

WORKSHOP 4 **QUALE ORGANIZZAZIONE**

-
- SESSIONE A **Etica dell'organizzazione in sanità**
moderatori: Vito Nicola Gaudiano, Maurizio Grossi
- SESSIONE B **Organizzazione dell'ospedale**
moderatori: Riccardo Cassi, Cosimo Napoletano
- SESSIONE C **Organizzazione delle cure primarie**
moderatori: Giampietro Chiamenti, Guido Giustetto
- SESSIONE D **Medicina al femminile**
moderatrici: Maria Erminia Bottiglieri, Sandro Frojo

Ambiti e definizione dei problemi

Maurizio Benato

Gruppo di lavoro Fnomceo

componente del “Centro Studi, Documentazione e Ricerca”

L'ORGANIZZAZIONE DELLA NOSTRA SANITÀ è oggi non adatta alle esigenze del presente, si presenta statica e regressiva perché si ispira ad un modello culturale che si limita solo ad affrontare la dimensione “oggettiva” delle prestazioni sanitarie; sembra dimenticarsi che il giudizio di qualità di una prestazione, non si basa solo sulle caratteristiche scientifiche e tecnologiche per loro natura più facilmente misurabili, ma include necessariamente elementi “soggettivi”, a cominciare dalle percezioni positive sperimentate dal paziente che accede ai Servizi Sanitari. Si tratta, in altri termini, di considerare il suo grado di soddisfazione.

Questo è l'assunto della qualità della prestazione percepita, che dipende in larga misura dalle concrete relazioni che si instaurano tra il paziente, l'operatore sanitario e la struttura. Se poi si aggiunge che i rapporti interprofessionali, la “governance” stessa è oggi messa in crisi dalla discussione in atto sul tipo di tutela da assicurare, sul tipo di assistenza, di cura

e di prassi professionali, tutto il sistema organizzativo è in seria difficoltà.

Assistenza patient-centeredness e servizi di qualità

Il termine *patient-centeredness* – o “assistenza centrata sul paziente” – è usato ormai comunemente a livello internazionale. Viene usato soprattutto in parziale opposizione alla visione di una assistenza *technology centred, doctor centred, hospital centred, disease centred, economics centred*. Il paziente è visto inserito in un progetto di cura quale processo unitario centrato sulla sua persona (percorsi integrati), quale processo clinico (dalla prima diagnosi al follow-up) multidisciplinare, quale processo assistenziale (nursing modulare) omogeneo per livello di assistenza; è in sintesi favorito nel suo esito di salute dall’integrazione di tutti i processi “accessori” intorno al processo principale. È un cambio di paradigma che reclama soluzioni organizzative capaci di rispondere a un’intensità diversificata per gestire pazienti complessi sia sotto il profilo clinico che in quello assistenziale. Il focus è sul paziente e non sulla malattia e il modello è innovativo perché ha nella sua prospettiva importanti soluzioni di qualità. Cosa può significare allora dar vita a “servizi di qualità”? Un servizio non deve essere “autoreferenziale”; deve cioè rispondere a concrete istanze (bisogni espliciti, impliciti, latenti, attese, eccetera) dei pazienti; deve presentarsi in forma “rendicontabile”, deve avere cioè un sistema di controllo trasparente verso terzi. La qualità dei servizi non può infine che rapportarsi alla qualità che le professioni sanitarie riescono ad esprimere nell’erogazione delle cure.

I punti di forza della *customer o patient satisfaction*

- ❑ consapevolezza dell'utilità della soddisfazione dei cittadini nei confronti dei servizi socio-sanitari anche per garantire necessarie forme di partecipazione;
- ❑ valorizzazione, coinvolgimento degli operatori impegnati nei processi di assistenziali, anche in un'ottica di responsabilizzazione per il miglioramento dei percorsi diretti alla qualità;
- ❑ rafforzamento dei sistemi relazionali diretti al cittadino-utente, che sempre di più deve sentire la sua valenza di elemento centrale nel sistema sanitario;
- ❑ potenziamento della rete relazionale interna (comunicazione interna), per sviluppare capacità per la progettazione di servizi che tengano conto in modo determinante dei bisogni del cittadino

I principali obiettivi concreti della *customer o patient satisfaction*

- ❑ l'emersione della qualità così come percepita dai fruitori esterni (utenti) ed eventualmente interni (personale) ai servizi in questione e la misurazione della soddisfazione rispetto ai loro singoli aspetti;
- ❑ la misurazione dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni;
- ❑ la verifica dell'opportunità di introdurre nuovi servizi o modificare quelli indagati;
- ❑ l'individuazione delle aree di sviluppo e miglioramento della qualità;
- ❑ la riallocazione delle risorse in funzione del massimo gradimento degli utenti (e del personale); a parità di risorse (strutturali, umane, economiche);
- ❑ il miglioramento del clima interno ai servizi e l'aumento del consenso presso la comunità di riferimento.

Si sottolinea spesso come il prodotto finale delle attività sanitarie, ovvero il miglioramento dello stato di salute della popolazione e del singolo individuo (*outcome*) ottenuto con una modifica positiva del decorso naturale del quadro epi-

*Organizzazione
sanitaria e
performance*

demiologico, sia intimamente collegato all'organizzazione sanitaria e alla sua performance; quest'ultima richiede una costante e sistematica misurazione del livello di intensità e del modo in cui l'organizzazione stessa svolge le sue funzioni. L'organizzazione sanitaria è costituita: dalla *struttura di base* (che va dalla struttura architettonica all'organigramma e funzioni-gramma, alla suddivisione dei locali, alla decisione sugli spazi assegnati); da *meccanismi operativi* (regole ufficiali sovra-individuali che ne regolano il funzionamento) e da *processi sociali* (i comportamenti umani degli operatori inseriti). Per ottimizzare un'organizzazione sanitaria occorre sostanzialmente incidere su tutti gli elementi costitutivi, dalla struttura di base in tempi e modi diversi, per modificare i meccanismi operativi e comportamentali dei singoli operatori rispetto ai mutamenti dei processi sociali o della struttura di base stessa. La struttura sanitaria è un luogo morale, perché sede in cui si svolgono attività umane con il fine etico della tutela della salute del paziente. È un sistema "aperto" perché vi operano persone con ruoli e compiti professionali "ad intra" e "ad extra" nel quale vengono utilizzati e/o trasformati beni in entrata (*inputs*) costituiti da risorse umane, beni materiali ed immateriali per la produzione di risultati di salute (beni/*outcomes*) attraverso l'erogazione di servizi (*outputs*). Sono soprattutto i processi, intesi quale insieme di meccanismi operativi e comportamenti umani, che sono apprezzati dall'utenza e la loro qualità percepita è indice della correttezza tecnica, del coordinamento ed integrazione degli stessi e della continuità dell'assistenza. Il modello sanitario italiano si rifà al modello "Beveridge" in cui la salute è un bene protetto, all'interno dell'ordinamento giuridico, sia da norme costituzionali che da leggi ordinarie attuative (vedi tabella) e l'insieme delle istituzioni, delle persone e delle risorse, umane e materiali, che concorrono alla promozione, al recupero e al mantenimento della salute, costituisce il sistema sanitario.

Organizzazione dei sistemi sanitari nel mondo

Le tre tipologie principali sono:

- Modello Beveridge (es. Gran Bretagna, Italia) • Copertura sanitaria generalizzata della popolazione • Controllo o proprietà pubblica dei fattori della produzione • Finanziamento principalmente tramite tassazione fiscale con o senza ticket • Rapporto di lavoro pubblico o misto per il personale sanitario
- Modello Bismarck (es. Germania, Francia) • Sistema assicurativo sociale • Proprietà tendenzialmente privata dei fattori di produzione • Finanziamento tramite premi assicurativi con o senza ticket • Rapporto di lavoro privatistico per il personale sanitario
- Modello di libero mercato (es. Svizzera, Stati Uniti) • Sistema assicurativo privato • Proprietà privata dei fattori di produzione • Finanziamento tramite premi assicurativi • rapporto di lavoro privatistico sanitario

Il pensiero in sanità è a tutt'oggi di matrice positivista e si rifà in gran parte a un modello "tayloristico" come concezione e "fordistico" come attuazione: Taylor si applica al processo di produzione in maniera da scomporre i movimenti e i tempi, rendendo predefinite tutte le parti che compongono il processo per far diventare più produttivi i lavoratori; Ford applica questi principi nella catena di montaggio dell'auto e inizia la produzione industriale di massa, che ha cambiato la mentalità del produrre aprendo all'economia dei consumi di massa.

È ancora in stretto rapporto con la professionalizzazione medica di fine Ottocento per cui è centrato sulle discipline mediche legate alla storia della professionalizzazione medica.

È centrato e in stretto rapporto con il "riduttivismo" scientifico di quell'epoca, nonostante emerga nella nostra società un nuovo quadro paradigmatico le cui caratteristiche aiutano a descrivere la nostra società e la stessa disciplina medica nella sua organizzazione, quale complesso di sistemi aperti, che si auto-organizzano continuamente e la realtà si presenti mul-

Il pensiero in sanità, tra taylorismo e fordismo

tidimensionale sociale, psicologica, scientifica, economica ecc. ecc.

Si sovrastruttura “ex ante” rispetto alle attività e agli attori che oggi ne fanno parte.

In diverse situazioni ritroviamo elementi di fordismo in sanità, quando per esempio l’obbiettivo della cooperazione professionale sanitaria è solo basato sull’efficienza produttiva in cui il costo della prestazione assume una forte rilevanza o quando il medico e il professionista sanitario sono misurati, in maniera spuria, come numero di pazienti che sono in grado di processare in un dato periodo di tempo. Elementi di fordismo reggono la razionalità applicata all’organizzazione che è concepita come divisione scientifica del lavoro sviluppata industrialmente .

*La necessità
di introdurre
un paradigma
sistemico*

Oggi invece è il paradigma sistemico, cui dovrebbe uniformarsi l’organizzazione sanitaria, che sembra cogliere meglio la complessità, dando senso, significato e portata agli elementi nel proprio contesto.

Adottare questa nuova prospettiva in sanità sarebbe un passo nuovo, perché significherebbe porre mano a tante cose:

- prendere atto innanzitutto della crisi tutta interna all’oggettivismo della scienza medica , cioè la concezione dell’essere (paziente) come oggetto manipolabile e misurabile, sottoposto al dominio teoretico e pratico del medico, come se la conoscenza delle singole parti costituisse la conoscenza della persona, e sappiamo tutti che non lo è;
- prendere atto che l’organizzazione dovrebbe essere strutturata intorno al bisogno del paziente e non alle discipline mediche legate alla storia della professionalizzazione medica, adottando un sistema basato sull’intensità della cura in rapporto al bisogno e con aree disciplinari integrate.

L’adozione del paradigma sistemico richiede che gli scopi centrati sul paziente debbano essere inter-dipendenti, inter-

connessi e circolari con le diverse concezioni derivate dall'epistemologia, dalla metodologia applicata, dalle diverse concezioni del servizio e dalla professione.

Se, al contrario, non c'è coerenza paradigmatica (per esempio, tra come si concepisce il malato e come si cura o tra la concezione di cura e l'organizzazione, tra la professione medica e le sue forme di gestione) si assiste al verificarsi di conflitti, malesseri e nuovi problemi.

In sintesi si deve intervenire nella divaricazione oggi presente tra i "fini" del sistema sanitario e i "fini" della medicina superando la dicotomia esistente tra i modelli dei "riferimenti sociali" del porsi del paziente nei confronti del servizio rispetto ai sistemi di modalità di offerta delle prestazioni. Da questo divario di "qualità" tra medicina e sanità nasce anche il problema della delegittimazione sociale della medicina e, di conseguenza, della perdita di credibilità del medico.

Vengono, infatti, sacrificate "le specificità" insite nelle operatività delle discipline mediche e sanitarie nel loro diverso grado di complessità e si negano gli effetti importanti della burocratizzazione intervenuta su di esse.

Una prima necessaria riflessione consiste nell'individuazione dei fattori di mutamento nella relazione di cura e nel contesto sanitario e sociale con i relativi riflessi nell'organizzazione; fattori di mutamento che ci limitiamo ad elencare nella tabella perché oggetto di diverse trattazioni.

I Principali mutamenti del contesto

- Innovazione e sviluppo tecnologico
- Transizione professionale
- Allargamento degli ambiti di applicazione strategie diagnostiche terapeutiche
- Aumento e sofisticazione della domanda e del consumo di prestazioni e transizione demografica
- Sicurezza del sistema di produzione e del prodotto
- Aumento del disagio e delle diseguglianze sociali ed economiche

Esaminiamo più dettagliatamente i primi due citati nella tabella:

Contesto: Fattori tecnici

- **Innovazione e sviluppo tecnologico, allargamento degli ambiti di applicazione delle strategie diagnostiche – terapeutiche**
 - Un identico caso costa **molto** di più di prima
 - Le procedure sono immesse in produzione prima della dimostrazione della loro efficacia
 - Il guadagno di efficacia della nuova procedura è spesso marginale sulla popolazione in generale
- **Possono essere possibili strategie con diversa efficacia e con diversa preferibilità personale**

Contesto: transizione professionale

La professioni sanitarie: un'occasione per un nuovo sviluppo organizzativo

- Evoluzione delle competenze
- Possibile ri-articolazione del processo produttivo degli ospedali e delle cure primarie
- Possibile fonte di conflitti

Cerchiamo allora di pensare alle ricadute di un tale cambio di pensiero sull'edilizia ospedaliera. L'ospedale non potrà più essere un contenitore generico, come poteva esserlo fino a diversi decenni fa, l'ospedale è un insieme storico, dinamico, vitalizzato da tanti interessi; dovrebbe essere organizzato sul concetto portante della centralità del paziente e non della malattia. L'organizzazione dell'ospedale dovrebbe essere strutturata intorno al bisogno del paziente adottando un sistema basato su intensità e natura della cura con aree disciplinari integrate dove la persona compie un intero percorso curativo e riabilitativo. Dovrebbe rispondere alle necessità della persona, dove si completa una congruenza verticale per intensità di cura e quindi di livello di cura e assistenza appropriato al bisogno, con l'integrazione orizzontale; modalità per cui i professionisti sanitari intervengono sui pazienti "ovunque essi siano". Si dovrebbe abbandonare il lavoro centrato sui compiti e si dovrebbe porre attenzione al progetto di salute della persona. Lavorando per processi ad alta integrazione multidisciplinare si riorganizzano e si differenziano le respon-

Le ricadute del cambio di paradigma sull'organizzazione sanitaria

sabilità cliniche, gestionali e logistiche.

Elenco alcuni strumenti strategici per l'integrazione (intra ed extra-ospedaliera):

- un *ambiente virtuale* basato sulla cartella clinica elettronica, alimentata in tempo reale (record del paziente: EPR);
- moduli di *teleconsulto* che permettano ai clinici di condividere le informazioni specifiche relative al singolo paziente;
- strumenti di *teleassistenza domiciliare (homecare)* per la cura dei pazienti presso le loro abitazioni o presso il proprio mmg e per l'interazione con la rete sanitaria.

Questa tipologia di lavoro favorisce molto meglio la collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo di percorsi di cura in cui la professione medica e quelle sanitarie sarebbero chiamate ad intrecciare rapporti meno conflittuali e quindi più efficienti, efficaci ed equi.

*Una nuova
formazione:
didattica attiva e
"cultura comune" tra
le professioni
sanitarie*

Come dovrà essere concepita la formazione? Non una didattica passiva, in funzione delle regole vigenti del sistema ma una didattica attiva, di analisi e soluzione dei problemi al fine di prendere coscienza del proprio ruolo. Il progetto di riorganizzazione per intensità di cura porta con sé una nuova cultura: la centralità della persona. Poiché non si tratta solo di una implementazione di modelli, ma di attivazione di un processo, di spinta all'innovazione, di potenziamento della motivazione e di definizione delle competenze attese, richiede una formazione continua perché ognuno di questi elementi è il risultato di un apprendimento. Nella varietà di significati da attribuire a questa nuova cultura, in primo piano, non c'è solo un ritorno per il malato ma anche per la persona-malato e il professionista. La formazione quindi assume diverse valenze, si connota cioè come un processo, ma anche come uno strumento. Processo attraverso il quale l'individuo e l'organizzazione apprendono e strumento che accompagna e so-

stiene l'agire, la crescita e lo sviluppo. Di conseguenza, i piani di formazione che verranno progettati a sostegno della riorganizzazione, richiederanno una mappatura delle competenze attese per ogni setting operativo e ciò non potrà che coinvolgere le diverse aree professionali. Inoltre gli apprendimenti interesseranno i team e dei gruppi di lavoro intra e interprofessionali proprio per la forte valenza multidisciplinare. Oggi la formazione è separata dal contesto organizzativo e lavorativo, ma non lo potrà essere nel prossimo futuro, perché è parte del processo ed essa stessa processo. Attraverso l'analisi di concetti quali il lavoro di rete, l'integrazione, la multidisciplinarietà e la condivisione interprofessionale della cura (*shared care*) si potranno individuare soluzioni praticabili. Le prestazioni professionali tenderanno all'integrazione dei saperi e delle competenze.

Se l'organizzazione si modifica e la rigidità basata sulla parcellizzazione e specializzazione del lavoro si trasforma, l'emergenza del modello a rete richiede configurazioni flessibili, ridefinizioni di competenze se non scoperta di nuovi ruoli, superando standardizzazione delle attività produttive e pervasività delle procedure di gestione e controllo.

Se l'organizzazione si "orizzontalizza" all'interno di essa possono essere collocate conoscenza, controllo, management e anche potere con modalità diffuse.

Pertanto man mano che le organizzazioni sanitarie si "orizzontalizzano", specializzandosi in base al progetto, al prodotto-servizio e valorizzando le competenze professionali specifiche, le storiche gerarchie del sistema vengono a perdere rilievo per effetto della nascita di équipe socio-assistenziali integrate e multi-professionali in cui si attua l'incontro interdisciplinare di conoscenze specializzate diverse, complementari e complanari; un processo d'integrazione che non si limita alla ricostruzione dei rispettivi ruoli nella gestione responsabile della salute, ma che prevede diversi livelli di intervento ognuno

dei quali presenta strumenti, contenuti specifici e professionalità specifiche e questo in risposta alla centralità dei bisogni della persona. La necessità di sviluppare una “cultura comune” tra le varie competenze (multi) professionali porta con sé altre considerazioni; i membri dei gruppi multi-professionali devono dunque possedere e gestire *key competence*:

- una visione multidisciplinare, interprofessionale e integrata dei problemi più comuni della salute e della malattia;
- una educazione orientata alla prevenzione della malattia e alla promozione della salute nell’ambito della comunità e del territorio;
- una profonda conoscenza delle nuove esigenze di cura e di salute, incentrate non soltanto sulla malattia, ma, soprattutto, sull’uomo ammalato, considerato nella sua globalità di soma e psiche e inserito in uno specifico contesto sociale.

Occorre pertanto una chiara condivisione dei significati del nuovo paradigma culturale, perché, senza questa condivisione, non è possibile rimodellare i servizi stabilendo nuove gerarchie, definire le autonomie tecnico-operative o l’appartenenza delle pratiche.

Anche per il medico serve sicuramente un ripensamento profondo perché oggi più che mai non basta più eseguire dei compiti secondo regole e procedure, ma serve un sanitario che assicuri impegno attraverso lo scambio “autonomia/responsabilità”, condizionato dalla verifica degli esiti delle sue decisioni e in grado di farsi primo interprete della nuova “governance” del sistema dove la questione interprofessionale richiede la ridefinizione di atto medico e atto sanitario ; sicuramente sono da contrastare ed eliminare sovrapposizione funzionali, incertezze ed equivoci sulla stretta biunivoca rispondenza tra competenze e responsabilità.

