricerca di base sarà preferita quella applicata, e in particolare quella "traslazionale", vale a dire quella che trasferisce rapidamente al paziente e all'utilizzo pratico l'applicazione dei risultati delle scoperte.

Verrà quindi effettuata prevalentemente ricerca applicata e traslazionale di tipo clinico e organizzativo-gestionale.

Compito dell'istituzione sarà di coagulare e rendere omogenei i diversi filoni di ricerca.

Principi Operativi Per quanto concerne la ricerca di base, questa sarà limitata ad attività che coinvolgono unitariamente le applicazioni cliniche e l'attività sperimentale di laboratorio.

In particolare non andrà condotta alcuna attività su animali e non è quindi prevista l'attivazione di stabulari.

La possibilità di svolgere attività di ricerca è da intendersi come un diritto/dovere da parte di tutto il personale medico idoneo ad occuparsene.

A questo scopo va dedicata un'opportuna porzione del tempo lavorativo.

Non è comunque normalmente previsto del personale medico esclusivamente dedicato alla ricerca.

Va inoltre incoraggiata la collaborazione con enti esterni, soprattutto per quanto concerne l'ottenimento di finanziamenti.

Tale collaborazione potrà avvenire con esterni quali aziende farmaceutiche, enti o centri con finalità di ricerca. Potranno anche essere creati centri di ricerca interni istituiti "ad hoc" per la ricerca in un determinato campo.

La maggior parte delle ricerche di una certa importanza si svolgerà attraverso convenzioni con centri universitari ed istituti.

Gli obiettivi della ricerca, soprattutto quella di base, dati i suoi costi elevati ed il suo ritorno solo a lungo termine, dovranno essere accuratamente selezionati ed approvati.

La corretta raccolta, organizzazione e conservazione dei dati clinici è fondamentale per la ricerca clinica, soprattutto per quanto concerne gli studi retrospettivi.

La gestione della documentazione clinica tramite il sistema informativo dell'ospedale dovrà tener conto delle necessità di ricerca.

Il sistema informativo dovrà supportare la raccolta e la utilizzabilità delle informazioni cliniche, anche per le attività di ricerca, su ogni paziente.

Ogni articolo scientifico prodotto dal personale dovrà presentare titolo ed indirizzo dell'Istituto in maniera standardizzata.

La maggior parte della ricerca clinica insiste sull'attività assistenziale e non necessita di spazi appositi per apparecchiature e visite, ma utilizza le strutture già operanti.

Le facilities per la ricerca statistica ed epidemiologica (raccolta, analisi ed elaborazione dati) vanno localizzate in vicinanza o preferibilmente all'interno delle aree dedicate agli studi medici.

La ricerca di base richiede invece dei laboratori e degli spazi "ad hoc".

In considerazione del fatto che verrà effettuata solo ricerca di base *borderline* con la pratica clinica, è opportuno che l'eventuale attivazione di laboratori avvenga in prossimità di quelli destinati alle analisi di routine.

SPERIMENTAZIONI CLINICHE

L'attività di ricerca clinica dell'ospedale andrà condotta soprattutto attraverso l'attivazione di *clinical trials* per la sperimentazione di farmaci o dispositivi medici.

Tutte le sperimentazioni cliniche dovranno essere autorizzate dal comitato tecnico-scientifico e dal comitato etico locale, che, in particolare, controllerà le modalità e la adeguatezza nelle procedure per l'ottenimento del consenso informato da parte dei pazienti interessati.

Didattica, formazione e addestramento

L'Ospedale ha un ruolo attivo e importante nell'insegnamento, particolarmente rilevante nell'addestramento e nella formazione, che si associa ai compiti primari di assistenza e di ricerca.

In questa ottica sono da perseguire i rapporti con le istituzioni scientifiche ed accademiche, necessari in funzione della corretta implementazione di programmi di ricerca e di programmi di formazione medico-specialistica, manageriale e per operatori dell'assistenza.

DIDATTICA ISTITUZIONALE

La didattica è riconosciuta tra le attività istituzionali dell'Ospedale, per importanza, è posta immediatamente dopo l'attività assistenziale e quella di ricerca.

L'attività di didattica medica che si svolge in Ospedale è rivolta preferenzialmente ai medici specializzandi, mediante la definizione di rapporti di convenzione con le scuole di specialità post-laurea universitarie.

Scopo dell'attività didattica è di fornire l'ambiente educativo adeguato agli studenti delle discipline e delle specialità interessate, agli allievi della scuola infermieri e delle altre scuole istituite, oltre a costituire uno stimolo ed un'opportunità di aggiornamento per tutto il personale.

Le particolari caratteristiche innovative di organizzazione e conduzione sanitaria devono permettere inoltre l'istituzione di corsi di attività e didattica di for-

mazione, nell'ambito della gestione sanitaria, per medici specialisti e non, con la possibilità, oltre alle lezioni teoriche, di valutazioni ed esercitazioni pratiche nella realtà esistente.

EDUCAZIONE CONTINUA MEDICA

L'Ospedale organizzerà corsi di aggiornamento dedicati a medici, infermieri, tecnici sanitari e altre professioni sanitarie che abbiano l'accreditamento ECM (Educazione Continua Medica).