Il ragionamento deve rimanere sempre coerente con la centralità dell’utente della sanità che va assistito con le massime

garanzie professionali nel rispetto della sua salute e della promozione della salute stessa.

Occorre il ripensamento del modello formativo di base del medico ancora oggi rappresentato dal pensiero portante dell'ex tabella 18 al fine di controbilanciare tendenze che implicitamente gestiscono il medico attraverso tecniche, senza minimamente curarsi dei problemi di percezione sociale, dei problemi relazionali che ciò implica, dei problemi della cognizione, dei problemi riconducibili alle modalità ragionative del giudizio clinico e delle modalità organizzative in cui si troverà a operare.

Un ultimo accenno a elementi di etica interprofessionale.

Occorre adoperarsi per evitare la frammentazione, la eterogeneità dei fini globali, di reparto, individuali, la demotivazione, un carente senso di appartenenza alla struttura in cui si lavora.

I migliori studi sull'organizzazione e la gestione del lavoro riportano che l'organizzazione vive perché coloro che lavorano nell'organizzazione ne costruiscono insieme il senso nelle pratiche, nelle procedure, nella comunicazione.

Occorre pertanto passare attraverso le pratiche e il sentire delle persone, nelle realtà della vita lavorativa di ciascuno.

Occorre superare poi la percezione negativa della stratificazione del potere anche quando non è formalizzata.

È certo che la matrice dei cambiamenti organizzativi non può appartenere solo alle figure apicali ma deve invece essere fatta propria dalla cultura e dall'etica pratica delle persone perché è nell'atto pratico che si generano le empatie relazionali. L'attività di formazione in etica è pertanto fondamentale per tutti, medici e operatori sanitari; dovrebbe fornire gli strumenti e i criteri di analisi razionale etica su come tradurre il ragionamento etico in concreta azione nel contesto del servizio. A questo riguardo occorre ricordare che il più impor-

*L'etica
professionale nelle
organizzazioni
sanitarie*

tante fattore nella costruzione dell'etica di un'organizzazione è l'esempio dato dai suoi *leader* che godono di prestigio maggiore rispetto ad altri professionisti.

Il comportamento dei *leader* invia un messaggio ai dipendenti più chiaro di qualunque codice etico aziendale.

Mi auguro, da medico, che la “dominanza etica”, la prima delle strategie professionali in un mondo interprofessionale, veda ancora la *leadership* della mia professione.

Conclusioni

- Un modello di sistema sviluppato intorno alla persona tende a coinvolgere più soggetti erogatori.
- Lo scenario di sviluppo del Ssn/Ssr richiede un'organizzazione a rete, nel quale l'ospedale ha un ruolo definito e non esclusivo.
- L'efficienza non può essere perseguita esclusivamente in termini di rapporto fra risorse e volumi di servizi.
- Indispensabile articolare il ciclo di cura su più livelli assistenziali (appropriatezza di offerta).
- Le professioni devono rivedere modalità operative e ripensare le competenze sul percorso clinico (*case management*).

L'etica dei policy maker nella organizzazione sanitaria

Antonio Panti

componente della Consulta Deontologica nazionale

LA POLITICA SANITARIA è affidata al Parlamento, al Governo e alle Regioni. Tuttavia anche i professionisti della Sanità, in particolare i medici, svolgono questo ruolo. Le macroallocazioni indirizzano la spesa ma questa è costituita da un numero enorme di microallocazioni: le prestazioni dei medici. Scegliere saggiamente “choosing wisely” è un movimento che esalta il ruolo dei medici come decisori politici quando affrontano il problema dell'uso delle risorse seguendo le norme del Codice Deontologico. I medici possono indirizzare il paziente verso scelte razionali. Questa “politica professionale” interpreta al meglio la tradizione del medico quale garante della salute della persona e della comunità.

L'etica è definita come scienza della condotta e, nell'organizzazione sanitaria, si fonda sui valori della Costituzione della Repubblica: l'universalità del diritto e l'uguaglianza nell'accesso ai servizi medici senza alcuna discriminazione. La morale rappresenta il complesso di norme che disciplinano le con-

Le virtù del policy maker: onestà, trasparenza, tolleranza e appropriatezza

dotte umane e si esplicano attraverso le virtù, cioè le capacità morali che ispirano i comportamenti. Queste, per ogni policy maker politico o amministratore o professionista, sono rappresentate dall'onestà, dalla trasparenza, dalla tolleranza e dall'appropriatezza. Virtù che debbono ispirare la condotta morale sia a livello macro (il Parlamento e le Regioni), sia a livello meso (le Aziende sanitarie e le Università), sia a livello micro (i medici e le loro organizzazioni). Ogni discorso sull'etica della policy non può che concludersi con l'esortazione a seguire questi imperativi etici proponendo condotte idonee ad attuarli.

Tuttavia è possibile tentare un passo avanti nella logica della costruzione sociale. L'etica trascende e insieme è immersa nella struttura del mondo, che da un lato la apprezza e la vuol perseguire, dall'altro le frappone ostacoli o addirittura la osteggia. L'etica del libero mercato, dominato dalla finanza, e l'etica della solidarietà non conducono agli stessi esiti. I servizi sanitari universalistici richiedono regole che sovente confliggono con quelle meramente liberiste del mercato, così come vi è contrasto tra la concezione della salute intesa come merito personale che ciascuno deve mantenere e quella che la prospetta come diritto della collettività che lo Stato tutela nell'interesse dell'individuo.

Da questa sommaria descrizione potremmo già suggerire condotte valide per tutti. Tuttavia ci interessa affrontare alcuni snodi che potrebbero rappresentare istanze dei medici per confrontarsi con la società, incidere sulla struttura economica e mantenere vivi i valori della medicina nell'attuale assetto politico.

Le scelte dell'agire medico

L'istituzione del servizio sanitario fu resa possibile dalla previsione che l'economia del paese avrebbe retto al passaggio dal regime mutualistico alla fiscalità generale. Da allora i costi di ogni caso trattato sono aumentati in modo logaritmico e

l'incremento procede a causa degli oneri dell'innovazione. Occorre pensare in termini di intervento economico strutturale se si vuol mantenere l'assistenza universale e promuovere l'impegno dei medici. Voglio quindi toccare alcuni punti nodali dell'agire medico per individuare le scelte con cui misurarci sul piano etico e politico.

- 1) La *relazione tra medico e paziente*; nel riaffermare la medicina narrativa, quale istanza antropologica per una rinnovata personalizzazione delle cure in cui genetica, epigenetica e modello biopsicosociale si incontrano, occorre ricordare che la relazione umana esige tempo. Il motto del rapporto giuridico e contrattuale dei medici deve essere la lotta al taylorismo. Il tempo dedicato alla relazione col paziente è tempo di cura. I contratti di lavoro vanno ribaltati e misurati non sulla numerosità delle prestazioni ma sul tempo necessario per prendersi cura di ciascun paziente.
- 2) La *valutazione degli esiti delle cure* implica un nuovo concetto di responsabilità per tutti i policy maker per quanto attiene sia all'offerta che alla domanda. "Scegliere saggiamente" ribalta il concetto caro a alcuni magistrati e politici di introdurre il populismo nei Lea. I medici rivendicano libertà e autonomia nelle cure ma, nello stesso tempo, debbono assumersi la responsabilità di convincere il paziente che l'interesse collettivo non può essere eluso e che quasi sempre in medicina "less is better".
- 3) Il *rapporto fra scienza e diritto* deve trovare un giusto equilibrio impedendo ai magistrati di diventare arbitri della scientificità delle cure. I casi Stamina e Di Bella rappresentano l'epifenomeno di un malinteso concetto di diritto e della scarsissima conoscenza dei magistrati della metodologia della scienza. Lottare contro i negazionisti dei vaccini, contro la giustizia sommaria, contro la lentezza dei processi, nei confronti di una magistratura spesso

ascientifica e superficiale, vuol dire incidere nella società. La correttezza dei periti interessa quanto la qualità delle perizie. Che siano i criteri di Daubert, come negli Usa, o che si trovino altre soluzioni, il problema del rapporto tra giudizio dei magistrati e quello degli scienziati è urgente e ineludibile.

- 4) Dobbiamo assecondare l'*innovazione tecnologica* oppure affermare limiti etici? La medicina si trova di fronte allo stesso bivio della fisica dopo la bomba atomica. Quale è il ruolo dei medici nel decidere sugli strumenti di potenziamento psicofisico dell'essere umano e sui rapporti tra l'uso dei cosiddetti big data e il consenso informato?
- 5) I medici non hanno niente da dire sui *costi incrementali dell'innovazione*? Al di là dell'antico problema delle cosiddette scelte tragiche possiamo lasciare la determinazione del costo delle innovazioni all'economia di mercato o, al contrario, esigere trasparenza nella formazione dei prezzi dei farmaci e dei dispositivi e concorrenza tra le imprese? Sono i medici che, definendo l'equivalenza dei risultati e la sovrapponibilità delle reazioni avverse, individuano quali farmaci e dispositivi possono essere posti a gara? Chi decide il *value for money* dei farmaci e dei dispositivi, la Borsa o i medici?
- 6) Di fronte alla tendenza ad abbreviare i tempi della ricerca per giungere alla precoce immissione in commercio di nuove tecnologie, pur nel rispetto delle esigenze dei pazienti, chi decide sul *rispetto della metodologia della scienza* e quindi sulle garanzie da offrire ai cittadini, cioè se un farmaco sia o no efficace e sicuro, i medici o le imprese?
- 7) Sui *rischi ambientali* è possibile volta per volta una posizione della professione che esprima una concreta mediazione fra le esigenze di produttività e di sviluppo e la tutela della salute sia ora che delle future generazioni?
- 8) E chi decide sull'*equità*, cioè sui limiti delle cure nell'in-

teresse dei pazienti, ciascun medico in base alla propria autonomia o si cerca un compromesso con l'amministrazione? Al di là della razionalizzazione del servizio resta il fatto che il trattamento di ciascun caso ha un costo sempre maggiore. Se il bilanciamento fra l'interesse dell'individuo e della collettività è proprio della politica, la misura dei risultati inerisce la responsabilità delle organizzazioni sanitarie. Occorre un nuovo accordo con la società per trovare la misura tra la medicina da ipermercato e l'individualità della domanda di salute.

- 9) Le *tecnologie moderne* in particolare l'ITC sono strumenti potenti di integrazione e di supporto alla prassi medica. Tuttavia incidono negativamente nel rapporto col paziente che perde in individualità e possono avere effetti negativi sulla professione. La distruzione creatrice propria della tecnologia del mondo del capitale può provocare in futuro la necessità di un minor numero di medici con compiti diversi. Chi trova la mediazione?
- 10) Ultimo punto di un elenco provvisorio e incompleto: i medici debbono aprire un grande dibattito sulla *fase finale della vita*. Non possiamo seguitare a offrire tecnologie esorcizzando l'accanimento terapeutico. La fase "end stage" deve essere preparata col paziente e con i familiari con ampio margine di tempo e l'ascolto, la comprensione, lo stimolo anche spirituale alla resilienza e al coping, devono essere compiti del medico per riportare l'eutanasia al concetto primario di "buona morte" quanto più possibile serena e scevra da sofferenze. Di questo si deve discutere con la gente. La morte moderna non si esorcizza con la tecnica ma con la palliazione intesa come abito mentale del medico.

*Discutere in una
trasparente dialettica
democratica*

Vi sono problemi di struttura che precedono quelli posti dalla medicina. Problemi che condizionano il modo con cui affrontare la tumultuosa trasformazione tecnologica e cognitiva della professione e l'evoluzione dei rapporti fra medicina e società; un lavoro politico arduo che non nasce spontaneo nei medici. Tuttavia i medici devono ragionare sulla realtà dei fatti e prendere atto delle loro divisioni in una trasparente dialettica democratica, rinunciando ad un ideale di medico inesistente e all'autoreferenzialità. Se discutiamo sulla struttura della società, cioè sul rapporto tra economia e morale, almeno creeremo scandalo e consapevolezza. Nell'epoca dei grandi trionfi della medicina, quasi per una sorta di irrazionalità pervasiva nella società, la domanda di salute appare distorta, la medicina è ben lontana dalla razionalità, i medici mostrano comportamenti spesso fuori del tempo. In conclusione proponiamo un "patto per la responsabilità" tra tutti i policy maker. I medici si assumono l'onere di combattere l'eccesso di consumismo inutile e dannoso e quindi, di fatto, di contrastare le scorribande del libero mercato che fa aggio sulle eccessive attese della gente. I politici condividano e supportino queste scelte fornendo gli strumenti amministrativi e organizzativi necessari. È compito delle organizzazioni sanitarie prendere consapevolezza che i rapporti tra medicina e mondo e tra medici e pazienti sono assai cambiati negli ultimi decenni. Esprimere il parere dei medici sui problemi che assillano la società, dai problemi della PMA alla cura degli anziani, dal costo della sanità alle contraddizioni del diritto, dai rischi ambientali, al giovanilismo, all'immortalità, insomma inserirsi in qualsiasi dibattito sulla scienza medica è ciò che la gente si aspetta e che restituisce autorevolezza e ruolo alla professione. Troppo spesso le riunioni dei medici si volgono a sterili recriminazioni o a frustrazioni corali; non è mai troppo tardi per riprendere in mano il proprio destino.

Lavoro d'equipe multi disciplinare e multi professionale. Fra competenze e compiti o mansioni

Pierantonio Muzzetto
presidente Omceo Parma

A PARTIRE DAL 12 MAGGIO DEL 1820, data della nascita Florence Nightingale riconosciuta come l'iniziatrice delle scienze infermieristiche, si è andato costruendo nel tempo il sistema di rapporti fra medici e altre professioni, in un chiaroscuro di competenze e aspettative tutt'altro che definite. Oggi si parla insistentemente di lavoro multidisciplinare e in sanità si delinea una tipologia di lavoro multi professionale oltreché multidisciplinare, la cui definizione dipende da una serie di variabili formative. Si devono infatti considerare gli aspetti della conoscenza delle abilità e quelle proprie dell'agire, in relazione alla necessità di dover garantire un'indubbia sinergia d'interventi: per questo motivo ci s'interroga sul come si debbano coniugare i concetti di competenza, abilità e comportamento.

In buona sostanza si ricercano quegli elementi che possono essere considerati idonei per comprendere l'evoluzione delle

*Competenze e
compiti*

professioni, che sono legittimate a richiedere un riconoscimento *di più avanzate competenze*, ma che sarebbe più corretto definire *più avanzati compiti o mansioni*.

Senza dover agitare antichi spauracchi, questi due termini, usati come sinonimi, identificherebbero piuttosto le funzioni che si innovano e non certo si cede alla tentazione di riesumare il vecchio e obsoleto mansionario. Certo si è chiamati a ragionare in termini alti sulle professioni e più concretamente sul loro futuro e sui loro rapporti.

In particolare oggi è evidente quanto sia bassa la considerazione di quella medica, e ne sono testimonianza ad esempio le modifiche apportate in sede parlamentare agli articoli della proposta di legge sulla Responsabilità, in cui il primo risultato è stato depennare “il sostantivo medico” da ogni passaggio in cui era presente in origine, per far posto a quel “sanitario” che viene declinato in vario modo. Così da definire in un primo momento l’“atto sanitario” in sostituzione di quello medico, in questo attribuendo quegli elementi caratterizzanti la professione medica a tutte le professioni e non più considerandole unica prerogativa del medico.

Forti della premessa si è chiamati a vedere il futuro della professione in un ambito non più di esclusività ma piuttosto di confronto e di mediazione con le altre realtà professionali, in un clima però d’incertezza su chi abbia le prerogative del fare. Nel futuro, senza avere la palla di vetro del chiromante, si auspica un sistema “adulto” di rapporti professionali che debbano essere incentrati sulla collaborazione piuttosto che sull’acquisizione di autonomie assolute che da certa parte si vorrebbe considerare piuttosto una piena indipendenza.

Mentre si contrappone un’altra visione che vuole piuttosto identificare un sistema di collaborazione dovuto alla partecipazione di varie figure, che agiscono sì in autonomia ma “di scala” o per meglio dire subordinata ad un sistema coordinato d’interventi in cui vi siano titolarità e responsabilità

differenziate.

In termini più semplici l'agire del medico e delle stesse professioni non mediche fa rilevare un *comune denominatore* costituito dall'insieme delle *competenze acquisite* e delle *abilità affinate* che rendono specifico ogni comportamento: in definitiva si definirebbe in questo modo la peculiarità di ogni singolo attore e della professione che è rappresentata nella filiera della salute. E le "avanzate competenze" rese possibili dalle peculiarità formative delle regioni, se usate impropriamente come strumento che scardina gli attuali equilibri formativi, diventano comunque un limite per un corretto rapporto interprofessionale.

A questo conseguono le novelle organizzative in ambito professionale a testimonianza delle cosiddette *avances formative a prescindere dai ruoli, tipiche di certe politiche regionali delle professioni*, che legittimano proprio la formazione regionale, atta a assegnare compiti e mansioni, indipendentemente dal vissuto storico, formativo e professionale.

Se da un lato le *avances* consentono d'identificare le caratteristiche che sono determinanti nelle *prestazioni individuali al di sopra della norma nel ruolo ricoperto*, dall'altro creano una disparità professionale e sono in grado di favorire crescenti aspettative oltreché conflitti interprofessionali.

È lecito chiedersi allora quali siano i rapporti più idonei ed efficaci che debbano intercorrere fra le professioni: questo è il punto centrale su cui, per così dire, si dibatte.

Nel sistema organizzato delle professioni Choic, in un lavoro pubblicato nel 2006 su *Clinical & Investigation Medicine*, parla di tre aspetti: multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e transdisciplinarietà.

Entrando nel dettaglio si ritrovano alcune particolarità legate al valore dell'integrazione multi professionale, che non a torto è il cavallo di battaglia delle politiche della salute.

Quali sono i rapporti più efficaci tra le professioni?

Nello studio citato, trattando la multidisciplinarietà si evidenzia l'aspetto che la caratterizza ossia la complementarietà e l'indipendenza professionale che si manifesta nella collaborazione; nella seconda, ossia l'interdisciplinarietà, si parla invece d'integrazione e di *meticciano* dei saperi, mentre nella terza predomina l'aspetto dell'interscambiabilità e si realizza l'integrazione totale .

Perciò in ambito interprofessionale oggi si ritiene che la scelta forse più realistica e rispettosa delle peculiarità e delle diverse professioni sia proprio la multidisciplinarietà. Sempre rimanendo nell'ambito dello sviluppo professionale e del riconoscimento dei valori, occorre prevedere un riequilibrio delle funzioni lavorative con previsione di assetti, omogenei e coerenti, evitando il riconoscimento e la legittimazione di "performances superiori in altri ruoli", che, come detto prima, si prestano a critica e portano a confliggere.

Questo è un aspetto tutt'altro che secondario perché tali politiche del personale vanno a vanificare gli assetti lavorativi, come anche i ruoli e le funzioni finora determinati da un processo di formazione del pre e post laurea per così dire tradizionali, creandosi di fatto nuove figure e nuove competenze lavorative, con una situazione che si riverbera in modo non certo positivo in ambito sanitario e sullo stesso paziente.

Ritornando al concetto d'"autonomia di scala declinata per le professioni sanitarie" questa interpretazione esclude "un'indipendenza nel sistema assistenziale" a maggior ragione perché se così non fosse si tradurrebbe in un inefficace controllo dei bisogni di salute del cittadino.

Per cui in una stagione come l'attuale, delicata per la professione medica e per i non facili rapporti con le professioni sanitarie, si è chiamati a trovare i possibili rimedi. E si può parlare di responsabilità delegate derivanti da autonomie graduate solo in un sistema collaborativo "di scala", che va contro ogni irragionevole ipotesi di task shifting che è esattamente l'op-

posto della preservazione della qualità degli interventi sanitari e del rispetto delle singole peculiarità professionali. E ne consegue addirittura un grosso vulnus nella tutela della salute del cittadino comune.