Tali corsi saranno rivolti prevalentemente al personale interno ma potranno essere anche aperti all'esterno, con il vantaggio di favorire contatti e relazioni con il territorio e con altre istituzioni sanitarie.

Principi Operativi Per le attività di didattiche e insegnamento, la loro organizzazione, gestione e riconoscimento è necessaria una organizzazione dedicata, con spazi attrezzature e personale ad hoc, che si occupi specificamente, per conto della direzione ospedaliera, di tutti gli aspetti della didattica.

_Politiche per la documentazione e le procedure

Definiscono suggerimenti per la formalizzazione scritta delle filosofie e dei principi aziendali e per la metodologia per la definizione, stesura e gestione delle politiche, dei principi operativi, dei piani e delle procedure operative.

Ricordiamo che le "linee guida per la gestione" proposte dalla ricerca vogliono costituire uno strumento metodologico, aggiornato e scientificamente validato, il cui obiettivo è aiutare le direzioni ospedaliere a sviluppare e formalizzare un sistema per la gestione e il miglioramento dei processi fondamentali dell'organizzazione, e in particolare di quelli influenti sulla qualità del servizio offerto.

Esse "guidano" la pianificazione e la realizzazione di un preciso percorso che partendo dalla *mission* e dalla *vision* arrivi a precisare i propri principi guida, definiti e condivisi, ai quali ispirarsi con costanza e coerenza, senza deviazioni o cedimenti a motivazioni estranee, e percorra poi tutti i passi necessari, definendo le politiche e i principi operativi che ne discendono.

Le politiche infatti rappresentano ciò che l'istituzione pensa, sente, ritiene necessario e definisce per uno specifico argomento.

I principi operativi definiscono le linee di condotta alle quali attenersi per il raggiungimento, col miglior risultato, degli obiettivi prefissati.

La loro scrittura, conoscenza, condivisione e applicazione da parte di tutti è presupposto fondamentale per il funzionamento armonico, efficace, efficiente e di qualità della struttura.

Le politiche e i principi operativi orientano e informano la stesura delle procedure operative, anche esse da definire per iscritto e da osservare nella gestione quotidiana, indispensabili alla base del buon funzionamento dell'Ospedale.

La predisposizione di procedure è richiesta da tutti i modelli di accreditamento (sia istituzionale che per l'eccellenza) e/o certificazione (ISO9000 – Vision 2000) ma anche da altri modelli gestionali che ad essi si ispirano (Legge 626, HACCP, ecc.).

L'Ospedale pertanto definisce e mantiene aggiornato un sistema organizzato per la gestione delle procedure e dell'altra documentazione necessaria alla gestione.

Obiettivi Permettere chiarezza e trasparenza sui meccanismi che permettono il funzionamento dei processi fondamentali dell'organizzazione ospedaliera.


Il documentare le modalità di funzionamento (scrivendo politiche, piani, procedure ecc.) permette di soddisfare soprattutto esigenze di chiarezza (a volte, in particolare nei processi complessi che coinvolgono attori diversi per professionalità o area organizzativa di appartenenza, non risulta ben definito il sistema di responsabilità relativo) e trasparenza (anche se i singoli attori conoscono le azioni e responsabilità di propria competenza, non sempre hanno ben chiaro il ruolo di chi interviene prima o dopo di loro nei processi) e di prevenire i più frequenti difetti legati alla scarsa visibilità dei processi:

- ✓ **personalizzazione:** ogni attore modifica le proprie modalità operative senza rendersi conto dell'impatto (positivo o negativo) che questo comporta sul processo nella sua complessità;
- ✓ **espropriazione del know how aziendale:** solo determinate persone conoscono alcuni passaggi che permettono il funzionamento dei processi; di conseguenza tendono a diventare (o a credersi) "indispensabili";
- ✓ **inefficienza:** il non conoscere come avvengono le cose rende difficile individuare dove è necessario modificare i processi, decisionali o operativi;
- ✓ **staticità:** le persone tendono a resistere ad ogni cambiamento proposto non avendo una visione sistemica dei processi in cui sono inserite;
- ✓ **difficoltà di apprendimento:** l'inserimento di nuovo personale in un'organizzazione i cui processi non siano visibili richiede molto tempo, legato alla necessità di scoprire poco a poco tutti i meccanismi di funzionamento.

Indirizzi metodologici La definizione della documentazione e in particolare delle procedure rientra pienamente nella logica del ciclo di pianificazione e in particolare del modello di miglioramento PDCA (Plan-Do-Check-Act). Definire una procedura rappresenta infatti un momento dell'attività di pianificazione (una parte del come intendiamo fare le cose) fondamentale per avere il controllo dei processi al fine del miglioramento degli stessi. Sintetizzare le modalità operative e le responsabilità relative ad un processo permette inoltre di creare un punto di partenza da cui avviare interventi che mirino a migliorare efficienza ed efficacia del processo stesso e costituisce la base indispensabile per ogni modello di accreditamento.

Un sistema di gestione della qualità, quale quello delineato da tutti i modelli di accreditamento (sia istituzionale che per l'eccellenza) e/o certificazione (ISO9000 – Vision 2000) individua processi e temi che vengono ritenuti così critici da richiedere la proceduralizzazione delle responsabilità e delle modalità operative connesse. Questo non può però essere tradotto con un numero definito (o minimo) di procedure.