Pertanto, al fine d'arginare talune derive della formazione, si ritiene di dover procedere ad una *revisione di quella universitaria* sia nel *pre che nel post laurea* con diversa partecipazione in tale attività proprio del Ssn e regionale. Occorre quindi richiamare l'Università ad un intervento, oggi improcrastinabile, sui piani formativi delle facoltà mediche e delle professioni sanitarie, uniformandoli a livello nazionale.

E si considerano inalienabili due principi: la necessità di core curricula che siano nel contempo omogenei e coerenti in tutte le facoltà mediche e in quelle delle professioni sanitarie, e il reale peso da dare alla formazione di tutte le professioni. Soprattutto non si può certo prescindere da una terza considerazione, quanto mai stringente, ossia che non è *concepibile porre sullo stesso piano 11 anni formativi del medico con i 3 anni di corso delle professioni sanitarie*. Indipendentemente del QI dei singoli.

Da anni si propone un'armonizzazione dei saperi secondo criteri di distinzione che seguano l'assioma "crescere nelle differenze", che a cascata presuppone una formazione specifica, da cui derivano competenze specifiche e altrettante specifiche responsabilità.

Questo, quale limite alla crescente conflittualità tra le professioni, definendone preliminarmente i limiti d'azione di ciascuna in quanto strumento identificativo di comportamenti, ruoli e funzioni cui deriva gradualità e specificità delle responsabilità.

Quali le prospettive, dunque? E quali i significati dare a leadership o il riproporre termini come compiti o mansioni? E

*La necessità di una
revisione della
formazione
universitaria*

Domande aperte

quali i valori di scelte per mero economicismo ? E dove sta il limite fra il medico e l'infermiere o fra il medico o le altre figure professionali, in una stagione di rivendicazioni e di più o meno motivate pretese di riconoscimento di funzioni proprie del medico ?

Domande aperte. Ne diventano facilmente equivocabili le possibili risposte, considerando le molteplicità di vedute all'interno della famiglia medica e la considerazione modesta di cui gode il medico in ambito politico e regionale.

In conclusione occorre avere il coraggio di difendere i valori della professione medica ispirata a principi etici , non subordinata a interessi diversi dalla peculiare gestione della salute. Occorre perciò modificare lo status quo, evitando al medico l'oppressione di una professione che debba sottostare a norme e a comportamenti non deontologici, prona alla proceduralizzazione della medicina.

Si ritiene di dover operare per dare il giusto valore all'interpretazione, anche politica, delle linee guida che si vogliono applicate acriticamente per legge e anche dei protocolli.

Quelle stesse Linee guida e protocolli , più che mai grimaldello degli assetti della professione medica, come nel caso dell'attività del 118.

Il tutto a fronte di una medicina dell'evidenza che progressivamente lascia il posto a una medicina basata su valori o *outcomes*, dunque alla VBM contrapposta all'EBM.

E allora, dove ci collochiamo? O meglio, dove saremo collocati da chi oggi decide sopra le nostre teste?

Ogni risposta è legittimata dal nostro atteggiamento e dal valore che sapremo dare al nostro essere medici. Adulti e consapevoli con un occhio attento ai nostri giovani e al nostro agire che si riverbererà sulle future generazioni di medici.

Intensive care nelle organizzazioni sanitarie

Giorgio Guerra

Direttore Sanitario Azienda USL della Romagna

LE RIANIMAZIONI sono le strutture che gestiscono i pazienti più critici dell'ospedale. Per svolgere questa attività sono dotate delle tecnologie più avanzate, di personale medico e infermieristico specificamente addestrato e con un rapporto medico/paziente, infermiere/paziente molto superiore rispetto agli altri reparti. Tutto questo comporta costi elevati e limita di conseguenza il numero di posti letto con queste caratteristiche di cui ogni struttura può disporre.

Negli Ospedali italiani i PL di Rianimazione sono mediamente il 5% del totale complessivo ed è stato stimato che il costo di una giornata di degenza sia mediamente di oltre 2.000 euro.

Si tratta pertanto di risorse molto limitate, ad alto costo, che devono essere utilizzate a favore della collettività secondo principi rigorosi di appropriatezza e tenendo conto che ogni ricovero inappropriato può significare l'impossibilità di offrire cure intensive dello stesso livello ad altri pazienti che ne avrebbero bi-

*Risorse limitate
e alti costi*

sogno. La mancanza di PL in Rianimazione in alcune aree d'Italia è la causa di trasferimenti ad alto rischio che hanno spesso il carattere di viaggi della speranza, e altrettanto spesso si concludono tragicamente.

L'accesso in Rianimazione e le relative scelte rappresentano pertanto un primo aspetto che ha a che vedere con l'etica. La decisione di ricoverare un paziente non può basarsi solo sulla gravità clinica, ma piuttosto sulla reale possibilità di offrire al paziente stesso una cura migliore di quella che gli può essere garantita in un altro reparto. La Rianimazione deve essere utilizzata per pazienti, magari gravissimi, ma che devono poter essere curabili, altrimenti all'intera collettività verrebbe sottratta una risorsa di cura preziosa. La letteratura medica affronta da anni questa problematica cercando di individuare criteri chiari da applicare in questo difficile processo decisionale. La decisione di non ricoverare in Rianimazione un paziente morente a causa di una patologia non trattabile, comporta da parte del medico rianimatore la capacità di informare correttamente i familiari, e a volte lo stesso paziente. Portarli a comprendere che vi sono casi in cui la tecnologia non ha nulla da offrire a favore della vita e può tradursi in sofferenza. È un campo dove etica e medicina si tengono per mano.

*Fine vita:
tecnologie e rispetto
dell'essere umano*

Le Rianimazioni sono ambiti in cui, nel tentativo di curare i pazienti più gravi, vengono utilizzate le tecnologie più avanzate e talvolta terapie veramente estreme. Molto spesso questo sforzo ha successo. Oggi più dell'80% dei pazienti ricoverati in Rianimazione sopravvive; la mortalità era più del doppio nel 2000. Ma a volte, malgrado le cure più avanzate ci si rende conto che il paziente non può essere curato con successo. Ci sono situazioni in cui la vita del paziente è supportata dalle macchine senza possibilità alcuna di garantirgli di superare la crisi e continuare a vivere autonomamente. È spesso il caso di persone anziane i cui organi hanno sofferto al punto da non poter più riprendersi.

In questo scenario l'etica e la bio-etica hanno un ruolo centrale. Il Codice Deontologico e gli stessi documenti di fonte confessionale sono concordi nel raccomandare ai medici di non utilizzare terapie sproporzionate rispetto ad un esito certamente infausto. Per aiutare i rianimatori e le famiglie ad affrontare situazioni che potrebbero tradursi in un prolungamento dell'agonia, le Commissioni di Bioetica delle Società Scientifiche hanno prodotto documenti importanti focalizzati alla corretta gestione dei percorsi di "fine vita". Sono documenti che pongono al centro, insieme al paziente, i curanti e i familiari, in una sorta di alleanza emotiva per aiutarli ad affrontare una situazione anche psicologicamente difficile per tutti loro. Questa è una nuova frontiera su cui si sta confrontando la Società Civile, con l'obiettivo di coniugare una tecnologia sempre più avanzata con il rispetto dell'uomo, delle sue possibilità di vita, ma anche della fine della vita.

Infine le Rianimazioni sono gli ambiti in cui si pongono le basi per un altro importantissimo "passaggio" dell'etica di Comunità: la donazione di organi e tessuti. Quando malgrado le terapie, una persona viene a trovarsi in uno stato di morte cerebrale, può donare i suoi organi, consentendo ad altre persone di sopravvivere. Le Rianimazioni sono la sede in cui apposite Commissioni di esperti accerta e ricontrolla l'esistenza di uno stato di morte cerebrale. La persona morente che non abbia espresso in vita la sua opposizione alla donazione, può donare i proprio organi. I suoi familiari rappresentano in questa decisione i punti di riferimento della volontà del paziente. In assenza di chiare indicazioni, come ad esempio l'iscrizione al registro dei donatori di organi, sono spesso i familiari a dover testimoniare la volontà del proprio caro. Anche in questo caso si tratta di valutazioni complesse, rese drammatiche dal dolore e che richiedono una forte empatia tra i curanti e i congiunti del deceduto e una forte attenzione ai valori dell'etica e di appartenenza all'Umanità.

La donazione di organi e tessuti

I servizi informatici a supporto della cura

Erasmus Michele Bitetti
presidente Simg Matera

QUANDO LE NUOVE GENERAZIONI scriveranno la storia dei nostri giorni potranno giustamente collocare la nostra epoca nell'*era digitale* fissandone l'inizio negli anni '80 con la comparsa dei primi personal computer. Tra le scoperte che più di altre hanno segnato la storia dell'uomo, dopo il fuoco, la ruota, la scrittura, il motore a scoppio, l'elettricità dovremmo citare l'informatica con tutte le sue implicazioni, anche in campo sanitario.

Qui faremo cenno ad alcuni degli attuali sviluppi, partendo da qualche riflessione di fondo che voglio con voi condividere.

Nessuna delle scoperte dell'uomo esprime compiutamente quello che da esse ne è derivato come sviluppo: prendiamo ad esempio la ruota, la troviamo inizialmente in "forme" rudimentali per arrivare poi agli utilizzi nella produzione di autoveicoli, di treni ed aerei. Le stesse considerazioni andrebbero

fatte per l'informatica, i cui sviluppi nei vari campi applicativi non possono che derivare da una creatività e progettualità niente affatto scontate.

Nel finale dell'ultimo film della Disney *Il libro della giungla*, viene posta una domanda che bene si presta a questa sottolineatura: cosa rende anche un cucciolo d'uomo diverso da qualunque animale, anche il più intelligente? Non svelerò la risposta ma dirò, solo per incuriosirvi, che si tratta di una *scoperta*, ma di una scoperta che l'uomo è *in grado di governare!*

La nascita dei PC, similmente ad altre scoperte nella storia dell'uomo, non avrebbe prodotto i cambiamenti che oggi abbiamo sotto gli occhi se non fosse accaduto un altro evento decisivo: in Italia questo è avvenuto esattamente 30 anni fa quando si realizzò il primo collegamento alla rete internet. Quasi nessuno si accorse allora dell'importanza di quell'avvenimento che metteva le basi di una connessione globale: a tutt'oggi quel salto evolutivo non ha ancora investito tutti gli ambiti applicativi (v. figura 1).

Molte delle realizzazioni informatiche in ambito sanitario soffrono ancora di autoreferenzialità e di una sostanziale incommunicabilità con altri ambienti operativi.

In un articolo appena pubblicato su *Recenti progressi in medicina* dal titolo "Per un'informatica medica basata sulle prove" il professor Enrico Coiera del Centre for Health Informatics della Macquarie University di Sidney descrive così lo stato della sanità digitale:

“Chi lavora nell'ambito della e-health vive in due universi contraddittori. Il primo universo è quello del nostro eccitante futuro nella salute digitale. Questo luccicante paradiso carico di gadget vede la tecnologia in armonia con il sistema sanitario, che è diventato flessibile, personale ed efficiente. Le malattie soccombono sotto l'assalto furioso dei big data e di miracolosi orologi intelligenti. Governo, industria, medici e cittadini si tengono per mano

*La sanità ai
tempi di internet*

intorno al falò dell'innovazione. Il secondo universo è (...) il mondo preoccupante in cui i medici cercano di limitare i danni, costretti a utilizzare sistemi informatici chiaramente mal funzionanti. Le cartelle cliniche elettroniche assorbono tutto il tempo a disposizione dei professionisti e non si adattano alla pratica clinica. I provider sanitari si nascondono dietro barricate in fiamme quando i clinici si ribellano. Burocrati governativi in abiti inamidati spiegano a bassa voce l'ultimo sfioramento dei costi preventivati, i ritardi o la violazione dei sistemi di sicurezza. I dati della nostra salute personale passano di mano in mano su chiavette illegali, fino a quando finiscono nelle grinfie di ricettatori senza scrupoli. Entrambi questi universi sono reali”.

Non voglio anticiparvi le conclusioni cui giunge Coiera: potremo condividerle alla fine, dopo un rapido sguardo alle possibilità offerte oggi dalla sanità digitale, limitandoci alle sole applicazioni finalizzate ai processi di diagnosi e cura.

*I sistemi
informatici di
supporto ai processi
decisionali*

Quanto alle prime un cenno meritano i *sistemi informatici di supporto ai processi decisionali* in ambito clinico (CDSs: Clinical Decision Support System). Non parliamo qui degli applicativi che sostituiscono i manuali cartacei e da cui attingere rapidamente linee guida, protocolli terapeutici, interazioni tra farmaci, calcoli clinici. Ci riferiamo piuttosto ai cosiddetti *sistemi esperti* che, realizzati con rigorosi criteri metodologici e condivisi tra specialisti di varie discipline, possono favorire l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici ottimali oppure la migliore selezione di pazienti candidati a programmi di ricerca o a nuovi protocolli di cura. Un esempio? Tra i progetti vincitori del premio *Innovazione digitale in sanità 2016* del Politecnico di Milano vorrei segnalare l'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari che ha ottenuto il riconoscimento nella categoria “processi clinico-sanitari” per il *progetto Ulysses* che consente l'individuazione precoce dei pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare la malattia renale cronica, spesso asintomatica nelle sue prime

fasi, sfruttando il patrimonio informativo dell'Azienda (circa 170.000 pazienti tra ambulatoriali e ricoverati). Sulla base di un algoritmo costruito intorno a parametri clinici definiti, viene calcolato un fattore di rischio per pazienti asintomatici consentendo un'eventuale diagnosi precoce. Si stima che a livello nazionale il progetto Ulysses potrebbe ritardare di almeno 5 anni la progressione del danno renale per almeno il 10% dei soggetti.

Nell'ambito della Medicina Generale voglio citare un progetto ambizioso che vide la luce negli anni '90 grazie al concorso di un gran numero di aziende farmaceutiche: il *progetto Medusa*. Il software, costruito su moduli specialistici interagenti fra loro, forniva un elenco di possibili diagnosi cliniche, in ordine decrescente di probabilità statistica, aggiornato dinamicamente sulla base di sintomi, segni, dati anamnestici, esami strumentali e di laboratorio. Il software si prestava a scopi didattici oltre che clinici ma non ebbe sviluppi, anche a causa della morte precoce dell'ingegnere informatico che lo aveva realizzato. Da alcuni mesi è riapparso un Progetto Medusa, sotto l'egida dell'Istituto Superiore di Sanità, allo scopo di fornire materiale educativo online a medici e pazienti. Il portale, tuttora in versione beta, si propone di emulare il ben più ricco sito Medline plus della US National Library of Medicine.

A proposito di *portali dedicati all'aggiornamento professionale*, oltre a quelli ben noti in lingua inglese, vorrei segnalare il sito *Medicina in Biblioteca*, weblog della Biblioteca medica Pinali dell'Università di Padova, che raccoglie giornalmente il meglio della letteratura scientifica internazionale con brevi note di commento e link alle fonti originali.

Per venire agli strumenti informatici funzionali alla cura dovremmo parlare di:

- cartelle cliniche elettroniche;
- fascicolo sanitario elettronico (FSE);

*I portali dedicati
all'aggiornamento
professionale*

- app medicali e m-Health;
- telemedicina.

Una penna ed una risma di fogli non garantiscono a chi li utilizzi di scrivere un capolavoro della letteratura mondiale, analogamente la registrazione in formato elettronico dei dati clinici è solo la prima condizione per entrare nel mondo della sanità digitale ma per alcuni sprovveduti manager della sanità questo sarebbe già un punto di arrivo! Ciò contraddice la *prima legge della informatica*, magistralmente espressa dal professor Branko Cesnik pioniere della informatica medica:

“La premessa alla base di qualsiasi sistema informativo clinico è che questo deve esistere per risolvere un problema clinico. Se si parte dalla tecnologia e si ignora il problema, l’esito sarà negativo”.

La cartella clinica elettronica

Negli Stati Uniti è stato appena lanciato un programma nazionale di incentivi economici a providers e singoli professionisti che accettino di condividere un progetto avanzato di registrazione elettronica dei dati clinici che li renda fruibili tra più operatori ed accessibili ai pazienti stessi ed agli enti governativi preposti al controllo della salute pubblica.

È possibile valutare la qualità di una *cartella clinica elettronica* attraverso uno score, validato a livello internazionale con punteggi da 1 a 7, l’EMRAM (*Electronic Medical Record Adoption Model*) che si caratterizza per livelli crescenti di interoperabilità e di complessità di operazioni svolte (v.figura 2).

Sono ancora pochi gli ospedali italiani dotati di una cartella clinica di alta qualità: in ogni caso mai una cartella elettronica ospedaliera dovrebbe prendere a modello quella cartacea! (v.figura 3)

Nell’ambito della medicina generale una cartella clinica informatizzata di buona qualità non si limiterà alle sole funzioni di base (registrazione di dati e stampa) ma dovrà segnalare con degli alert reazioni avverse, interazioni farmacologiche, scadenze

cliniche importanti (ad esempio screening ad intervalli definiti, controlli di esami non a target); dovrà proporre, sulla base di linee guida e delle diagnosi codificate per ciascun paziente, l'aggiunta di terapie specifiche (es. ASA in pazienti ad alto rischio cv, gastroprotezione in pazienti ultra 65 in terapia cronica con FANS), il monitoraggio di pazienti con patologie croniche. Una cartella clinica elettronica, se ben progettata e strutturata per problemi, dovrà permettere di condividere dati clinici, indicatori di appropriatezza e di aderenza, dati di consumo favorendo così progetti di audit personale e di gruppo nonché la creazione di grosse basi di dati. Il database Health Search, realizzato su specifiche della *SIMG* (Società Italiana di Medicina Generale), è un esempio ben riuscito di applicazione della "tecnologia informatica" alla gestione di dati complessi come quelli di natura sanitaria.

Se condividiamo l'idea che la messa in rete dei dati clinici sia una delle tappe più promettenti nel futuro della sanità dovremmo concludere che lo strumento di questo progresso abbia un solo nome: il *fascicolo sanitario elettronico* (FSE).

Secondo le Linee guida nazionali del 2010 il Fascicolo sanitario elettronico è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, alimentato in maniera continuativa dai soggetti del Ssn che prendono in cura l'assistito. È istituito dalle Regioni e Province Autonome per le finalità di:

- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria.

La consultazione dei dati e documenti presenti nel fascicolo sanitario elettronico può essere realizzata *soltanto con il consenso dell'assistito*, salvo i casi di emergenza.

*Il fascicolo sanitario
elettronico*

Il fascicolo sanitario elettronico si compone di:

- un nucleo minimo di documenti (referti, verbali di PS, lettere di dimissione);
- profilo sanitario sintetico (unico, creato/aggiornato solo dal mmg/pls) e dossier farmaceutico;
- taccuino personale del cittadino e dichiarazione di volontà alla donazione di organi;
- documenti aggiuntivi.

Perché il progetto del fascicolo sanitario possa effettivamente decollare occorrono alcuni prerequisiti di tipo sanitario, tecnologico, legislativo:

- coinvolgere i professionisti sanitari;
- condividere percorsi diagnostici ed assistenziali;
- definire un sistema di codifica delle informazioni cliniche (interoperabilità semantica);
- realizzare una infrastruttura di rete (interoperabilità tra sistemi di generazione degli eventi sanitari);
- implementare l'anagrafe nazionale degli assistiti;
- garantire investimenti finanziari adeguati.

A che punto siamo in Italia? Il Decreto Crescita 2.0 (legge 221/2012) ne prevedeva l'adozione obbligatoria entro il giugno 2015, termine poi spostato al dicembre 2016. Tutte le regioni hanno presentato all'Agenzia per l'Italia digitale il loro progetto, poche quelle che lo hanno *attivato* (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna, Valle d'Aosta e provincia di Trento). Allo stato attuale ogni FSE opera solo all'interno dei confini regionali: lascio a voi ogni commento.

Le *specifiche tecniche per la interoperabilità* dei sistemi regionali di FSE sono state pubblicate nell'aprile 2015 ed aggiornate nel gennaio di quest'anno. Solo nel novembre 2015 è stato pubblicato il *Regolamento in materia di FSE* che definisce criteri, contenuti e profili autorizzativi.

Qualche regione, pur di colmare i ritardi accumulati, ha deciso

di adottare un FSE semplificato che assomiglia di più ad un “faldone elettronico” auspicandone un miglioramento per tappe successive. Purtroppo nessun progetto informatico, per quanto scalabile, potrà mai realizzare a posteriori degli scopi che non siano stati identificati fin dall’inizio. Fra le nazioni europee che hanno realizzato dei progetti efficaci di FSE vanno citate la Spagna e l’Olanda: per raggiungere questo traguardo sono stati necessari, oltre ad un lavoro decennale di condivisione di obiettivi, anche adeguati investimenti economici.

Per promuovere l’acquisizione di competenze digitali da parte di tutti gli operatori della sanità in Italia è appena partito un progetto quinquennale di e-learning basato sul web e con un finanziamento iniziale di 4 milioni di euro. Una ricerca della Bocconi del 2003 ha stimato in 850 milioni di euro le perdite legate all’ignoranza informatica in sanità; alcuni professionisti dell’ICT si sono spinti a denunciare la *pericolosità sociale* della fragilità digitale.

Tra le risorse digitali utilizzabili a fini di diagnosi e cura non possiamo non parlare delle *app per la salute*, software applicativi progettati per dispositivi mobili (smartphone, tablet e smartwatch), il cui numero supera ormai le 150.000, con circa 5.000 app localizzate in lingua italiana. Questa enorme diffusione è dovuta a quattro ragioni principali: la facilità con cui vengono installate ed aggiornate; la connettività “nativa” con cui interagiscono in rete e con altre app sullo stesso dispositivo; la loro modularità; la possibilità di essere utilizzate sempre, in qualsiasi luogo e momento.

*Le app
per la salute*

Le app per la salute rientrano nel più ampio settore del *mobile Health* “pratica medica e di salute pubblica supportata da dispositivi mobili, dispositivi per il monitoraggio dei pazienti, dispositivi di assistenza personale (PDA) ed altri strumenti wireless” (OMS).

Il 70% delle app per la salute è rivolto al settore del benessere

del consumatore (app per il mantenimento della forma fisica o *fitness app*; app per il controllo *degli stili di vita*, es. fumo, diete; *diary app*; *reminder app*; app per *accesso ai servizi sanitari* es. CUP online, Qurami-teleticket per evitare le file).

Il 30% delle app per la salute è dedicato al mercato professionale: si tratta di vere e proprie *app medicali* o *app per la cura*. Le possiamo così suddividere:

- *app per la gestione di patologie specifiche*, collegate a dispositivi esterni (o integrati in essi) quali glucometri, bracciali per la misurazione della pressione arteriosa;
- *app per l'autodiagnosi*, es. per la misurazione della vista, dell'udito;
- *app per il calcolo del rischio* (malattie cardiovascolari, melanoma);
- *reference app funzionali alla diagnosi e cura* (esempi: l'app "La borsa del medico" realizzata dalla SIT Società italiana di telemedicina, l'app "Algoritmi AMD", Associazione medici diabetologi, per la terapia personalizzata del diabete mellito, le app per la gestione dei farmaci);
- *app funzionali ad applicazioni di telemedicina*.

Come fare ad orientarsi tra le migliaia di app per la salute? Esistono dei *portali specializzati* per i consumatori (*My health apps*) ed altri per la classe medica (*iMedicalApps*, *Medicap Collection*, *Mobimed*) (v. figura 4).

In Europa tutte le app mediche realizzate per finalità di diagnosi, cura e prevenzione sono equiparate a veri e propri *dispositivi medici* e come tali sottoposte a specifica regolamentazione. Non mancano importanti criticità in merito alla certificazione di qualità, alla privacy e ad aspetti bioetici (modifica delle relazioni medico/paziente) che non possiamo qui approfondire (v. figura 5).

La mHealth è una tappa evolutiva fondamentale nello sviluppo dell'informatica e potrebbe contribuire alla trasformazione

della sanità, aumentandone qualità ed efficienza, spostando la cura dagli ospedali al territorio, favorendo un ruolo più attivo dei pazienti (empowerment), diventando il volano per la telemedicina.

Nel Patto per la sanità digitale alla *telemedicina* è riservata un'attenzione particolare.

La telemedicina

Le linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina ne danno questa definizione:

“una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alla ICT, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località”.

“I servizi di telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. Tuttavia la prestazione di telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per *potenzialmente* migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario”.

I principali obiettivi della telemedicina sono: assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto nella gestione della cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

Le applicazioni della telemedicina sono molteplici ma il loro utilizzo appare particolarmente promettente nell'ambito delle cure primarie e della domiciliarietà (v. figura 6).

Tra le esperienze più significative di telemedicina in Italia vanno citate:

- la *telecardiologia* al servizio delle emergenze mediche (in regione Puglia e Lombardia);

- la *teledialisi* per il monitoraggio dei pazienti in dialisi domiciliare;
- *'assistenza ai naviganti* da parte del Centro Internazionale Radio Medico Cirm diretto dal professor Sergio Pillon, direttore della unita operativa di telemedicina ospedale San Camillo-Forlanini di Roma, uno dei maggiori centri di telemedicina del mondo.

Nelle linee guida nazionali viene precisato che l'utilizzo di strumenti ICT per la condivisione on line di dati o informazioni sanitarie (social network, posta elettronica, whatsapp ...) non costituiscono di per sé servizi di telemedicina. Una riflessione su questi strumenti però si impone, tenuto conto dell'utilizzo sempre crescente che ne viene fatto da parte di medici e pazienti. Nel 2013 sono state pubblicate, sugli *Annals of Internal Medicine*, le prime raccomandazioni sulla gestione dei rapporti medico paziente al tempo dei social network: il suggerimento che emerge è quello di utilizzare con molta prudenza questi strumenti privilegiando i contatti (esempio mail, sms) con i soli pazienti che intrattengono già dei buoni rapporti personali "face to face" (v. figura 7).

Nonostante rimangono ostacoli anche di natura culturale allo sviluppo della sanità elettronica (v. figura 8) si iniziano ad intravedere dei segnali positivi: il ministero della Salute ha da poco nominato Pillon coordinatore della Commissione "di governo" delle linee di indirizzo della telemedicina italiana. La commissione si occuperà di censire e rendere pubbliche tutte le esperienze di telemedicina, validare le migliori, attribuire loro un valore economico per la successiva inclusione nei Lea (v. figure 9 e 10). Si va così nella direzione auspicata dal professor Coiera, quella di una *Evidence-based-health-informatics* (EBHI), un passaggio importante perché la sanità digitale non sia più un miraggio ma inizi ad essere realtà (v. figura 11).

FIGURA 1

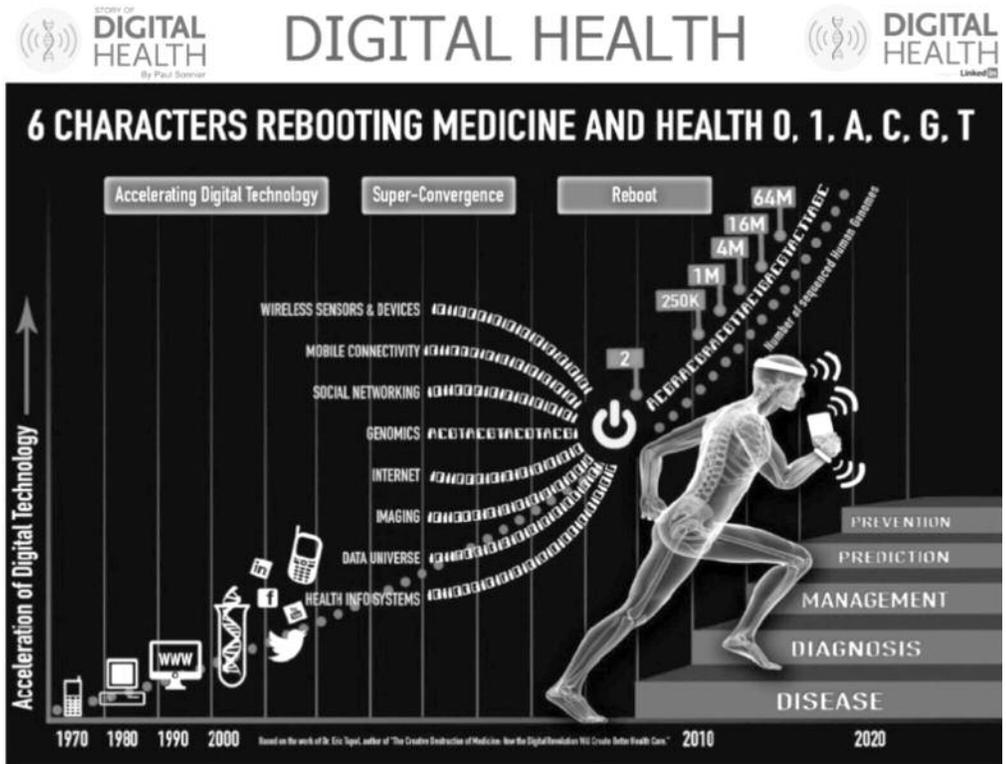


FIGURA 2

EMR Adoption Model SM	
Livello	Competenze Cumulative
Stage 7	EMR completo e integrato con tutte le aree clinico-sanitarie (es. Terapia Intensiva, PS, ambulatorio) che sostituisce tutti i dossier cartacei dell'ospedale; Standard di continuità delle cure per lo scambio dati; Data Warehouse come base analitica sia dei processi clinici che di quelli economici
Stage 6	Documentazione clinica e/o infermeristica informatizzata che interagisce con un avanzato Supporto Decisionale (basato su elementi di dati discreti) e somministrazione a ciclo chiuso (regola delle 5G) della terapia farmacologica informatizzata
Stage 5	Soluzione integrata per la gestione dell' <i>Imaging</i> (es. PACS) che sostituisce completamente le immagini su pellicola dell'ospedale
Stage 4	Inserimento elettronico di ordini che prevede Supporto Decisionale Clinico (basato su motori inferenziali) in almeno un'area clinica della struttura e per prescrizione terapie
Stage 3	Documentazione clinica e/o infermeristica informatizzata e inserimento elettronico degli ordini da parte dei medici e/o degli infermieri; include gestione informatizzata della terapia farmacologica (eMAR)
Stage 2	Clinical Data Repository/EPR che permette la raccolta e la normalizzazione dei dati provenienti da diverse aree cliniche all'interno dell'ospedale
Stage 1	I Sistemi di Laboratorio, Radiologia e Farmacia sono installati oppure l'output dati - proveniente da fornitori esterni di questi servizi - è gestito elettronicamente
Stage 0	I Sistemi di Laboratorio, Radiologia e Farmacia non sono installati oppure l'output dati - proveniente da fornitori esterni di questi servizi - non è gestito elettronicamente

FIGURA 3

Sanità. Le valutazioni del sistema Emram sull'avanzamento dell'e-health nei Paesi europei

Corsie in ritardo sulla tecnologia

Il confronto sul fronte sanitario

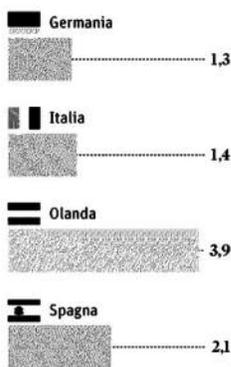
LA PAGELLA DELL'E-HEALTH

Il grado di raggiungimento di sette step (% sul totale degli ospedali)

Stage	Germania	Italia	Olanda	Spagna	Europa*
7	0,3	0,0	0,0	0,5	0,1
6	0,0	0,6	3,8	4,3	1,4
5	8,3	6,6	34,6	40,9	14,9
4	1,9	1,8	3,8	6,7	2,8
3	8,3	3,4	1,9	1,9	4,0
2	34,9	26,7	55,8	18,8	27,2
1	0,6	41,4	0,0	9,6	18,8
0	45,7	19,5	0,0	17,3	30,7

SPESA OSPEDALIERA IT

Percentuale su spesa totale



(*) Europa occidentale e Polonia

Fonte: Himms Analytics Europe eHospital Census

FIGURA 4

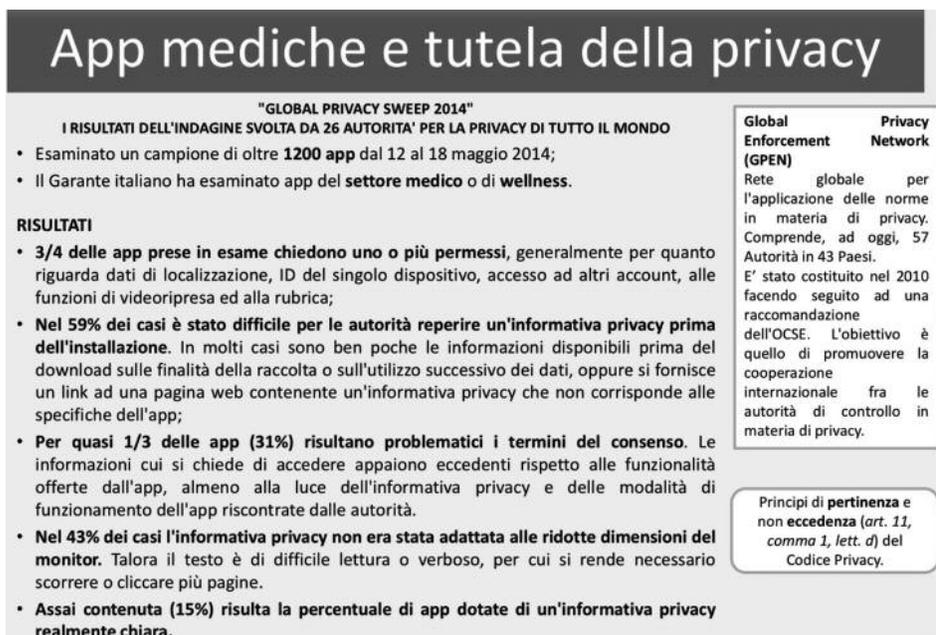


FIGURA 5

Classificazione dei servizi di Telemedicina

TELEMEDICINA					
CLASSIFICAZIONE		AMBITO	PAZIENTI		RELAZIONE
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	sanitario	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acuzie	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO			Assenza del Paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA			Presenza del Paziente, <i>in tempo reale</i>	B2B2C
TELE SALUTE		sanitario	E' prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
TELE ASSISTENZA		socio-assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili		

* B2B: individua la relazione tra medici

B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario

B2C: individua la relazione tra medico e paziente

FIGURA 6

<i>Table. Online Physician Activities: Benefits, Pitfalls, and Recommended Safeguards</i>			
Activity	Potential Benefits	Potential Pitfalls	Recommended Safeguards
Communications with patients using e-mail, text, and instant messaging	Greater accessibility Immediate answers to nonurgent issues	Confidentiality concerns Replacement of face-to-face or telephone interaction Ambiguity or misinterpretation of digital interactions	Establish guidelines for types of issues appropriate for digital communication Reserve digital communication only for patients who maintain face-to-face follow-up
Use of social media sites to gather information about patients	Observe and counsel patients on risk-taking or health-averse behaviors Intervene in an emergency	Sensitivity to source of information Threaten trust in patient-physician relationship	Consider intent of search and application of findings Consider implications for ongoing care
Use of online educational resources and related information with patients	Encourage patient empowerment through self-education Supplement resource-poor environments	Non-peer-reviewed materials may provide inaccurate information Scam "patient" sites that misrepresent therapies and outcomes	Vet information to ensure accuracy of content Refer patients only to reputable sites and sources
Physician-produced blogs, microblogs, and physician posting of comments by others	Advocacy and public health enhancement Introduction of physician "voice" into such conversations	Negative online content, such as "venting" or ranting, that disparages patients and colleagues	"Pause before posting" Consider the content and the message it sends about a physician as an individual and the profession
Physician posting of physician personal information on public social media sites	Networking and communications	Blurring of professional and personal boundaries Impact on representation of the individual and the profession	Maintain separate personas, personal and professional, for online social behavior Scrutinize material available for public consumption
Physician use of digital venues (e.g., text and Web) for communicating with colleagues about patient care	Ease of communication with colleagues	Confidentiality concerns Unsecured networks and accessibility of protected health information	Implement health information technology solutions for secure messaging and information sharing Follow institutional practice and policy for remote and mobile access of protected health information

FIGURA 7

Ostacoli allo sviluppo della sanità elettronica

Nonostante le opportunità e i vantaggi, la diffusione su vasta scala della sanità elettronica è intralciata dai seguenti ostacoli :

- sensibilizzazione carente e scarsa fiducia nelle soluzioni di sanità elettronica da parte di pazienti, cittadini e operatori sanitari;
- mancanza di interoperabilità tra le soluzioni di sanità elettronica;
- poche prove concrete su vasta scala dell'efficacia sotto il profilo dei costi degli strumenti e dei servizi di sanità elettronica;
- assenza di chiarezza giuridica sulle applicazioni mobili nel settore sanitario e del benessere e mancanza di trasparenza sull'uso dei dati rilevati con tali applicazioni;
- inadeguatezza e frammentazione dei quadri giuridici, ad esempio per quanto riguarda i regimi di rimborso dei servizi di sanità elettronica;
- elevati costi iniziali per chi intende realizzare sistemi di sanità elettronica;
- differenze a livello regionale relative all'accesso ai servizi TIC, accesso limitato in aree svantaggiate.