Un'organizzazione di ridotta complessità può riuscire a dare risposta a molti requisiti del modello in poche procedure, purché adeguate; viceversa un'organizzazione molto complessa può avere necessità di descrivere i propri processi critici con un elevato numero di procedure.

Sul CD  allegato è riportato, come strumento di facilitazione e a titolo esemplificativo e di supporto, un elenco, non esaustivo, delle principali politiche e procedure raccomandate dai principali modelli di accreditamento o sviluppate negli ospedali oggetto di visita nell'ambito del progetto di ricerca.

La predisposizione di procedure è fondamentale per rendere il più possibile oggettivo, sistematico e verificabile lo svolgimento delle attività, soprattutto quando la complessità della struttura e l'importanza delle attività lo richiedono.

Spesso le procedure devono descrivere attività complesse, specifiche e ripetute che necessitano di una trattazione ampia e dettagliata. Al fine di non appesantire inutilmente l'attività di sviluppo e gestione documentale delle procedure, è consigliabile trattare tali attività complesse mediante specifiche istruzioni ope-

rativa. Queste debbono sempre fare riferimento alle procedure che le hanno generate. Il numero di procedure documentate da predisporre, il tipo di informazioni, il livello di approfondimento di ciascuna di esse, la forma redazionale (*format*), dipendono dal modello di organizzazione, dalla complessità delle attività, dalle caratteristiche dei processi e dei servizi forniti, dalla capacità e dall'addestramento richiesto al personale che svolge l'attività.

Nel progettare un sistema procedurale è opportuno commisurarla alle esigenze dell'applicazione, tenendo la documentazione ad un livello ragionevole, tale da poter essere aggiornata e migliorata sistematicamente senza eccessivi appesantimenti burocratici.

MAPPATURA DEI PROCESSI

Se le procedure mirano ad avere sotto controllo i processi, è innanzitutto necessario avere ben chiaro qual è la distinzione tra processi e attività, in quanto questa è direttamente correlata al rapporto tra procedure e istruzioni.

Secondo la norma UNI EN ISO 8402 il processo è "l'insieme di risorse e di attività tra loro interconnesse che trasformano degli elementi in ingresso in elementi in uscita".

Secondo la definizione dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna il processo è la successione strutturata di attività finalizzate a produrre un risultato (prodotto o servizio) che ha valore per il cliente finale, mentre l'attività è un insieme di operazioni organizzate e finalizzate. Le operazioni sono dunque gli elementi più parcellizzati, il primo livello di sintesi sono le attività, l'insieme di attività connota il processo.

La mappatura completa di un processo comporta l'individuazione delle attività che lo compongono, e quindi delle operazioni di cui è costituita ciascuna attività.

GERARCHIA DEI DOCUMENTI

In caso di processi complessi o che comunque si articolano in diverse attività, la descrizione delle stesse e delle operazioni di cui queste sono composte porte-

rebbe alla stesura di procedure inadeguate in termini di "conformità all'uso", con conseguenze evidenti quali la creazione di documenti voluminosi, di non facile lettura, la difficoltà di cogliere il processo nel suo insieme la difficoltà di aggiornamento, in quanto ogni piccola modifica ad un'attività comporterebbe una revisione dell'intero documento, la distribuzione di tutte le informazioni a tutti gli attori in modo indiscriminato: il responsabile dell'Area A, coinvolto in un processo insieme all'Area B, non è certo interessato alle modalità operative seguite dall'addetto dell'Area B relative ad un'operazione specifica (vuole sapere a chi rivolgersi per cosa e non come questi opera).

Questo indica l'opportunità di stabilire una gerarchia di documenti, in cui le procedure rimandino, per le modalità di esecuzione di particolari attività, a documenti più legati all'operatività (istruzioni, norme specifiche, ecc.).

In questo modo ognuno potrà ricevere solo l'informazione che gli è effettivamente necessaria e concentrarsi su questa, sarà possibile aggiornare solo i documenti interessati da eventuali cambiamenti delle modalità operative dell'organizzazione.

In realtà, riuscire a mantenere, quando necessario e opportuno, questa distinzione tra descrizione del processo e delle attività non è così semplice.

ELABORAZIONE DI UNA PROCEDURA

Per arrivare alla elaborazione di una procedura occorre dapprima "mappare" il processo. Per far ciò è possibile seguire due diversi iter:

- ✓ dall'alto al basso (approccio "top down"), ovvero individuare in prima battuta le macro attività che costituiscono il processo ed approfondire poi il dettaglio;
- ✓ dal basso all'alto (approccio "bottom up"), ovvero rilevando, seguendo il flusso del processo, le singole attività e modalità operative e rimandando ad un secondo momento l'individuazione di macro attività.

A prescindere dall'approccio individuato, le fasi successive saranno le seguenti.

raccolta dei dati e delle informazioni

Avviene generalmente attraverso singole interviste o nel corso di un lavoro di gruppo. In questa fase le persone "depositarie" delle informazioni spesso hanno difficoltà a collocarsi all'interno di una logica di processo, e quindi individuare i propri "fornitori e clienti interni" e/o a distinguere le attività da loro svolte dalle singole operazioni che le costituiscono.