FIGURA 8

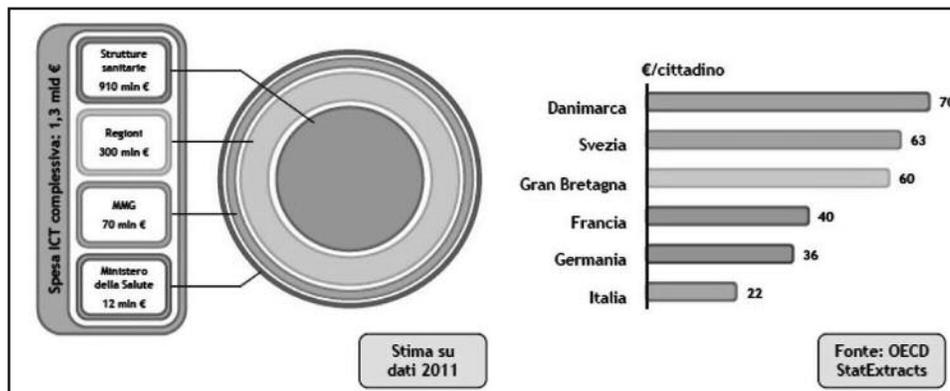


FIGURA 9

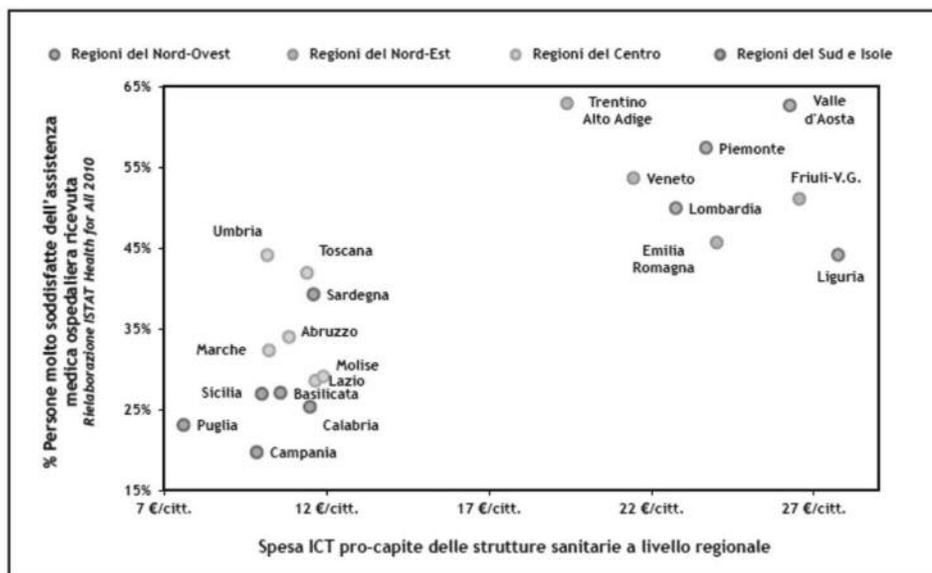


FIGURA 10

POLITECNICO MILANO 1863
SCHOOL OF MANAGEMENT

OSSERVATORI.NET
digital innovation

Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità

Sanità digitale: non più miraggio, non ancora realtà

Presentazione dei risultati della Ricerca 2015-2016

Mercoledì 4 Maggio 2016, ore 9.00 - 16.30
Sala Conferenze - Istituto Mario Negri
Via La Masa 19, 20156 Milano

 Hashtag: #ODS

FIGURA 10

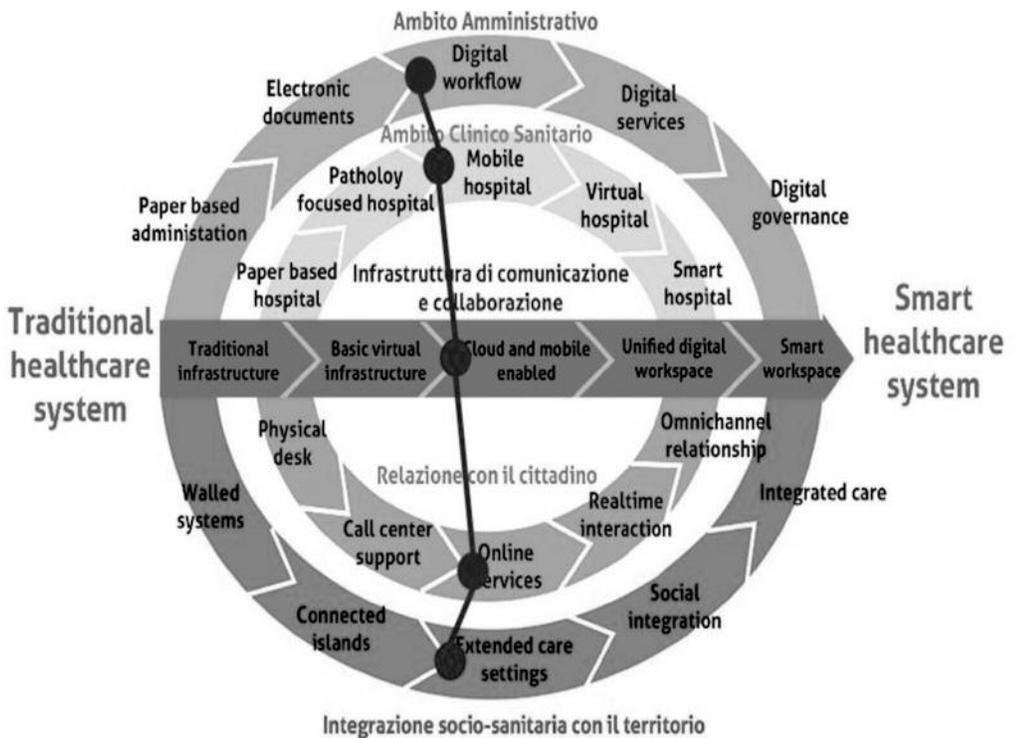


FIGURA 10

I PORTALI SPECIALIZZATI

	<p>http://medicapp.info/appmediche/</p>	<p>Portale curato da una società di sviluppo software (Stratos SpA). Contiene ad oggi una selezione di circa 15.000 app mediche, ricercabili tramite diversi filtri. <u>Sviluppata anche la APP per l'accesso al portale.</u></p>
	<p>http://www.imedicalapps.com/</p>	<p>Portale delle app sulla salute disponibili sul mercato USA. Ciascuna App è sottoposta alla valutazione di un gruppo di medici. Ha anche una sezione per i pazienti.</p>
	<p>http://myhealthapps.net/</p>	<p>Portale di app testate direttamente dai pazienti. Le app sono organizzate per categorie ed è disponibile sia la valutazione dei pz che il referaggio</p>

Bed management e flow patient

Giuseppe Ditaranto

già responsabile del Centro Studi Qualità,
Formazione Ricerca Asl Matera

IL RAZIONALE DELLA PROCEDURA del Bed Management è quello di assicurare al paziente giusto, nei tempi giusti, il setting assistenziale giusto e per la giusta durata. La procedura si basa su un modello concettuale di Ospedale che potremmo definire “dei vasi comunicanti”: in un Ospedale, considerato come sistema complesso, nessuna Unità Operativa o Area Funzionale può essere considerata avulsa dal contesto di cui fa parte ma necessariamente inserita in una rete organizzativa e relazionale.

Altro elemento a fondamento della procedura è la modalità di ammissione in Ospedale, essenzialmente distinta in due corsie preferenziali: l'urgenza e l'elezione. Nella prima il paziente arriva al Pronto Soccorso dove avviene la valutazione del suo problema attivo, cui segue la dimissione a domicilio oppure il ricovero; per quest'ultimo viene preso in carico dalla Unità Operativa, dove gli viene assegnato il posto letto. Nell'ammissione in elezione il paziente, già noto alla Unità

*Il Bed
Management: come
gestire il flusso dei
pazienti in ospedale*

Operativa e inserito in lista di attesa secondo criteri diversi (classe di priorità, cronologia di prenotazione), viene direttamente preso in carico dalla Unità Operativa che provvede all'assegnazione del posto letto.

Elemento critico per il corretto funzionamento della procedura di Bed Management è la durata della degenza; è fondamentale assicurare la giusta durata della degenza rispetto al problema clinico attivo per evitare “tappi” o “colli di bottiglia” al regolare flusso dei pazienti, per una ottimale gestione delle risorse umane e organizzative.

Questo è reso possibile dall'adozione di percorsi di cura specifici per ciascuna Unità Operativa, definiti in base alle patologie più frequentemente trattate nella stessa. In questo modo è possibile ridurre i tempi della diagnosi e del trattamento, con evidenti ricadute positive su tutto il sistema. L'attenzione alla giusta durata della degenza, inoltre, significa programmare con sufficiente anticipo la dimissione domiciliare o quella protetta.

Gli strumenti per gestire tutta la procedura del Bed Management sono:

- una cabina di regia dedicata formata da personale con competenze sulla procedura, inserita nella Direzione sanitaria del presidio ospedaliero;
- un “cruscotto” digitale collegato con il sistema di gestione dei ricoveri e quello della cartella clinica informatizzata, con l'indicazione dei posti letto disponibili, e della loro localizzazione, all'interno della Unità operativa o dell'area funzionale e dei livelli di allerta per i percorsi di cura utilizzati.

Anche il Pronto Soccorso potrà aver accesso agli stessi dati e, in questo modo, può scegliere il setting assistenziale più appropriato per il problema clinico del paziente. La procedura del Bed Management può avere applicazioni anche in ambito di assistenza territoriale, quali l'area della cronicità e l'assistenza

domiciliare integrata: è sufficiente considerare ogni paziente come occupante di un posto letto “virtuale”.

PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI BED MANAGEMENT

La gestione del posto letto assume una valenza importante ai fini di assicurare il setting assistenziale più appropriato al paziente che necessita di ricovero ospedaliero, sia nella fase di acuzie che in quella di post-acuzie, in particolare nella fase attuale di riorganizzazione della rete ospedaliera dell’Azienda, che deve ottemperare a disposizioni regionali e nazionali che prevedono una ulteriore riduzione del numero dei posti letto nelle strutture di degenza.

1. Razionale

Il presente documento definisce una procedura organizzativa per gestire il processo del Bed Management a livello aziendale, al fine di assicurare l’assegnazione del posto letto appropriato al paziente che ne ha necessità in base al suo problema di salute attivo, nel setting di degenza e per la durata appropriati.

2. Obiettivi

La presente procedura si applica al processo di Bed Management in tutte le strutture operative aziendali che sono sedi di degenza

3. Campo di applicazione

Nel modello concettuale del Bed Management occorre superare la visione della Unità Operativa differenziata per disciplina specialistica, al fine di recuperare spazi funzionali e operativi di integrazione e di coordinamento, definendo Strutture e Aree con i criteri di intensità di cura, di complessità assistenziale, di durata della degenza e di regime di ricovero.

4. Il processo di Bed Management

Il processo di Bed Management si basa sul modello organizzativo della rete integrata aziendale dell’assistenza ospedaliera e sul modello concettuale della erogazione delle prestazioni

4.1 Il Modello concettuale

in base ai bisogni di salute attivi del paziente e il loro livello di complessità assistenziale.

In questo modello i posti letto sono funzionalmente raggruppati in “pool” distinti per aree specialistiche, il cui numero non è predefinito, anche se fa riferimento al numero dei posti letto teorici previsti nell’assetto strutturale aziendale, ma integrati, nel senso che un “pool” può diventare l’area di compensazione, per una durata limitata, di un altro “pool”, della stessa area disciplinare o, in caso di necessità, di un’area disciplinare diversa, all’interno dello stesso Presidio Ospedaliero oppure in un Presidio Ospedaliero differente, comunque appropriato per i bisogni clinico-assistenziali del paziente.

Una Struttura Organizzativa Professionale Specialistica così definita prescinde dal numero dei posti letto assegnati e dalla loro allocazione logistica ma assume un numero dei posti letto “teorici”, appropriato per il modello gestionale e organizzativo; questo significa che i posti letto non sono rigidamente assegnati alle diverse specialità, anche se viene definito un numero di riferimento basato sugli indici storici di attività, e che viene garantita la piena flessibilità per fronteggiare eventuali picchi di domanda, mediante la disponibilità di posti letto nell’Area funzionale di afferenza.

L’Area funzionale specialistica ad attività integrata comprende tutte le Strutture Operative specialistiche omogenee per disciplina e per tipologie di cure prestate. Per ogni Presidio Ospedaliero per acuti devono essere individuate le Strutture operative specialistiche e le Aree funzionali specialistiche ad attività integrata. Il modello concettuale del Bed Management presuppone la differenziazione della linea delle funzioni gestionali da quella delle funzioni professionali. L’area funzionale specialistica integrata è il livello ottimale per l’esercizio del processo gestionale mentre a livello di Struttura Operativa specialistica si esercitano le funzioni professionali, sia cliniche che assistenziali. Nel processo del Bed Management è neces-

sario individuare una figura professionale responsabile di Area per il processo gestionale.

Nella gestione efficiente dell'assegnazione del posto letto in rapporto alle esigenze dei bisogni espressi dal flusso dei pazienti in entrata le fasi critiche sono:

Fasi

- l'ammissione;
- la durata della degenza;
- la dimissione.

Tutte le fasi devono essere presidiate dal personale che gestisce il processo di Bed Management. L'ammissione

In una struttura ospedaliera di degenza per acuti l'ammissione del paziente può avvenire attraverso due modalità:

- il sistema dell'emergenza;
- il sistema di elezione (ricovero programmato).

La entità del flusso dei pazienti nei due sistemi considerati varia in rapporto all'area disciplinare interessata e ai contesti specifici.

È necessario definire criteri e procedure per la gestione del sistema dell'emergenza (appropriatezza del ricovero rispetto al problema clinico attivo, appropriatezza del tempo per la presa in carico e per l'assegnazione del posto letto dopo la prescrizione del ricovero) e del sistema della elezione (gestione della lista di attesa per il ricovero in base a priorità cronologiche o di complessità clinico-assistenziale).

La durata della degenza condiziona in maniera significativa la disponibilità del posto letto per il flusso dei pazienti in entrata; è necessario, pertanto, mettere in atto tutte quelle procedure che possono essere utili a rendere appropriata la durata del ricovero, in particolare quelle finalizzate a:

La durata della degenza

- ridurre i tempi della diagnosi;
- ridurre i tempi per il trattamento.

I due obiettivi si ottengono mediante la definizione e l'atti-

vazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le patologie, epidemiologicamente più significative, trattate nello specifico contesto di ricovero.

La dimissione Ritardare la dimissione del paziente per cause non inerenti la sua condizione clinica attuale mette a rischio la sicurezza delle cure, oltre ad essere un ostacolo per una efficace gestione del posto letto. È necessario, pertanto, gestire il processo della dimissione prevedendola e programmandola con adeguato anticipo, procedura relativamente semplice se basata su percorsi clinico-assistenziali, soprattutto nel sistema della elezione, e attivando nei tempi appropriati la dimissione protetta e la continuità assistenziale, ove richieste dalla condizione clinica del paziente.

LA GESTIONE DEL BED MANAGEMENT

La gestione del Bed Management prevede una serie di fasi sequenziali e di attività, interdipendenti l'una dall'altra, di seguito rappresentate.

La “Unità di Bed Management” La gestione efficace del processo del Bed Management richiede il coinvolgimento di personale dedicato organizzato in team, con ruolo e responsabilità definite, integrato nei processi gestionali delle strutture aziendali di degenza. Pertanto viene istituita, presso ogni Presidio Ospedaliero per acuti, una Unità di Bed Management formata preferenzialmente da operatori afferenti al Servizio delle Professioni. Il gruppo può essere integrato, in base alle specificità del contesto o in particolari situazioni, da altro personale con competenze specifiche.

L'Unità di Bed Management, in quanto funzionale al processo del Governo Clinico, è supportato dalla funzione di staff della Delivery Unit, con la quale opera in stretta connessione. La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero sede della

degenza assume il ruolo e la responsabilità di integrare le diverse fasi del processo, gestito dalla Unità di Bed Management, con i percorsi e le attività delle strutture ospedaliere coinvolte.

Compiti specifici della Unità di Bed Management sono quelli di gestire (programmare, organizzare, valutare, monitorare) tutte le fasi del processo, come descritte successivamente.

*Compiti e funzioni
dell'Unità di Bed
Management*

All'Unità di Bed Management competono, in particolare, le seguenti funzioni:

- favorire la diffusione all'interno delle Strutture Operative specialistiche del modello della gestione funzionale dei posti letto, assegnati alla struttura ma appartenenti funzionalmente, oltre che alla struttura stessa, all'Area Specialistica integrata, e, in ultima analisi a tutta la struttura di ricovero;
- gestire il processo di Bed Management come linea gestionale separata dalla linea gestionale professionale, medica e infermieristica;
- monitorare le procedure per l'ammissione, sia nel sistema dell'emergenza che in quello della elezione;
- favorire la riduzione del tempo di attesa per l'assegnazione del posto letto dopo la prescrizione del ricovero;
- gestire, insieme alla Struttura Operativa Specialistica, la lista di attesa per il ricovero, medico e chirurgico;
- monitorare la durata della degenza;
- monitorare le procedure per la dimissione;
- favorire la dimissione protetta e la continuità assistenziale;
- attivare e mantenere canali comunicativi con la Direzione Sanitaria di Presidio, segnalando i livelli di allerta, il superamento della durata prevista di degenza, i ritardi nella dimissione;
- attivare e mantenere canali comunicativi con le strutture specialistiche, le Aree Specialistiche Integrate e le altre strutture operative aziendali sede di degenza, nonché con la

Delivery Unit;

- assicurare una reportistica del processo a tutte le strutture aziendali coinvolte;
- gestire l'electronic board (il "cruscotto").

Definizione dei livelli di allerta

La gestione del processo di Bed Management richiede la definizione di livelli di allerta del sistema, in base ai quali gestire il flusso dei pazienti e l'assegnazione del posto letto.

I livelli di allerta sono definiti sulla base di:

- numero dei posti letto presenti nella Struttura Operativa Specialistica di presa in carico;
- numero dei posti letto nell'Area Funzionale Specialistica ad attività integrata di afferenza disciplinare (Medica, Chirurgica);
- numero dei posti letto disponibili nelle aree di post-acuzie.

I livelli di allerta individuati sono riportati nella tabella.

Livello di allerta	Descrizione
1	L'assegnazione del posto letto avviene nell'ambito logistico della Struttura operativa specialistica di presa in carico, nel rispetto del numero dei posti letto previsti.
2	L'assegnazione del posto letto è gestibile all'interno dell'Area specialistica integrata, attivando le appropriate misure di compensazione fra le Strutture operative specialistiche afferenti all'Area.
3	L'assegnazione del posto letto non è gestibile all'interno dell'Area specialistica integrata cui afferisce la Struttura operativa specialistica di presa in carico, ma richiede appropriate misure di compensazione fra Aree Specialistiche Integrate differenti.

L'AMMISSIONE

La Struttura di Pronto Soccorso, dopo aver valutato il caso ed il problema attivo del paziente, accerta la necessità della ospedalizzazione, definendo la struttura operativa specialistica di ricovero più appropriata alla gestione del problema clinico attivo e prescrive il ricovero.

*Ammissione in
Emergenza*

Il medico di Pronto Soccorso attiva la Unità di Bed Management, presente nella struttura nelle ore diurne (dalle 8 alle 20); quest'ultima individua la disponibilità del posto letto nell'ambito della Struttura operativa specialistica oppure presso l'Area Specialistica Integrata, e provvede alla assegnazione del posto letto. Nelle ore notturne la comunicazione del ricovero e della struttura di presa in carico viene fatta al Medico di Guardia Interdivisionale, che assegna il posto letto, in conformità alle procedure di gestione del Bed Management.

L'ammissione in ricovero programmato avviene su criteri predefiniti da parte della Struttura operativa specialistica che ha preso in carico il paziente, dopo averne valutato il problema attivo e individuato il setting assistenziale più appropriato.

*Ammissione in
Elezione*

I pazienti che necessitano di ricovero programmato sono inseriti in una lista di attesa per singola Struttura operativa, determinata in base a criteri espliciti, preferibilmente per classi di priorità.

L'attivazione del ricovero programmato e l'assegnazione del posto letto relativo viene effettuata dalla Unità di Bed Management, in base alla disponibilità dei posti letto nell'ambito della Struttura operativa specialistica o, in casi eccezionali, in quello dell'Area Specialistica integrata.

Nel processo del Bed Management una fase particolarmente significativa è la presa in carico del paziente con il problema clinico attivo da parte della Struttura operativa specialistica. La presa in carico è antecedente al ricovero in caso di am-

Presa in carico

missione del paziente in elezione, mentre è conseguente al ricovero prescritto dalla struttura di Pronto Soccorso in caso di ammissione in emergenza.

Con la presa in carico la Struttura Operativa specialistica si fa carico del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per tutta la durata della degenza, fino alla dimissione o al trasferimento in altro setting assistenziale.

ASSEGNAZIONE DEL POSTO LETTO

Azioni propedeutiche

La gestione operativa dell'assegnazione del posto letto deve essere preceduta dalla propedeutica definizione della mappa aziendale sulla disponibilità di:

- posti letto ospedalieri disponibili nell'ambito dei Presidi Ospedalieri aziendali;
- posti letto ospedalieri per singole Unità Operative;
- posti letto ospedalieri per Aree specialistiche integrate;
- posti letto disponibili in Lungodegenza;
- posti letto assistiti/protetti disponibili in RSA e Case di Riposo.

La gestione operativa si basa sulle seguenti azioni:

- ricognizione puntuale del numero di posti letto liberi all'interno delle Strutture operative specialistiche e Aree specialistiche integrate;
- ricognizione puntuale del numero di pazienti immediatamente dimissibili;
- ricognizione puntuale del numero di pazienti dimissibili nelle 24 ore successive;
- ricognizione puntuale del numero di posti letto disponibili per l'ammissione in emergenza durante le ore notturne (dalle ore 20 alle ore 8);
- stima dei posti letto disponibili per i ricoveri programmati;
- stima dei posti letto ricavabili dalla sospensione dei ricoveri programmati;

- monitoraggio giornaliero della durata del ricovero sul singolo posto letto;
- confronto della durata con quella prevista dai piani diagnostico-terapeuticoassistenziali per quella tipologia di problema clinico;
- segnalazione alla Direzione Sanitaria del Presidio dei casi che hanno superato il valore soglia per la durata prevista.

Le attività per la gestione operativa sono correlate al livello di allerta così come definiti precedentemente.

Gestione operativa

L'Unità di Bed Management assegna il posto letto nell'ambito della Struttura operativa specialistica di presa in carico, come da protocollo.

Livello di allerta 1

L'Unità di Bed Management assegna il posto letto nell'ambito dell'Area Specialistica integrata cui afferisce la Struttura Operativa specialistica, segnala il livello di allerta al responsabile della linea organizzativa, medica e infermieristica, della Struttura operativa specialistica, al fine di facilitare la disponibilità del posto letto, agendo sui pazienti dimissibili e sui ricoveri programmati, e alla Direzione Sanitaria del Presidio.

Livello di allerta 2

L'Unità di Bed Management assegna il posto letto nell'ambito dell'Area Specialistica integrata che al momento dispone di posti letto liberi, preferibilmente rispettando le affinità delle discipline, segnala il livello di allerta al responsabile della linea organizzativa, medica e infermieristica, della Struttura organizzativa specialistica, al fine di facilitare la disponibilità del posto letto, agendo sui pazienti dimissibili e sui ricoveri programmati, e alla Direzione Sanitaria del Presidio.
In questo livello di allerta può essere necessario rendere disponibili posti letto provvedendo al trasferimento di pazienti presso altre strutture di degenza dell'Azienda.

Livello di allerta 3

Durata della degenza L'Unità di Bed Management ha il compito di monitorare la durata della degenza e di segnalare ai responsabili della struttura operativa specialistica e alla Direzione Sanitaria del presidio il raggiungimento di eventuali valori-soglia. Ha, inoltre, il compito di favorire, nell'ambito della Struttura Operativa, le azioni efficaci alla riduzione dei ritardi diagnostici e dei ritardi per il trattamento, e la implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le patologie più frequenti che sono trattate nella struttura.

Dimissione Al fine di favorire il flusso dei pazienti in uscita l'Unità di Bed Management ha il compito di monitorare le procedure della dimissione e di implementare i processi della dimissione protetta e della continuità assistenziale.

RUOLI E RESPONSABILITÀ

Si definiscono di seguito il ruolo e le responsabilità delle varie articolazioni aziendali in ordine alla gestione processo di Bed Management.

Unità di Bed Management Ruolo, funzioni e responsabilità della Unità di Bed Management sono descritti nei paragrafi precedenti, ai quali si rimanda.

Direzione Sanitaria Ospedaliera La Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri Aziendali:

- partecipa al processo di Bed Management;
- riceve le segnalazioni dalla Unità di Bed Management relative alle diverse fasi del processo;
- favorisce l'efficienza e l'efficacia del processo riducendo la variabilità comportamentale professionale nella gestione del processo, relativamente alle fasi di ammissione, durata della degenza e dimissione.

La Direzione del Servizio Aziendale delle Professioni:

- favorisce i processi di integrazione e di coordinamento intra ed interprofessionale;
- partecipa alla definizione ed alla implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali;
- implementa modelli assistenziali innovativi finalizzati alla efficacia del processo di gestione del Bed Management.

Direzione del Servizio delle Professioni

La Unità Operativa di Pronto Soccorso:

- valuta il paziente e lo invia al setting assistenziale più appropriato;
- definisce con i responsabili delle Strutture operative interessate percorsi condivisi per l'invio nell'area di degenza più appropriata;
- adotta modelli organizzativi coerenti con la gestione del processo di Bed Management.

U.O. Pronto Soccorso

Il Direttore delle Strutture operative specialistiche di degenza:

- facilita l'efficacia e l'efficienza del processo di Bed Management;
- definisce e implementa percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali finalizzati alla appropriatezza della durata di degenza;
- definisce e implementa procedure operative con la U.O. di Pronto Soccorso per l'ammissione al ricovero, la presa in carico e l'assegnazione del posto letto;
- definisce e adotta procedure per la dimissione;
- definisce e implementa percorsi di integrazione con altre strutture operative specialistiche all'interno dell'Area funzionale specialistica di afferenza e di altre Aree funzionali specialistiche.

U.O. Ospedaliera

Le Unità Operative di degenza dei Presidi Ospedalieri Distrettuali definiscono e implementano con le Strutture operative specialistiche e le Aree specialistiche integrate dei Presidi ospedalieri per acuti i percorsi per il trasferimento di pazienti

Unità Operative dei Presidi Ospedalieri Distrettuali

stabilizzati presso i setting assistenziali di competenza.

GLI STRUMENTI PER LA GESTIONE:

L'ELECTRONIC BOARD (IL "CRUSCOTTO")

Ai fini di una gestione del processo di Bed Management efficiente ed efficace l'Unità dedicata deve disporre in tempo reale dei dati relativi a:

- quanti sono i posti letto totali del Presidio Ospedaliero e dove sono allocati (Area Medica, Area Chirurgica);
- quanti sono i posti letto disponibili e dove sono allocati, definiti per intervalli temporali;
- il numero delle ammissioni in elezione, programmate e in atto, distinte per intervalli temporali;
- il numero delle ammissioni in emergenza, prevedibili o in atto, distinte per intervalli temporali;
- la durata prevista della degenza per ogni paziente;
- il numero delle dimissioni previste, distinto per intervalli temporali.

I dati utili per il Bed Management, da usare non per la gestione immediata ma quali indicatori del processo, sono quelli relativi alla lista di attesa per il ricovero programmato, alla lista di attività operatoria programmata, al numero delle procedure chirurgiche annullate, alla tipologia di ricovero (ordinario, Day Hospital), ai dati delle ammissioni e delle dimissioni aggregati per ora del giorno e per giorno della settimana. Per la gestione operativa di tutte le fasi del processo di Bed Management viene utilizzato un sistema di supporto informatico che consente a personale autorizzato l'accesso a dati archiviati nel sistema di gestione della documentazione clinica integrata aziendale (SIREP) necessari per la gestione di tutte le fasi del processo. Questo sistema ("cruscotto"), implementato con i dati provenienti dal SIREP, è finalizzato al processo di Bed Management e viene gestito dalla Unità di Bed Management.

Mediante il “cruscotto” è possibile avere in tempo reale i dati relativi a:

- la mappa dei posti letto: situazione di occupazione dei posti letto a livello di presidio ospedaliero, per Struttura operativa specialistica e per Area funzionale integrata. Il dettaglio della mappa mostra per ogni unità operativa, i letti occupati, i letti liberi, i letti occupati da altre unità operative e i letti occupati da propri pazienti in altre unità operative. Inoltre, per i letti occupati è possibile visualizzare le informazioni principali del ricovero (numero di cartella, data e reparto di ricovero, diagnosi di accettazione con codice ICD9- CM, tipo di ricovero, anagrafica del paziente, numero della stanza e del posto letto occupato, eventuale unità operativa di presa in carico del paziente);
- la mappa della durata della degenza, con esplicitazione dei valori-soglia predefiniti per i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e con possibilità di segnali di allerta dei valori-soglia raggiunti o superati;
- la mappa della dimissione, con visualizzazione del numero pazienti immediatamente dimissibili o dimissibili nelle 24 ore;
- la mappa dell'ammissione per i ricoveri programmati, con possibilità di gestione della lista di attesa e del numero di ricoveri programmati da attivare in base alla disponibilità attuale del posto letto;
- la lista di attesa per il ricovero programmato, sia di tipo medico che di tipo chirurgico, in cui sono definite per ogni paziente l'anagrafica, la diagnosi codificata ICD9-CM, le priorità e i tempi massimi relativi, con possibilità di allerta del sistema in caso di superamento di questi ultimi.

Scelte Sagge per un'Organizzazione Centrata sul Paziente

Andrea Gardini

Slow Medicine

NEL MARZO 2001 l'Institute of Medicine pubblica (1) un libro molto adatto al nuovo millennio: *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century* (Saltare il fosso della qualità: un nuovo sistema per la salute del 21° secolo), nel quale si indicano 5 sfide obbligatorie per riprogettare i sistemi sanitari: riordinare i processi assistenziali, usare bene le tecnologie informative, gestire la conoscenza e le competenze, sviluppare gruppi di lavoro efficaci, coordinare le cure attorno al paziente. Afferma che le cure dovevano puntare su 6 obiettivi generali: sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività, efficienza, equità.

Il 5 febbraio del 2002 l'ABIM Foundation, l'ACP-ASIM Foundation e la Federazione Europea di Medicina Interna pubblicano contemporaneamente sugli *Annals of Internal Medicine* e sul *Lancet* un documento comune intitolato *Medical Professionalism in the New Millennium: a Physician Charter*. Fra i redattori e firmatari il professor Alberto Maliani, dell'Università di Milano (2).

Tre i principi esposti:

- il principio della centralità del benessere dei pazienti;
- il principio dell'autonomia dei pazienti;
- il principio della giustizia sociale.

Fra gli impegni cui la Carta chiama i medici uno appare rilevante ai fini di questo contributo: *l'impegno ad un'equa distribuzione delle risorse limitate*. “La responsabilità professionale del medico verso un'appropriata allocazione delle risorse consiste nell'evitare scrupolosamente test e procedure superflue, poiché la fornitura di servizi non necessari non solo espone i propri pazienti a danni e spese evitabili, ma riduce anche le risorse a disposizione degli altri”.

Nel 2009 a Basilea il Congresso Mondiale dei Medici di Medicina Generale riuniti nel WONCA fa proprio il concetto di “Prevenzione Quaternaria”, la prevenzione cioè degli interventi medici non necessari. Fra gli estensori di questo documento due medici di Medicina Generale italiani, Giorgio Visentin e Donatella Sghedoni (3).

Nel 2009 John Ovreteit pubblica un documento importante commissionato per lo Health Fund inglese: *Does Improving Quality Save Money* (4), in cui dimostra che operare con buona qualità (progettare processi di cura con il paziente al centro, prevenire gli eventi avversi, favorire partecipazione dei professionisti e dei cittadini al disegno dei sistemi sanitari) non solo migliora lo stato di salute dei pazienti ma anche riduce di molto gli sprechi e quindi i costi.

Nel dicembre 2009 Howard Brody, dell'Institute of Medical Humanities dell'Università del Texas scrive sul *New England Journal of Medicine* un articolo intitolato “Medicine's ethical responsibility for health care reform: the top five list” in cui propone che ogni società scientifica discuta le 5 pratiche di propria competenza specifica ad alta probabilità di inappropriatezza, delle quali, al momento della prescrizione, discutere con i pazienti.

“Less is More” Subito di seguito un articolo sugli *Archives of Internal medicine*, di Deborah Grady, direttrice del Clinical & Translational Science Institute, intitolato “Less is More” (6) punta l’interesse sui guasti della medicina quantitativa e sulla possibilità concreta che fare di più non significhi fare meglio.

La nascita di Slow Medicine

Nel 2010 la Società Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria nel proprio congresso nazionale a Grado, sulla base di un documento programmatico proposto dal presidente e sottoscritto da 20 soci (7) approva l’avvio della costituzione di un movimento che si riferisce ai contributi precedenti di letteratura e nello specifico a Slow Food. *Slow Medicine*, viene fondata nel gennaio del 2011, con il contributo di Siquas e dell’Istituto Change, con un manifesto contenente tre parole chiave: per una cura sobria, rispettosa e giusta (8).

Nel 2012 l’Abim Foundation, assieme a *Consumer reports*, promuove l’iniziativa Choosing Wisely per coinvolgere quante più società medico scientifiche americane nella scelta delle 5 pratiche ad alta probabilità di inappropriatelyzza sulle quali promuovere un colloquio con i pazienti (9).

Subito dopo inizia Slow Medicine che promuove, assieme alla Fnomceo, alla Federazione dei Collegi Ipasvi, *Altroconsumo*, Partecipasalute del Mario Negri, Slow Food e altri partners il progetto “Fare di più non significa fare meglio”, con l’obiettivo di prevenire l’errore medico consistente nel fare più del necessario, o anche meno del necessario e di coinvolgere i pazienti nelle scelte che possono avere una bassa probabilità di essere appropriate (8).

Nel maggio 2016 si tiene a Roma il seminario internazionale di Choosing Wisely International, che vede la partecipazione di rappresentanti di 17 Paesi e l’osservazione dell’OECD e del Karolinska Institute, essendo diventato un fenomeno rilevante a livello internazionale (8).

Sempre più appare evidente che un'organizzazione sanitaria pubblica o privata che sopravvive sulla base del pagamento delle prestazioni o delle rette è portata a privilegiare la quantità delle prestazioni piuttosto che la qualità o gli esiti, ed a incoraggiare, con i suoi comportamenti, l'inflazione medica.

Il sistema di remunerazione delle organizzazioni sanitarie, per poter centrare con efficacia i suoi obiettivi sui bisogni delle persone, secondo alcune voci autorevoli, come quella della fondazione "Allineare sanità e salute" (10), dovrebbe modificare le proprie modalità di finanziamento, privilegiando la qualità (centralità dei bisogni dei pazienti e loro partecipazione alla progettazione dei percorsi trasversali di prevenzione- cura - riabilitazione, cure basate sulle prove di efficacia, in loro assenza ricerca e sperimentazione indipendente) al posto della quantità, che genera inappropriatelyzza, maggior rischio per i pazienti, maggiori contenziosi, sprechi, rischio di frodi, appesantimento burocratico inaccettabile, inflazione di prestazioni spesso anche inutili o dannose al solo scopo di profitto.

Per fare questo l'organizzazione tradizionale del lavoro, derivante da una teoria meccanicista di 100 anni fa che è stata utile a sviluppare l'industria manifatturiera ma che ha contribuito pure a creare la sciagurata corsa dell'uomo verso la distruzione della biosfera non può essere applicata al sistema sanitario, costituito da professionisti dotati di autonomia, responsabilità e libertà (11, 12). Il cambio di paradigma necessario vede cambiare un obiettivo: curare la salute delle persone e del pianeta e non solo le malattie, progettare i processi di prevenzione cura e riabilitazione a livello di singoli e di comunità, misurare i risultati in termini di guarigione e di miglioramento, subordinando gli obiettivi economici a quelli di salute.

È quindi necessaria una modifica del paradigma organizzativo... passare da un'organizzazione piramidale, fondata su

processi di potere verticali e lineari ad una organizzazione sistemica a rete, basata su processi trasversali orientati alle persone, alle comunità ed ai loro problemi di salute, concordata con gli attori, compresi i pazienti e le persone a loro più vicine, previsti nei percorsi stessi con ruoli, responsabilità, competenze e abilità di volta in volta definiti e concordati.

*Un sistema
organizzativo per
le persone e le
comunità*

Un sistema organizzativo per le cure alla salute adatto alla complessità della cura delle persone e delle comunità:

- riproduce se stesso senza modificarsi strutturalmente, ma nello stesso tempo deve la propria sopravvivenza all'apporto di risorse e conoscenza che provengono dal proprio contesto, con cui l'organizzazione dei professionisti per la salute continuamente si correla;
- deve la propria efficacia alla capacità di elaborare di continuo nuove strategie di cura, adattate alle sempre nuove conoscenze ed ai sempre nuovi bisogni delle persone e delle comunità trattate. Queste proprietà emergenti vanno favorite attraverso la ricerca diffusa ed alla medicina traslazionale. È quindi sbagliato tagliare le risorse per la conoscenza dei sistemi sanitari. Per battere la crisi è invece necessario aumentarle investendo in conoscenza.

È chiaro e conseguente a tutto ciò che lo stile di management migliore per gestire organizzazioni complesse non è quello che mette l'organizzazione al proprio servizio, ma è quello che si mette, con eleganza e ascolto, al servizio dell'organizzazione, perché l'organizzazione sanitaria è prima di tutto una organizzazione morale che trae dall'etica la sua fonte primaria e non può essere piegata a limitate logiche economiche, che, è sotto gli occhi di tutti, hanno fallito nel loro intento di tenere sotto il solo controllo economico e dei comportamenti dei professionisti la meravigliosa complessità dei sistemi interrelati per la salute.

Bibliografia

1. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* the National Academy of Sciences, 2001
2. <http://abimfoundation.org/what-we-do/medical-professionalism-and-the-physiciancharter/> physician-charter
3. http://www.primarycare.ch/docs/primarycare/archiv/fr/2010/2010-18/2010-18-368-ELPS_ital.pdf
4. http://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingQualitySaveMoney_Evidence.pdf
5. Howard Brody, M.D., Ph.D Medicine's Ethical Responsibility for Health Care Reform — The Top Five List. *N Engl J Med* 2010; 362:283-285 January 28, 2010 DOI: 10.1056/NEJMp0911423
6. Deborah Grady, MD, MPH; Rita F. Redberg, MD, MSc Less Is More: How Less Health Care Can Result in Better Health. Editorial | May 10, 2010 *Arch Intern Med.* 2010;170(9): 749-750. doi:10.1001/archinternmed.2010.90.
7. Andrea Gardini: Il primo manifesto per una Slow Medicine, novembre 2009. in Bert G., Gardini A. Quadrino S, *Slow Medicine*. Sperling&Kupfer, 2014
- 8) www.slowmedicine.it
- 9) <http://www.choosingwisely.org>
- 10) <http://fondazioneallinearesanitaesaalute.org>
- 11) Gareth MOrgan. *Le Metafore dell'Organizzazione*. Franco Angeli. Nuova edizione aggiornata 2002)
- 12) Henry Mintzberg. Managing the myths of health care organisation https://aoc.mcgill.ca/channels/sites/mcgill.ca/channels/files/channels/attach/managing_the_myths_of_health_care.pdf

La Responsabilità Sociale dell'Azienda Ospedaliera

Fabrizio Russo

economista esperto di Etica applicata ai sistemi sanitari

*Introduzione: la
responsabilità nelle
diverse cornici
filosofiche*

IL CONCETTO DI RESPONSABILITÀ è stato oggetto di diverse analisi filosofiche (per un approfondimento si veda Miano 2010). Senza avere la pretesa di fornire un quadro esaustivo, si ritiene utile segnalare alcune delle principali posizioni: Max Weber guarda alla responsabilità come la disposizione a tenere conto delle conseguenze e degli effetti “prevedibili” di una decisione. Più recentemente, Hans Jonas, sostituisce l’aggettivo “prevedibili” con “possibili”. Jonas, antesignano del concetto di sostenibilità, afferma: “Agisci in modo che le conseguenze delle tue azioni non distruggano la possibilità futura di tale vita” (Jonas, 1990).