Diventa in questo caso necessario, al fine di evitare errori e dare un'interpretazione personale (soggettiva) delle informazioni raccolte, focalizzarsi sulla raccolta accurata, cioè ad un basso livello di astrazione, di tutti i dettagli del processo descritto. Le classiche domande "chi, a chi, da chi, cosa, come, quando, dove" possono sicuramente aiutare a raccogliere tutti gli elementi utili.

Già in questa fase sarebbe opportuno cercare di rappresentare graficamente il processo attraverso un diagramma di flusso preliminare, per verificare se effettivamente le attività descritte permettono di delineare un processo logico e completo.

Nel caso in cui la raccolta di informazioni avvenga operando in gruppo, la rappresentazione grafica del flusso di attività permette ai partecipanti di verificare la coerenza delle informazioni raccolte e l'eventuale mancanza o non chiarezza di specifiche fasi o attività e identificare le fasi ed i punti critici del processo e le relazioni tra una fase e l'altra.

Per ogni fase del processo, la raccolta di informazioni non potrà essere considerata terminata sino a che per ogni attività non sia stato chiarito:

- ✓ chi svolge un ruolo (attivo o passivo);
- ✓ come deve essere eseguita l'attività;
- ✓ quali strumenti devono essere utilizzati;
- ✓ se e dove è possibile ritrovare traccia della corretta esecuzione dell'attività (eventuali registrazioni da produrre).

La fase di raccolta delle informazioni si può concludere (dopo le eventuali integrazioni di informazioni che si rendano necessarie), con la stesura di un diagramma di flusso di dettaglio. Tale diagramma, essendo basato sulle singole informazioni raccolte, difficil-

mente permette, se non nel caso di processi molto semplici, di individuare le attività basilari del processo: il diagramma spesso si presenta come un flusso di tante attività elementari (operazioni) con molte frecce che si rincorrono.

All'uso di un diagramma di flusso, o in sua sostituzione, è possibile accompagnare altri strumenti di rappresentazione grafica dei processi, centrati su loro dimensioni specifiche, quali il diagramma di Gantt (dimensione tempo), le matrici di responsabilità (dimensione responsabilità, il sociogramma (dimensione relazioni).

_sistematizzazione delle informazioni raccolte

In questa fase è necessario riuscire a riconoscere nel processo le sue fasi principali (attività complesse). L'utilizzo del metodo "PDCA" (pianificazione, esecuzione, verifica, reazione) è in genere una buona guida per una corretta articolazione del processo, dato che nella maggioranza dei processi risultano presenti attività di pianificazione, esecuzione e verifica.

Questa opera di sintesi permette di ridurre il numero di "caselle" di cui è costituito il diagramma di flusso e di renderlo visivamente più lineare. In questa fase è opportuno cercare di mantenere un livello di astrazione omogeneo nel linguaggio utilizzato per descrivere le attività complesse. Ad esempio:

- ✓ presa in cura del paziente: linguaggio troppo astratto; comprende un intero processo;
- ✓ rilevazione dei parametri vitali: corretto livello d'astrazione; individua una precisa attività, le cui modalità operative potranno essere eventualmente descritte in un'istruzione/protocollo operativo;
- ✓ misurazione della temperatura con termometro: livello d'astrazione troppo basso; descrive un'operazione.

_stesura della procedura.

Se la fase di raccolta delle informazioni serve per conoscere e la fase di sistematizzazione delle stesse permette di capire il processo, la stesura di una proce-

dura è uno strumento che permette di comunicare le modalità (validate) di realizzazione di un processo.

Nonostante esistano diverse modalità per stendere una procedura esistono alcuni requisiti di base che l'impostazione di una procedura dovrebbe garantire:

- ✓ chiarire l'obiettivo della procedura: ovvero che cosa si vuole garantire con la sua definizione;
- ✓ chiarire i rapporti fornitore-cliente all'interno del processo;
- ✓ rendere chiaramente comprensibili le attività che devono essere svolte per il raggiungimento dell'obiettivo;
- ✓ rendere trasparente il sistema di responsabilità inerenti al processo, sia per quanto riguarda il processo nel suo insieme che per le singole attività;
- ✓ garantire la disponibilità in forma aggiornata della procedura a tutti i soggetti interessati.

È raccomandabile inoltre che l'Ospedale predisponga, sulla base del proprio linguaggio, delle applicazioni previste e degli obiettivi prefissati uno schema standardizzato (sotto forma di *check list*) ma anche dal punto di vista grafico da adottare, per diversi motivi:

- ✓ uno schema standardizzato (*check list*) con cui confrontarsi obbliga tutti a porsi alcune domande fondamentali e, di conseguenza a dare una risposta, evitando di trascurare elementi importanti per la gestione del documento e del processo; es. il campo "definizioni", se usato in modo concreto e non formale, permette di assegnare un significato ben preciso ad un termine che magari è utilizzato con accezioni differenti in aree organizzative diverse;
- ✓ uno schema standardizzato, una volta che questo diventa usuale, agevola la ricerca di specifiche informazioni da parte degli utilizzatori; es. le figure che devono ricevere copia della procedura sono sempre elencate in fondo al documento;
- ✓ uno schema standardizzato comune a tutte le articolazioni organizzative dell'Ospedale permette di avere un'immagine univoca delle regole che governano l'azienda, oltre che comunicare a tutti che il sistema è ordinato e frutto di un progetto.

_RACCOMANDAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Le considerazioni che seguono sono applicabili, oltre che alle procedure, alle altre tipologie di documenti gestiti in Ospedale.

_gerarchia della documentazione

Nella gestione della documentazione si applica una regola generale secondo la quale una prescrizione di un livello documentale superiore non può essere variata o negata da un livello documentale inferiore. Nello schema che segue è rappresentata, dall'alto verso il basso la gerarchia dei documenti. Alcune tipologie di documenti non hanno propria classificazione di codice e ricadono nella famiglia dei documenti generici, pur mantenendo la prevalenza gerarchica.

PIRAMIDE DOCUMENTALE



_tipologia di documenti

Nelle organizzazioni sanitarie (e spesso anche nello stesso Ospedale) non sempre viene assegnato un significato univoco alla documentazione circolante (basti pensare a quanto vario è il significato assegnato al termine *protocollo*), lo sviluppo del sistema documentale deve necessariamente partire da una chiara, univoca e condivisa definizione delle tipologie di documenti necessari per governare processi e attività.

Documento o "documentazione" interna. Si intende un elaborato scritto che, proposto, verificato, approvato ed emesso da funzioni che ne abbiano l'autorità, indirizzi e regoli l'organizzazione nell'Ospedale.

Documento di origine esterna: documento che pur interessando i processi ospedalieri non è stato originato al suo interno, né l'Ospedale ne può determinare il suo stato di emissione (esempi: Norme, leggi dello stato, delibere regionali, contratti stilati da fornitori, modulistica di altri enti, ecc.).

I documenti interni si possono classificare secondo le seguenti tipologie che ne permettono una più facile identificazione:

✓ **Politica (= Policy):** è un documento che stabilisce, per un argomento definito (esempio gestione delle informazioni, i diritti del paziente), la strategia aziendale indicando i capisaldi concettuali, senza scendere nei particolari operativi. Ogni policy deve essere coerente con la mission ed i valori aziendali.

✓ **Piano:** è un documento che su un determinato argomento stabilisce strategie operative, modalità e tempi per l'attuazione di obiettivi definiti.

✓ **Linee guida:** insieme di indicazioni procedurali suggerite, prodotte attraverso un processo sistematico, finalizzate ad assistere gli operatori a decidere quali siano le modalità assistenziali più adeguate in specifiche circostanze cliniche.

✓ **Regolamento:** insieme di indicazioni prescrittive su un determinato argomento o per un determinato ambito organizzativo che esplicitano norme comportamentali alle quali occorre attenersi.

✓ **Procedura:** documento scritto secondo regole definite che ha lo scopo di facilitare l'uniformità di azioni da parte di operatori diversi, di prevenire variazioni di comportamento non giustificate e quindi prevenire gli errori. Le procedure possono essere di tipo "generale" (ha applicabilità trasversale in più funzioni aziendali, salvo diversa indicazione) o "interno" (ha applicabilità limitata in una funzione dell'Ospedale e emessa dalla stessa funzione).

✓ **Protocollo clinico o assistenziale:** documento scritto elaborato dagli operatori che declina ed esplicita linee di comportamento ritenute ottimali (linee guida, evidence based medicine) contestualizzandole ed

adattandole ad una o più Unità Operative.

- ✓ **Istruzione operativa:** documento che descrive un'attività limitata e circoscritta, di norma eseguibile da un numero limitato di operatori. Le istruzioni sono normalmente correlate ad una precisa procedura.
- ✓ **Modulo:** rappresenta il necessario supporto cartaceo e/o informatico per raccogliere le informazioni operative.
- ✓ **Documenti generici:** In questa tipologia ricadono diversi tipi di documenti altrimenti non codificabili, come elenchi, organigrammi, pianificazioni, planimetrie, altri documenti prescrittivi, ecc.

formattazione e layout dei documenti

Ogni documento, secondo la sua tipologia deve essere redatto con regole standardizzate per assicurare uniformità di struttura e di aspetto grafico. Per quanto riguarda la formattazione va definito il font di caratteri ufficiale per i documenti codificati (ad es. "Arial", "Times New Roman", ecc.), le dimensioni (ad es. 10, 11, 12 punti) l'interlinea (singola, doppia, ecc.), l'allineamento (giustificato, a sinistra, ecc.). Il layout comprende il frontespizio delle pagine, il cartiglio del processo di emissione e la sequenza dei paragrafi.

Nel frontespizio vanno definiti gli elementi fissi presenti in ogni pagina dei documenti. Di seguito si riporta un esempio di contenuti.


Sulla prima pagina è presente l'intestazione, l'indice e il cartiglio.

L'intestazione contiene il logo dell'Ospedale con al di sotto l'Unità Operativa emittente, la tipologia del documento, il titolo, il tipo e codice del documento ed il n. di pagina su pagine totale.

Il cartiglio contiene una tabella con le seguenti celle:

- ✓ il livello di revisione (A, B, C...);
- ✓ l'Unità Operativa, il Comitato o la funzione proponente (nel cui spazio dovrà essere apposta la firma del Responsabile della stessa);
- ✓ i visti delle funzioni che verificano il documento prima dell'emissione;
- ✓ lo spazio per l'approvazione all'emissione;
- ✓ la data di emissione.