La responsabilità nasce dalla paura del futuro, dalla consapevolezza per i pericoli intrinseci della tecnologia. L’“euristica della paura” porta a scoprire anche le conseguenze possibili del proprio agire. Un nuovo imperativo categorico emerge, dunque, nell’ambito del concetto di responsabilità, riferito non tanto e non solo alla persona presente *hinc et nunc* ma

anche alle generazioni future. Si è fatto riferimento all'imperativo categorico e ciò chiama in gioco il teorico dell'etica deontologica, Emmanuel Kant, che tanta parte ha nell'etica delle organizzazioni, a distanza di due secoli, influenzando la teoria normativa degli stakeholders (Freeman R. Edward, Phillips Robert A., 2002). Kant afferma: "Agisci in modo da trattare l'umanità, tanto nella tua persona quanto nella persona di ogni altro, sempre nello stesso tempo come un fine, e mai unicamente come un mezzo". L'etica del dovere kantiano si contrappone ad una certa visione utilitarista, secondo la quale: "Il supremo principio dell'etica è accrescere al massimo la felicità [della maggior parte degli individui], in modo che nel bilancio complessivo il piacere superi il dolore. Secondo Bentham, è giusto fare tutto quel che può accrescere al massimo l'utilità; e per utilità il filosofo intende qualunque cosa riesca a produrre piacere o felicità e qualunque cosa eviti il dolore o la sofferenza[...]" (Sandel 2010, p.44); in ambito economico infine, M. Friedman, premio Nobel per l'economia, ci informa che l'unica responsabilità dell'azienda è massimizzare il profitto, per una categoria di *stakeholders*, gli *shareholders*, gli azionisti i proprietari (Friedman, 1970), sollevando una serie di critiche che daranno il via alla teoria degli stakeholders, secondo diverse cornici etiche (Freeman, Evan, Argandoña...).

“La sanità riceve dalla società un mandato preciso: curare l'uomo malato. Il processo di aziendalizzazione che ultimamente ha caratterizzato il settore sanitario, è una grande opportunità per rispondere a tale mandato in modo efficace e appropriato. Tuttavia il ricorso allo strumento aziendale presuppone un solido approfondimento della ragion d'essere di tale settore [...]. Da tale mandato discende, una responsabilità dei diversi soggetti (manager, medici infermieri, amministrativi) nei confronti della società che consiste nel realizzare, attraverso il loro contributo,

*Un mandato
fiduciario*

il fine istituzionale dell'azienda stessa. Se è evidente che il soggetto titolare di una responsabilità è sempre la persona capace di agire, parlare di responsabilità sociale di un'azienda e, nel nostro caso, di un'azienda ospedaliera ha senso solo se si ricorre ad una analogia, assimilando l'azienda ad un agente morale che ha una responsabilità verso la società.” (Russo, 2014).

Attraverso lo strumento organizzativo, l'azienda ospedaliera può usare le sue risorse in modo efficiente ed appropriato per soddisfare i bisogni di salute della comunità che serve. Per realizzare questo fine, l'ospedale, in quanto azienda, ha la responsabilità di governare i suoi processi gestionali in modo da sopravvivere nel lungo periodo e ciò al fine di soddisfare bisogni, come insegna la dottrina economico aziendale italiana (Gino Zappa, 1956 in Costa and Ramus, 2011), bisogni di salute. L'azienda ospedaliera, infatti, attraverso un'appropriata struttura organizzativa, coordina gli sforzi di professionisti dai diversi saperi multidisciplinari per il conseguimento di un fine comune, di un bene comune, qual è appunto la soddisfazione dei bisogni di salute. Complesse procedure amministrative e finanziarie, costosi investimenti in tecnologie, la qualità del lavoro dei suoi operatori, bisogni formativi sempre più vasti, crescente attenzione ai bisogni e ai diritti dei pazienti e all'impatto ambientale, queste alcune delle dimensioni sulle quali l'azienda sanitaria è oggi chiamata a vivere la sua responsabilità sociale, assicurando elevata qualità di cura, alta complessità, costi bassi, appropriatezza clinica e organizzativa con il ricorso agli appropriati setting assistenziali.

In particolare, se non si vuole banalizzare l'uso dello strumento organizzativo in sanità, a parere di chi scrive, occorre che l'azienda sanitaria promuova al suo interno un'attento processo introspettivo, finalizzato alla comprensione ed esplicitazione della sua ragion d'essere, del suo posizionamento rispetto al bacino epidemiologico di riferimento; in estrema sintesi, la

prima responsabilità sociale di un'azienda sanitaria è consolidare il significato più profondo della sua identità organizzativa, attraverso un coinvolgimento fattivo di tutti i suoi stakeholders ed in particolare di quelli interni, i dipendenti, teso ad esprimere cosa è l'azienda ospedaliera per il territorio di riferimento.

Questo processo non è per nulla scontato: una ricerca che si sta conducendo all'interno di un'azienda sanitaria, dimostra che su 200 dipendenti coinvolti, solo il 10% è a conoscenza della mission della propria azienda; gli altri hanno una conoscenza vaga, della funzione generale di un servizio sanitario ma non conoscono le caratteristiche specifiche delle mission della propria azienda, i tratti distintivi che la distinguono da altri provider. Investire nella conoscenza della mission ed in generale dell'identità dell'azienda sanitaria consente di creare un asset intangibile che però è capace di generare un forte senso di appartenenza. Una crisi aziendale si trasforma in crisi etica “quando è in gioco non solo ciò che abbiamo fatto male, ma addirittura ciò che siamo” (Argandoña 2.X.2015) e ancora “Una ricerca condotta da Fiaso – sottolinea il presidente, Francesco Ripa di Meana – dimostra che, soprattutto in tempo di crisi, assume valore strategico (...) la capacità del management di generare un forte senso di appartenenza aziendale (...)” (*Sole 24 ore sanità*, 7.5.2015).

Accanto alla mission va approfondito anche tutto il sistema valoriale che fonda il *modus operandi* dell'azienda, quel codice di comportamento non scritto che è però una bussola alla quale gli operatori possono aggrapparsi quando si è di fronte a momenti di scelte difficili.

Cos'è l'azienda sanitaria per il territorio, qual è l'aspettativa di tutti coloro che hanno un interesse legittimo verso l'azienda? Mappare questa aspettativa è una ulteriore dimensione

*Identità
organizzativa*

Gli stakeholders

di responsabilità sociale dell'azienda: conoscere chi siano i propri stakeholders e quali aspettative abbiano nei confronti dell'azienda sanitaria è un'operazione che in qualche modo completa il processo di definizione dell'identità organizzativa. Gli stakeholder spesso hanno un pre-giudizio nei confronti dell'azienda, una valutazione a volte temeraria ma anche definitiva sulla capacità dell'azienda ospedaliera di soddisfare le loro aspettative.

Compito dell'azienda è superare le aspettative dei portatori di interessi legittimi. Andare oltre, sorprendere il suo interlocutore privilegiato, lo stakeholder appunto; quell'”andare oltre” così diffuso nella terminologia della responsabilità sociale, da essere assunto a paradigma e significato più autentico della cosiddetta *Corporate Social Responsibility*.

Evidentemente, la responsabilità sociale dell'azienda ospedaliera verso i suoi stakeholders si manifesterà in attività concrete, come: gli investimenti in formazione verso i suoi operatori, perché abbiano le conoscenze più aggiornate possibili ed in particolare verso i medici, perché possano costruire una relazione terapeutica che tenga conto di varie dimensioni (outcomes, costi, livello socio-culturale del paziente...), valutando i dati delle *best evidence* disponibili ed attualizzandoli nelle scelte e nell'esercizio delle responsabilità professionali, operando alla luce dei dati desunti da una medicina basata sulle prove di efficacia e non solo dall'esperienza ed opinione personale; la definizione partecipata delle strategie di tutela della salute, con un coinvolgimento ampio alla comunità di riferimento; l'adozione di procedure che tutelino la privacy degli operatori e dei pazienti; politiche ambientali e di efficienza energetica, ecc.

Il ruolo delle unità operative di Programmazione e Controllo di Gestione

Per completare il processo di responsabilità sociale, è necessario che l'azienda sanitaria si doti di un idoneo processo di ren-

dicontazione delle sue performance; che la struttura organizzativa preveda al suo interno una unità operativa capace di confrontare dati economici, di attività e di struttura e li possa rappresentare in modo da dare conto del modo in cui l'azienda ha realizzato il suo impatto verso gli stakeholders interni ed esterni ed in particolare verso il paziente. In effetti, il dare conto mette in gioco anche la coerenza tra ciò che l'azienda dice di essere (la sua mission) e ciò che l'azienda è stata per i pazienti, i dipendenti, i fornitori, le altre aziende ecc. Rendicontare le sue performance è, pertanto, per l'azienda un'altra dimensione della sua responsabilità sociale: dare conto di come si sono utilizzate le risorse per realizzare la mission dell'organizzazione è qualcosa di profondamente etico, che ha a che fare con un'etica del dare conto, di più con un'etica del lavoro ben fatto!

Ciò implica una capacità organizzativa non banale, adeguata ad integrare informazione di natura eterogenea (costi e ricavi, setting assistenziale, stile relazionale, utilizzo dei posti letto ecc.). Il sistema di programmazione e controllo in questo ambito svolge un ruolo fondamentale. Il controllo di gestione non può e non deve gestire il suo ruolo in modo ragionieristico ma deve fornire al management informazioni di varia natura che consentano all'azienda di comprendere se essa sta realizzando la sua mission in modo:

- appropriato;
- efficiente;
- efficace.

Il continuo monitoraggio che un ufficio di controllo di gestione può assicurare in raccordo con la direzione sanitaria deve fondarsi su una continua collaborazione tra organi di staff ed unità organizzative assistenziali, dalla quale scaturisce la possibilità di correggere comportamenti organizzativi errati e dispendiosi.

L'attenta disamina dell'attività assistenziale, lo studio dei ca-

se-mix di reparto con l'individuazione dei costi variabili per tipologia di prestazione e la definizione del profilo di cura, attraverso l'intervista realizzata con il medico, i feedback che possono derivare da un sistema di controllo direzionale capace di fornire informazioni integrate, eterogenee, e confrontabili nel tempo, sono elementi che possono favorire e promuovere la dimensione della cooperazione, dell'autonomia e in definitiva della responsabilità.

Occorre, però, sottolineare una dimensione ulteriore che va tenuta sotto controllo e rendicontata da parte di un'azienda ospedaliera che è quella che fa riferimento all'efficacia; con la possibilità che deriva dai tanti sistemi informativi messi a disposizione dagli osservatori epidemiologici regionali e dal programma nazionale esiti, oggi, qualsiasi ufficio di programmazione e controllo è in grado di realizzare delle analisi di benchmarking, capaci di evidenziare qual è il *best performer* per una data patologia oppure con riferimento ad un dato indicatore (appropriatezza clinica, complessità, indice chirurgico, rischio di inappropriatazza...). Questo è un dato particolarmente utile, frutto della condivisione, della cooperazione, che consente all'azienda di uscire da una certa autoreferenzialità e di confrontarsi con altri provider simili per dimensione o funzione istituzionale (policlinici, presidi ospedalieri, aziende ospedaliere...). Il benchmarking è uno strumento che, utilizzato adeguatamente, può spingere l'azienda verso comportamenti virtuosi, dove per una volta virtù non è sinonimo di economicità ma di efficacia e di eccellenza. Il dare conto della propria attività, attraverso il controllo di gestione o altre unità organizzative di *staff o di line*, è una importante responsabilità sociale che deve spingere al miglioramento continuo, all'insegna di un'etica del lavoro ben fatto, e all'atteggiamento di lasciarsi valutare dagli stakeholders di riferimento.

In questo quadro appare utile al fine di dare conto del modo in cui l'azienda ospedaliera ha vissuto la sua responsabilità sociale, ricorrere a strumenti di rendicontazione sociale come appunto il bilancio sociale (si veda Hinna, 2004) uno strumento idoneo a:

- costruire e diffondere una comune identità organizzativa con l'aiuto degli stakeholders interni ed esterni;
- facilitare la circolarità delle informazioni all'interno e all'esterno in merito alla pianificazione strategica dell'azienda dei prossimi anni e alle funzioni organizzative presenti in azienda;
- costruire una mappatura completa e sintetica degli stakeholders dell'organizzazione;
- rendicontare le attività svolte verso pazienti, risorse umane, utenti, fornitori....;
- conoscere il modo in cui l'azienda ha utilizzato le risorse economiche e finanziarie a livello aziendale e per centro di costo;
- rappresentare un appropriato strumento di comunicazione istituzionale capace di superare alcune asimmetrie informative, specie in un ambito sanitario, tra azienda e stakeholders.

In sintesi, uno strumento capace di realizzare un confronto tra idee e fatti: le idee che l'azienda ha immaginato sul proprio futuro, impegnandosi a realizzarle con i propri stakeholders (il patto con gli stakeholders) e i fatti, ossia le attività effettivamente realizzate e più o meno coerenti con queste idee, assolvendo in un certo senso anche a strumento di controllo direzionale. Un confronto da effettuare tra dimensioni previsionali e consuntive, accomunate da un denominatore comune, l'assetto valoriale, il *modus operandi* dell'azienda che dovrebbe integrare e costituire la filigrana di tutti i comportamenti aziendali. Ricordando la lezione di alcuni autori: "The organisation must be judged morally purely by the way

in which it pursues those goals” (Wilmot 2000).

Occorre avviare una poderosa azione formativa in business ethics e in responsabilità sociale, affinché gli operatori aziendali possano acquisire dimestichezza con questi temi e si possa superare in tal modo una certa visione economicista che da troppi anni imperversa nel nostro sistema sanitario. L’atto sanitario, per non rimanere prigioniero di una valutazione utilitaristica o kantiana, richiede un fondamento su un’etica robusta, che sappia superare i limiti delle precedenti, la massimizzazione del profitto come unico o principale obiettivo o un’arida lista di doveri dettati da linee guida e protocolli, e che favorisca la cooperazione.

Radice etica della proposta

L’etica alla quale si vuole fare riferimento è l’etica del bene comune¹, un’etica che porta a riconoscere i limiti dei saperi disciplinari e che pertanto spinge a ricercare la collaborazione di differenti soggetti, nella convinzione che l’atto sanitario è un atto integrato che si realizza attraverso il contributo di tanti soggetti, incluso il contributo dell’amministrativo che registra fatture, che hanno come fine comune la soddisfazione dei bisogni di salute e nel realizzare tale contributo il singolo soggetto cerca di svolgerlo nel modo migliore possibile, realizzando simultaneamente due obiettivi: il miglioramento delle condizioni di salute del paziente ed il proprio miglioramento umano e professionale, nella logica aristotelica dell’etica delle virtù, attraverso la ripetizione di atti che realizzati nel modo migliore possibile porta a perfezionare non solo gli atti stessi ma anche il loro autore, divenendo così un bravo medico, infermiere, amministrativo ecc.

Un’organizzazione ospedaliera che desidera essere socialmente responsabile deve favorire, pertanto, che ciascuno stakeholder

1 Il bene comune è “l’insieme di quelle condizioni della vita sociale che permettono ai gruppi, come ai singoli membri, di raggiungere la propria perfezione più pienamente e più speditamente” (Tommaso D’Aquino (De Reg., 1. I, c. 15, n. 817).

interno o esterno realizzi la propria parte nel modo migliore possibile (Borgonovi 2005), come un buon direttore d'orchestra che svolge il suo ruolo, armonizzando e valorizzando il contributo di ciascuno orchestrale; di conseguenza, l'azienda curerà la formazione dei suoi dipendenti, l'uso efficiente delle risorse, la riduzione delle esternalità negative e il suo impatto sociale e ambientale. Questo sforzo a fare la propria parte nel modo migliore possibile è ciò che definiamo etica del lavoro ben fatto, un ambito, per così dire, applicato dell'etica del bene comune, un'etica che spinge ad un continuo miglioramento personale, ad andare oltre, prevedendo gli effetti prevedibili e possibili di un dato comportamento, in modo tale da superare le aspettative dei nostri stakeholders e superando la logica della contrapposizione tra i portatori di interesse legittimi, in vista della realizzazione del nostro bene comune ossia il soddisfacimento dei bisogni di salute.

Bibliografia

- Argandoña A. The Stakeholders Theory and the Common Good, *Journal of Business Ethics* 17: 1093-1102, 1998
- Borgonovi E., La responsabilità sociale in sanità, *Mecosan*, 2005, n. 56: 3-9
- Costa E., Ramus T. (2011), "The Italian 'Economia Aziendale' and Catholic Social Teaching: How to Apply the Common Good Principle at the Managerial Level", *Journal of Business Ethics*, 106(1), pp. 103-116. <http://dx.doi.org/10.1007/s10551-011-1056-x>
- Freeman R. Edward, Phillips Robert A. *Stakeholder Theory: A Libertarian Defense* (pp. 331- 349) vol. 12, n 3, Jul. 2002
- Friedman M The social responsibility of business is to increase its profits. *New York Times Magazine* 1970;Sept. 1:122-26.
- Hinna L. *Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche* ed. Franco Angeli 2004
- Jonas H. *Il principio di responsabilità un'etica per la civiltà tecnologica*

Einaudi 1990

- Russo F. *La responsabilità sociale dell'azienda ospedaliera verso il paziente* (Volume 11 di
- Quaderni di ricerca economico-aziendale. Teoria e casi) Aracne, 2014
- Sandel M. *Il nostro bene comune*, Feltrinelli 2010
- Weber Max Scritti Politici Donzelli, 1998
- Wilmot S. (2000) Corporate moral responsibility in healthcare Medicine, *Healthcare and Philosophy* 3: 139–146, 2000.

Documento di sintesi per la discussione in Comitato Centrale

*A cura del Gruppo di Studio Fnomceo
su Organizzazione dei sistemi sanitari*

IL COMITATO CENTRALE DELLA FNOMCEO, in occasione della Conferenza Nazionale della Professione Medica, prevista a Rimini nelle giornate del 19-21 maggio, ha dato mandato al Centro Studi di affrontare il tema dell'Organizzazione dei Sistemi Sanitari, al fine di predisporre un documento aggiornato da porre all'attenzione della professione per ulteriori approfondimenti.

Il bisogno di un approfondimento dei processi verso una posizione comune della professione in tema di organizzazione dei sistemi sanitari nasce dall'evidente situazione di difficoltà organizzative in cui versano i sistemi sanitari italiani.

Queste si manifestano con vari fenomeni che ne mettono in discussione la credibilità:

- i fenomeni corruttivi;
- i tempi d'attesa;
- l'aumento del contenzioso legale fra pazienti e medici;

*Le criticità
nell'organizzazione
sanitaria*

- l'eccesso di burocrazia amministrativa non compensato dalle promesse mancate dell'informatica, che sta ulteriormente appesantendo il lavoro dei medici togliendo tempo alla relazione di cura, che è soprattutto un rapporto di comunicazione e di scambio fra persone, medici e pazienti, per un progetto diagnostico terapeutico da condividere e da rinnovare ad ogni occasione nel corso di un episodio di malattia;
- i rapporti molto variabili con i vertici manageriali delle aziende sanitarie e con la politica;
- le rivendicazioni delle altre professioni sanitarie, per certi versi in contrapposizione al ruolo del medico;
- i tagli economici lineari che riducono i margini di flessibilità del sistema provocando penalizzazioni improprie;
- le tecniche di programmazione e controllo come la negoziazione del budget ed il controllo di gestione che raramente sono utilizzate per sviluppare e far crescere l'organizzazione sanitaria ma al solo scopo di controllo formale dei costi e di adempimento normativo;
- gli strumenti per la legittimazione e la valorizzazione delle prestazioni nel sistema sanitario pubblico, (come i Livelli Essenziali di Assistenza, i DRG, le tariffe delle prestazioni ambulatoriali, i meccanismi di accreditamento istituzionale e i conseguenti contratti di fornitura), fanno dipendere le entrate economiche delle organizzazioni sanitarie dalla complessità e dalla capacità di "produrre" prestazioni, e dalla capacità di conquistare sempre nuovi spazi di mercato (ad esempio le rette per i ricoveri in strutture sanitarie protette). Le entrate economiche in sanità dovrebbero piuttosto dipendere dall'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici, dagli esiti degli interventi clinici ed organizzativi e dall'adeguatezza delle organizzazioni sanitarie ai bisogni dei cittadini del loro territorio. La filosofia organizzativa e i conseguenti strumenti amministrativi vigenti nelle or-

ganizzazioni sanitarie che operano in Italia determinano una corsa alla quantità delle prestazioni con tendenze inflattive, che richiedono efficienza. La corsa alla produzione di prestazioni sanitarie in grande quantità, perché remunerative, non può contemporaneamente assumersi la responsabilità della qualità delle cure e di alcune sue componenti, essenziali per il successo del sistema, come l'efficacia clinica, l'appropriatezza diagnostica e terapeutica, la sicurezza e la soddisfazione dei pazienti e degli operatori, la partecipazione dei cittadini al loro progetto di prevenzione, cura e riabilitazione;

- di conseguenza la tendenza alla certificazione di qualità viene effettuata più con obiettivi di immagine, di marketing, di efficienza e di riordino che per obiettivi di miglioramento misurabile dei servizi per le persone e degli esiti degli interventi di cura. La certificazione di qualità tende a mettere in ordine l'esistente frenando le innovazioni, che, non essendo note, non sono certificabili;
- le pressioni del mercato hanno reso meno chiaro il rapporto fra le scelte cliniche dei medici, le fonti delle informazioni da cui sono ispirate, le richieste dei pazienti e la loro induzione influenzata dalla pubblicità, palese o occulta, dei media;
- Internet ha determinato una rivoluzione simile a quella portata da Gutenberg con l'invenzione della stampa...il sapere medico è oggi alla portata quasi di tutti, così come i contenuti della Bibbia lo sono stati a quel tempo...;
- l'informatica promette di sostituirsi al medico come capacità di riassumere, personalizzandoli, i dati per il singolo paziente e formulare diagnosi e terapie "personalizzate" e basate sui big data, che dal medico non sono direttamente controllabili, rischiando lo stesso medico di diventare solo un esecutore o un mediatore con il paziente, di decisioni prese dalla macchina. Una posizione difficilmente accettabile.