Nelle pagine successive del documento sono presenti a piè pagina appositi spazi nei quali sono indicati: il nome dell'Ospedale, la data di emissione, il numero di pagina e il nome e il codice del documento come nell'esempio sotto riportato.

| | | |
|--|---------------------------------------|----------------|
|  Az. Ospedaliera "xxxxxxxxxx" Direzione Sanitaria | Gestione della documentazione clinica | DSA.RE.0079.C |
| | REGOLAMENTO | Pagina 1 di 58 |

Esempio di intestazione

| REV. | PROPOSTA | VERIFICA | APPROVAZIONE | DATA DI EMISSIONE |
|------|---------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| | Comitato documentazione clinica | Direzione sanitaria | Direzione generale | 2 settembre 2002 |

Esempio di cartiglio

| | | |
|------------------------------|--|-------------------------------------|
| Az. Ospedaliera "xxxxxxxxxx" | Gestione della Documentazione Clinica (DSA.RE.0079.C) | 2 settembre 2002 Pagina 16 di 58 |
|------------------------------|--|-------------------------------------|

Esempio di informazioni da indicare a piè di pagina

_struttura dei paragrafi

La sequenza dei paragrafi per le procedure (sia generali che interne) è sempre la seguente:

1. Scopo e campo di applicazione
2. Generalità (facoltativo)
3. Responsabilità
4. Definizioni ed acronimi
5. Modalità operative
6. Modalità di verifica (ove applicabile)
7. Archiviazione
8. Riferimenti
9. Gruppo di lavoro che ha prodotto il documento, con le eventuali consulenze utilizzate
10. Flow-chart esplicativa del processo (facoltativa).

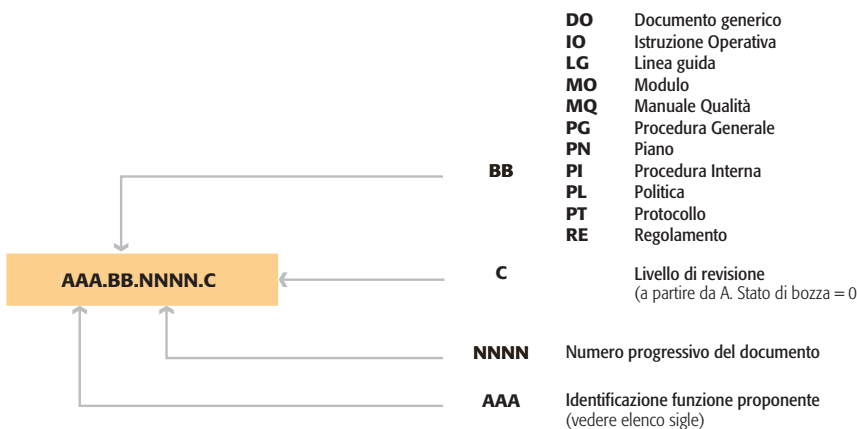
Le altre tipologie di documenti dovranno, preferibilmente, mantenere questo standard (omettendo le parti non applicabili).

Per i moduli e documenti generali non esiste una sequenza standard.

_identificazione della documentazione

Ogni documento va identificato attraverso un codice alfanumerico unico ed univoco che permetta un'identificazione rapida della funzione che emette e della natura del documento oltre che del suo stato di revisione.

Lo schema successivo mostra un esempio di come comporre il codice ed i relativi significati:



Esempi:

LAB.PI.0097.B (Procedura interna emessa dal Laboratorio d'Analisi, documento n. 97 del sistema documentale, seconda revisione).

DSA.MO.0102.A (Modulo emesso dalla Direzione Sanitaria, documento n.102 del sistema documentale, prima revisione).

Il codice identificativo unico è rilasciato dalla funzione responsabile della gestione del sistema documentale che lo annota nel Registro Generale della documentazione aziendale, sia cartaceo che informatico.

_modulistica

Ogni modulo segue le regole di codifica degli altri tipi di documenti. I moduli, per motivi evidenti di spazio, possono non avere il cartiglio relativo all'iter di emissione, purché sia conservata dalla funzione emittente una copia master corredata delle firme di approvazione sul retro.

_proposta, verifica, approvazione ed emissione della documentazione

Qualunque documento prima di essere emesso deve essere verificato e approvato dalle funzioni o ruoli aziendali preposti.

La funzione/ruolo proponente deve inviare il documento interno da emettere alle funzioni che devono verificarla e autorizzarla e sempre alla funzione responsabile della gestione del sistema documentale, che dovrà verificare in particolare:

- ✓ rispetto del lay-out
- ✓ compatibilità e complementarietà rispetto alle altre procedure (ove applicabile)
- ✓ coerenza con la normativa e gli standard di accreditamento regionali, nazionali e di altri modelli di riferimento (ad es. Joint Commission, EFQM, ISO 9000, ecc.).

Per alcuni documenti (es. procedure) può essere richiesto il parere consultivo di funzioni, comitati o gruppi di lavoro che siano maggiormente competenti nella materia oggetto del documento.

Una volta verificato e autorizzato dalle funzioni/ruoli definiti (la verifica e l'autorizzazione deve essere certificata dalla firma del documento) il documento può essere emesso.

La diffusione è a carico dell'Unità Operativa che emette il documento.

È auspicabile che la diffusione avvenga, oltre che in formato cartaceo, attraverso la pubblicazione sulla intranet aziendale.

_aggiornamento e revisione

L'aggiornamento o la revisione del contenuto di un documento è necessaria ogni qualvolta:

- ✓ si verificano dei cambiamenti organizzativi, di struttura o di processo che coinvolgono il documento;
- ✓ vi siano novità normative, di regolamento o di prassi

si che coinvolgono il documento;

- ✓ si ritiene sia utile variare o migliorare un documento.

La revisione di un documento deve essere di norma affidata alla stessa persona che ha redatto originariamente il documento, o in subordine alla stessa funzione.

Dopo la revisione l'iter che deve svolgere il documento è lo stesso delle nuove procedure; la procedura manterrà il codice originario cambierà solo l'ultima lettera identificativa della versione (A, B, C...).

Anche in caso di modifiche al titolo, per estensione o riduzione del campo di applicazione, il documento potrà mantenere lo stesso codice.

Solo nel caso vi sia una revisione si aggiunge al termine del documento un riquadro con la "Storia delle modifiche" dove sono specificate i paragrafi dove sono intervenute le modifiche, per indirizzare i lettori alle parti aggiornate.

_archiviazione

Tutta la documentazione, anche quella superata, va archiviata centralmente, preferibilmente su supporto elettronico, a cura della funzione responsabile della gestione del sistema documentale.

I documenti superati devono essere separati da quelli in essere e opportunamente identificati con una scritta "SUPERATO" sulla copertina.

Storia delle modifiche

| REV. | Data | Descrizione delle modifiche |
|------|------|-----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

_SCHEMA TIPO PER LA STESURA DI UNA PROCEDURA

Redazione, emissione, verifica, approvazione, autorizzazione

- ✓ Chi ha fatto la stesura.
- ✓ Quando è stata emessa la prima versione e quando sono emesse le edizioni successive.
- ✓ Chi verifica e approva i contenuti.
- ✓ Chi autorizza la emissione e applicazione.

Scopo/Obiettivo della procedura

- ✓ Perché è stata sviluppata la procedura.
- ✓ Cosa si prefigge la procedura.
- ✓ Quali sono gli obiettivi specifici del processo da perseguire.

Campo di applicazione

- ✓ Dove e quando si applica la procedura.

Riferimenti

- ✓ Specificare i riferimenti ad altra documentazione (altre procedure, modulistica di registrazione).
- ✓ Indicare normative o altri documenti di riferimento (ad esempio: standard di accreditamento, linee guida professionali, ecc.).

Definizioni ed acronimi

- ✓ Chiarimenti rispetto a tecnologie particolari, acronimi o abbreviazioni.

Responsabilità

- ✓ Chi è responsabile della procedura a livello della struttura indipendentemente dalle attività svolte.
- ✓ Chi è responsabile dell'aggiornamento, della corretta applicazione e della sua diffusione all'interno dell'organizzazione.

Diagramma di flusso Un diagramma di flusso è una rappresentazione grafica della sequenza delle attività all'interno di un processo. Il diagramma di flusso è un ottimo mezzo per comprendere il processo da analizzare al fine di renderlo noto, identificarne i problemi potenziali e gli eventuali passaggi critici.

Modalità operative

Vanno definite in dettaglio le modalità che devono essere applicate per lo sviluppo e il controllo delle attività, evidenziando ogni eccezione e/o punti di maggiore interesse.

Modulistica e applicazioni Software

Riportare i nomi e i codici della modulistica utilizzata e dei manuali d'uso delle applicazioni informatiche interessate.

Distribuzione

Elencare a chi va distribuita la procedura in oggetto.

PRINCIPALE DOCUMENTAZIONE DA DEFINIRE PER LA GESTIONE DELL'OSPEDALE**Piani e Politiche**

- ✓ Piano strategico e programmatico aziendale
- ✓ Piano Qualità
- ✓ Piano di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere
- ✓ Piano per la gestione dell'emergenza
- ✓ Piano per la sicurezza (incluso piano di continuità)
- ✓ Piano per la gestione delle informazioni
- ✓ Piano per la manutenzione impianti e dispositivi antincendio
- ✓ Piano per la manutenzione delle apparecchiature elettromedicali e di laboratorio
- ✓ Politica sull'accesso e la continuità assistenziale
- ✓ Politica sulla sicurezza
- ✓ Politica sulla cura del paziente e sull'assistenza ai pazienti vulnerabili
- ✓ Politica sulla gestione dei farmaci
- ✓ Politica sulla gestione del dolore
- ✓ Politica sulle situazioni di emergenza comunitaria
- ✓ Politica sulla gestione delle informazioni

Regolamenti e linee guida

- ✓ Attività clinica
- ✓ Gestione della documentazione clinica
- ✓ Consenso Informato ai trattamenti sanitari
- ✓ Riservatezza dei dati *privacy*
- ✓ Pianificazione e budget degli investimenti
- ✓ Istituzione e funzionamento dei Comitati (Comitato Etico, Comitato Clinico, Comitato Infezioni Ospedaliere, Comitato Gestione Informazioni, Comitato Farmaci e Dispositivi Medici, Comitato Educazione Sanitaria, Comitato Qualità e Accreditamento, Comitato Ospedale Senza Dolore, Comitato Clinical Risk Management, Comitato Ristorazione Ospedaliera, Comitato Emergenze e Urgenze, Comitato Sale Operatorie, ecc.)
- ✓ Profilassi antibiotica in chirurgia
- ✓ Isolamento dei pazienti infetti o colonizzati
- ✓ Diagnosi, trattamento e profilassi della malattia tromboembolica venosa

Procedure sulla Gestione e l'organizzazione sanitaria

- ✓ Emergenze e urgenze cliniche
- ✓ Gestione ricoveri
- ✓ Sangue ed emocomponenti
- ✓ Day Surgery
- ✓ Assistenza al paziente in coma
- ✓ Prericovero chirurgico
- ✓ Accessi Venosi Centrali
- ✓ Attività ambulatoriale
- ✓ Guardia medica interna
- ✓ Servizio di Pronta Disponibilità
- ✓ Leucaferesi
- ✓ Indagini medico nucleari
- ✓ Esami di anatomia patologica
- ✓ Servizio di trasporto in ambulanza
- ✓ Alimentazione, nutrizione clinica e dietetica
- ✓ Sedazione
- ✓ Indagini cardiologiche
- ✓ Indagini endoscopiche
- ✓ Indagini radiologiche
- ✓ Esami di laboratorio
- ✓ Accesso e comportamento all'interno del Blocco Operatorio
- ✓ Decesso di paziente ricoverato
- ✓ Preparazione del paziente all'intervento
- ✓ Ammissione e dimissione in Terapia Intensiva
- ✓ Preparazione dell'equipe chirurgica
- ✓ Prestazioni fisioterapiche
- ✓ Mezzi di contenzione

Procedure sull'igiene dell'Ospedale

- ✓ Assistenza ai pazienti immunodepressi
- ✓ Processo di sterilizzazione e gestione della centrale
- ✓ Lavaggio delle mani sociale e antisettico
- ✓ Controllo del rischio infettivo nella pratica autoptica
- ✓ Disinfettanti per superfici ambientali
- ✓ Gestione dei rifiuti
- ✓ Modalità di prelievo per controllo microbiologico ambientale
- ✓ Verifica degli impianti idrici allo scopo di contenere la contaminazione da legionella
- ✓ Modalità di campionamento dell'acqua per la ricerca della legionella SPP

Procedure sul Risk Management

- ✓ Carrelli per l'emergenza

- ✓ Errori nella somministrazione dei farmaci
- ✓ Incidenti a rischio biologico
- ✓ Dispositivi di protezione individuale
- ✓ Cadute di pazienti
- ✓ Raccolta e gestione delle schede di sicurezza relative alle sostanze pericolose
- ✓ Verifica degli impianti elettrici
- ✓ Collaudo apparecchiature e dispositivi medici
- ✓ Smistamento e manipolazione della posta sospetta
- ✓ Azioni correttive e preventive per il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori

Procedure su farmaci e dispositivi medici

- ✓ Gestione dei farmaci antiblastici
- ✓ Approvvigionamento, prescrizione e somministrazione farmaci
- ✓ Gestione stupefacenti
- ✓ Farmacovigilanza e sorveglianza dei dispositivi medici
- ✓ Sperimentazione Farmaci
- ✓ Richiamo di farmaci e dispositivi medici
- ✓ Rilevazione temperatura frigoriferi

Procedure amministrative

- ✓ Attività di approvvigionamento
- ✓ Gestione fornitori
- ✓ Acquisizione di cespiti
- ✓ Gestione delle apparecchiature e dispositivi in conto visione, comodato d'uso, locazione di servizio
- ✓ Gestione della richiesta di manutenzione correttiva su apparecchiature, arredi, impianti e struttura

Procedure sulla Qualità

- ✓ Gestione documentazione
- ✓ Gestione reclami
- ✓ Valutazione della qualità delle cartelle cliniche
- ✓ Verifiche ispettive del sistema della gestione della sicurezza
- ✓ Gestione delle verifiche di taratura delle apparecchiature di Laboratorio
- ✓ Taratura apparecchi per la determinazione della glicemia

Procedure sulla gestione delle Risorse Umane

- ✓ Formazione del personale

- ✓ Accoglimento ed inserimento del personale
- ✓ Inserimento dell'infermiere neoassunto
- ✓ Inserimento dell'ausiliario sociosanitario neoassunto
- ✓ Gestione delle misure di tutela della sicurezza per le lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento

Procedure sui diritti del paziente

- ✓ Assistenza agli stranieri extracomunitari
- ✓ Mediatori culturali
- ✓ Assistenza religiosa
- ✓ Educazione dei pazienti e dei familiari
- ✓ Conservazione e sicurezza dei beni dei pazienti ricoverati

Procedure sulla Documentazione Clinica

- ✓ Gestione Documentazione Operatoria
- ✓ Rilascio copia cartella clinica
- ✓ Acquisizione e restituzione di documentazione sanitaria personale degli assistiti
- ✓ Movimentazione documentazione clinica
- ✓ Perdita di documentazione clinica