*Una nuova sfida
per il medico*

Il medico, sia che operi come singolo professionista, sia che operi in équipe, si trova ad affrontare una sfida nuova, la sfida della costruzione di un rapporto di fiducia con i pazienti in un contesto complesso, che è cambiato enormemente negli ultimi tre decenni.

La combinazione fra le innovazioni delle conoscenze, le spinte del mercato e delle tecnologie e gli aspetti normativi, amministrativi e gestionali delle attività sanitarie ha contribuito a deviare le organizzazioni sanitarie dagli obiettivi di salute della popolazione e dei pazienti, fissati dalla Legge 833 del 1978 per l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, tuttora in vigore. Da più di un ventennio queste spinte hanno portato le organizzazioni sanitarie su obiettivi di aziendalizzazione che quasi mai si sono adattati agli obiettivi di salute, ma hanno ritenuto più importante sviluppare strumenti di programmazione e controllo e stili di gestione utilizzati per il comparto industriale, con adattamenti marginali. Purtroppo o per fortuna la sanità non è solo un luogo di produzione (ad esempio di esami radiologici o di laboratorio), ma è un *sistema etico* complesso di prevenzione, cura e riabilitazione, e come tale non governabile, per definizione, con strumenti lineari di gestione ma con quelli della complessità.

Sia che partiamo, quindi, dal pensiero della bioetica, e dell'evoluzione della deontologia medica, sia che partiamo dal pensiero dei sistemi complessi appare evidente che il sistema sanitario, appunto, un "sistema", non ha caratteristiche tali da poter essere gestito come fosse un comparto produttivo industriale. Se si prova a farlo, come ad esempio succede in Italia, emergono problemi apparentemente non risolvibili, quelli in parte elencati sopra, che, trattati goffamente nel modo classico, lineare, generano ulteriori problemi.

C'è bisogno di un nuovo modo di pensare la tutela della salute delle persone di una comunità. Anche i comparti produttivi industriali di stampo meccanicista, pensati per essere

gestiti con una cultura gestionale lineare, proprio in seguito alla crisi economica, energetica, ecologica, etica si scoprono inadeguati a sostenere il peso della concorrenza se non adottano modelli organizzativi che affrontano con decisione, curiosità e umiltà i temi della complessità modificando profondamente la propria filosofia produttiva. Anche per l'organizzazione dei sistemi sanitari può essere giunta l'ora di un cambio di paradigma, riportando il diritto della persona all'interno del sistema organizzativo per la tutela della sua salute.

Il sistema sanitario sempre di più appare, negli studi organizzativi più moderni, come una rete di sistemi interconnessi, costituiti da un lavoro prevalentemente di tipo "artigianale". In questo lavoro l'oggetto della cura è l'essere umano ammalato dotato di diritti e di doveri, un essere unico appartenente ad una specie unica fra le tante nella biosfera e il soggetto che cura è un altro essere umano dotato di valori, competenze. Si tratta di un sistema interconnesso aperto.

L'organizzazione sanitaria non è solo una fabbrica di prestazioni. È un luogo complesso della comunità in cui le relazioni fra le persone contano molto ai fini della cura e si avvalgono delle tecnologie per migliorare sia le relazioni stesse che la cura.

Questa visione più avanzata, innovativa, nasce proprio dall'attuale prevalenza del punto di vista industriale e dalla constatazione dei suoi effetti collaterali proprio negli stili di gestione manageriale della sanità, che stanno generando una visione critica del modo attuale di considerare l'organizzazione sanitaria e conseguentemente gestirla.

L'organizzazione che i medici, assieme agli altri professionisti della salute, mettono insieme quando operano in autonomia in una comunità, per farsi carico dei suoi problemi di salute ha molte caratteristiche paragonabili a quelle di un essere vi-

*Caratteristiche
dell'organizzazione
sanitaria*

vente, come descritto dai ricercatori più attenti allo studio degli esseri viventi.

- È costituita da un insieme di saperi, competenze ed abilità che vengono messi al servizio della presa in carico dei problemi di salute, l'organizzazione sanitaria è un'organizzazione cognitiva che si presenta in continuo equilibrio con il proprio contesto,
- È costituita da una struttura di sostegno, fatta da persone, edifici, tecnologie, che produce al suo interno processi tecnici, assistenziali, sociali ed amministrativi a sostegno del raggiungimento degli obiettivi di salute, negoziati, paziente per paziente, con e fra i professionisti interessati per formulare contratti terapeutici dinamici, perché adattabili alla situazione che via via si ripropone negli esseri umani in salute e malattia. Tale organizzazione si avvale delle risorse che vengono messe a disposizione del contesto e produce i trattamenti ragionevolmente appropriati ed efficaci più adatti ai problemi da risolvere.
- È un'organizzazione che per essere utile e sopravvivere ha bisogno di relazionarsi con altre organizzazioni nel proprio contesto: *l'organizzazione sanitaria è un'organizzazione interconnessa.*

In questo momento, tende a prevalere, nell'interpretazione dei fenomeni che avvengono al interno delle organizzazioni sanitarie, un solo sapere, quello economico che è una visione, vista la complessità delle organizzazioni sanitarie, estremamente limitata e sicuramente fuorviante per quanto riguarda le decisioni da assumere quando si presenti un apparente problema. Non bisogna guardare solo ai risultati economici ma bisogna avere un occhio ben attento ai risultati clinici che sono il vero motore dell'essere medico e che nascono da una corretta diagnosi e terapia patrimonio della professione. L'interdisciplinarietà nell'affrontare i problemi delle organiz-

zazioni sanitarie è diventata obbligatoria e non può che coinvolgere tutti i saperi che si interconnettono al loro interno ed al loro esterno. L'interdisciplinarietà richiede una revisione dei saperi attraverso una formulazione della formazione.

È ulteriormente evidente che i governanti che allocano risorse, i managers che gestiscono queste risorse, i medici che utilizzano queste risorse a favore dei cittadini o dei pazienti per attività di prevenzione cura e riabilitazione, i cittadini stessi, faticano a mettersi al passo con queste nuove conoscenze e ad adattare di conseguenza i loro comportamenti.

In qualche modo gli unici che sono abituati ad affrontare le difficoltà dell'interdisciplinarietà sono proprio i medici, avendo scelto di affrontare le condizioni della salute della popolazione da diverse attività specialistiche ed essendo indotti naturalmente a confrontarsi fra loro e con altre professioni, per risolvere i problemi dei pazienti che a loro si rivolgono ma sempre guidate ai codici deontologici, dall'attenzione al paziente ed alla comunità, dalle loro competenze specifiche rinnovate di continuo dall'obbligo di aggiornamento.

Il focus è sul paziente e non solo sulla malattia con la proposta di recupero e qualificazione di risorse per l'assistenza intensiva a pazienti affetti da patologie maggiormente impegnative e con forte necessità di continuità assistenziale non disgiunta da una maggiore efficienza operativa e gestionale.

La struttura sanitaria è un luogo morale, perché luogo in cui si svolgono attività umane con il fine etico della tutela della salute della persona. È un sistema "aperto" perché vi operano persone con ruoli e compiti professionali "ad intra" e "ad extra" nel quale vengono utilizzati e/o trasformati *beni in entrata* (inputs) costituiti da risorse umane, beni materiali ed immateriali per la *produzione di risultati di salute* (beni/outcomes) attraverso l'erogazione di servizi (outputs).

Conclusioni Riteniamo ai fini di un miglioramento dei processi che si debba favorire la realizzazione di una rete di cura in cui l'ospedale e il territorio siano centrati sulle necessità del paziente che facilita il lavoro per processi ad alta integrazione multidisciplinare differenziando le responsabilità cliniche, gestionali e logistiche; un'opportunità da non perdere per superare le criticità del sistema, per costruire una reale continuità ospedale territorio, tale da permettere di rispondere in modo appropriato con spazi organizzativi, competenze, tecnologie, quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale.

Il modello proposto possiede importanti soluzioni di qualità, perché è inserito e partecipa in un progetto di cura quale processo unitario centrato sulla sua persona (percorsi integrati), quale processo clinico (dalla prima diagnosi al follow-up) multidisciplinare, quale processo assistenziale (nursing modulare) omogeneo per livello di assistenza è favorito nel suo esito di salute dall'integrazione di tutti i processi "accessori" intorno al processo principale. Un'organizzazione etica delle organizzazioni sanitarie dovrebbe poter ripartire da questi nuovi presupposti scientifici, formativi culturali e deontologici.

GRUPPO DI STUDIO FNOMCEO

ORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI SANITARI

Componenti:

Maurizio Benato

Piero Cappelletti

Andrea Gardini

Franco Lavallo

Roberto Monaco

Sintesi dei lavori della sessione

Guido Quici

vicepresidente vicario Cimo

LA PROFONDA E CONTINUA EVOLUZIONE della organizzazione ospedaliera, attraverso le proprie risorse professionali, strutturali e finanziarie, unitamente ad un diverso concetto di ospedale che pone al centro i bisogni di salute della persona, necessita di certezze e le certezze non possono che derivare dalla implementazione di modelli organizzativi che assicurino un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale assegnando, ai professionisti della salute, analoghe certezze dei ruoli e delle responsabilità.

Occorre, tuttavia, ridefinire una nuova mission ed una nuova vision. L'ospedale moderno deve essere la struttura di riferimento per la diagnosi e cura dei casi acuti e complessi; deve, cioè garantire la continuità delle cure nell'ambito di una forte integrazione con i servizi territoriali attraverso un processo assistenziale che vede l'ospedale quale anello di congiunzione tra la prevenzione e la continuità delle cure post acuzie. Al tempo stesso, per le patologie complesse e di alta specialità,

*Quici:
introduzione
ai lavori*

l'integrazione tra l'attività ospedaliera per pazienti acuti e subacuti e l'attività territoriale deve essere realizzata attraverso l'articolazione delle reti per patologia con particolare riguardo alle patologie tempo-dipendenti il cui nuovo modello organizzativo assistenziale deve prevedere un contestuale sviluppo del servizio di emergenza territoriale, tecnologicamente avanzato ed in grado di affrontare le emergenze e garantire la reale continuità dell'assistenza anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118. Nell'ottica della centralità del paziente, l'ospedale deve assicurare un'assistenza personalizzata con percorsi integrati multiprofessionali e multidisciplinari attraverso l'appropriatezza delle prestazioni ed il corretto uso delle risorse. In particolare le risorse non devono più essere oggetto di tagli lineari ma commisurate alla reale complessità della struttura e delle patologie trattate ed agli esiti di salute. La medicina ospedaliera non può essere più ostaggio di budget virtuali ma occorre ridefinire il rapporto tra costi, variabilità clinica, esiti di salute e sicurezza del paziente.

L'ottimizzazione della rete ospedaliera con ammodernamento dei presidi, l'innovazione dei processi di cura con il supporto delle tecnologie sanitarie avanzate, l'umanizzazione, la qualità e la sicurezza delle cure devono rappresentare l'obiettivo primario di ogni struttura ospedaliera. Non è più tempo di ospedali piccoli ed insicuri come non è più tempo di medici che lavorano su più presidi ospedalieri distanti decine di chilometri tra loro. L'ospedale deve essere un luogo sicuro sia per i pazienti che per gli stessi operatori sanitari; ma, soprattutto, non è più rinviabile l'implementazione di un modello di organizzazione che rappresenti la sintesi delle attuali "best organization" di ciascuna regione.

La recente definizione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, basati sui bacini di utenza e sui volumi ed esiti ma rilevati sulle attuali assetti organizzativi, proba-

bilmente non è più sufficiente. Nell'ottica di una nuova mission e vision, il modello organizzativo ospedaliero deve prevedere, a valle, una organizzazione del lavoro che tenga conto dei percorsi integrati realizzati da professionisti con profili formativi diversi tra loro e tanto è sufficiente a chiarire, in modo definitivo, i ruoli e le responsabilità di ciascuno di essi. Un'assistenza personalizzata al paziente con percorsi integrati multiprofessionali e multidisciplinari richiede il superamento della vecchia gestione dei posti letto attraverso una nuova classificazione per intensità di cure e per intensità assistenziale a condizione, tuttavia, che siano definiti gli standard di fabbisogno del personale medico e sanitario non medico, che vi sia il superamento del comma 566 e che la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie sia attuata secondo i principi contenuti nell'art. 22 per Patto della Salute 2014-2016.

In altre parole, che si tratti di ospedali organizzati per intensità di cure o per agglomerati funzionali omogenei o per dipartimenti, emerge la consapevolezza di dover chiarire le “regole del gioco” che sono alla base delle dinamiche interne di ogni attività ospedaliera, “regole” che devono essere applicate in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale con particolare riferimento allo stato giuridico dei professionisti.

In questa ottica alla centralità del ruolo medico nella diagnosi, cura e riabilitazione del paziente deve corrispondere la responsabilità nella governance delle strutture. Ad una forte impronta professionale deve corrispondere la capacità nel saper governare tutti quei processi che sottendono alla organizzazione del lavoro, alla gestione delle risorse umane e strumentali, alla formazione del personale ed ai processi di valutazione. Da qui la necessità di implementare un nuovo percorso di carriera del medico, di natura sia gestionale che professionale, finalizzato a valorizzare la professione medica e la centralità del ruolo nella organizzazione dell'ospedale.

All'ospedale moderno si chiede, inoltre, appropriatezza ed

affidabilità, laddove necessario rinnovamento strutturale e tecnologico ma, soprattutto, maggior impegno nella ricerca scientifica ed un vero ammodernamento della formazione professionale che non può essere limitata al solo aggiornamento continuo ma deve essere estesa alla formazione sul campo, incluso il retraining ed il mantenimento delle competenze.

L'organizzazione ospedaliera ha bisogno di processi innovativi ed il medico italiano vuole essere protagonista del cambiamento.

*I contributi alla
discussione*

CARLO PALERMO, vicesegretario nazionale vicario Anaao Assomed, è poi intervenuto sul tema *Medicina ospedaliera tra controllo dei costi e variabilità clinica*, sviluppando un nodo problematico che dal 1995 si è trasformato in un vero “tormentone”.

ALESSANDRO VERGALLO, presidente nazionale Aaroi Emac, sviluppando una relazione su *Autonomia professionale e linee guida*, ha evidenziato il labile confine, molto spesso fonte di contenzioso medico-legale, tra le linee guida e l'autonomia professionale.

CARMINE GIGLI, presidente coordinatore Fesmed, ha portato un contributo di riflessione sulla *Carriera dei professionisti*, questione sulla quale è ben nota la posizione della Cimo e della Fesmed che parte dal presupposto che, oggi, vi sia un appiattimento della stessa, con livellamento verso il basso della professione. In sintesi: sviluppo di carriera gestionale e professionale non separate tra loro, dove la valorizzazione professionale è legata alla possibilità di affidare tutti gli strumenti di governo clinico ai medici e di esaltare le peculiarità delle singole branche specialistiche nella diagnostica e terapia. *Il fabbisogno del personale* è stato il tema sviluppato da Giuseppe Montante, vicesegretario nazionale Anaao Assomed. Il

suo intervento ha sottolineato la necessità di definire una volta per tutti il fabbisogno standard di personale, ma con alcuni chiarimenti preliminari: gli ospedali quale organizzazione intendono darsi? e, a cascata, quale organizzazione del lavoro? e, ancora, quale rapporto tra le professioni sanitarie (chi fa cosa)? e, infine, quale reale fabbisogno standard di personale?

PAOLO SARTORI, presidente Snr, ha infine analizzato Il ruolo delle Aree Cliniche dei servizi dei nuovi assetti organizzativi ospedalieri, affrontando il ruolo centrale dei servizi ospedalieri sia nella governance che nell'ambito dei nuovi assetti organizzativi, alla luce del costante sviluppo tecnologico: la capacità gestionale e tecnica insita nella cosiddetta HTA, quindi la valutazione economica (rapporto costi/benefici rispetto all'appropriatezza clinica) e l'assunzione di un ruolo fondamentale, non solo nella fase della diagnostica ma anche in quella terapeutica (vedi radiologia interventistica, radioterapia, ecc.).

Un'analisi di approfondimento è poi stata compiuta sulla riorganizzazione della rete ospedaliera della regione Toscana. Questi i criteri fondamentali su cui si è lavorato:

ottimizzazione rete ospedaliera (*da 93 a 41 ospedali*);

- ammodernamento dei presidi (*funzionalità ed efficienza*);
- innovazione processi di cura (*appropriatezza prestazioni*);
- evoluzioni tecnologie sanitarie;
- sviluppo ICT (*sistemi informativi / informatici*);
- umanizzazione e qualità delle cure.

Più estesamente i concetti chiave del modello toscano sono riassunti in 5 punti.

1. All'ospedale moderno si chiede di mettere al centro la persona e le sue necessità, di garantire assistenza continua e personalizzata con percorsi integrati di tipo multiprofessionali e multidisciplinari, riferimenti sanitari certi e ap-

*La rete ospedaliera in
Toscana*

proprietà costante nell'uso delle risorse.

2. L'ospedale diventa il presidio di riferimento per i casi acuti più complessi, con una forte integrazione con i servizi territoriali in modo da assicurare la più completa continuità delle cure, dal territorio e verso il territorio (T-H-T).
3. A sostegno del cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale e del suo inserimento nella più ampia rete dei servizi sul territorio sono i nuovi progressi scientifici e tecnologici, l'evoluzione dell'assetto demografico e socio-culturale, l'innovazione dei processi di cura e la particolare attenzione verso l'umanizzazione dell'assistenza.
4. Per la realizzazione delle strutture edilizie ospedaliere, il sistema sanitario toscano si è avvalso del *Project Financing* come strumento innovativo di partenariato pubblico-privato: il costo complessivo di realizzazione ammonta a 419 milioni e 499 mila euro, dei quali 169 milioni messi dallo Stato, 56 milioni dalle Aziende sanitarie e 194 milioni dal concessionario.
5. *Tutti i nuovi presidi hanno caratteristiche simili dal punto di vista organizzativo e strutturale:* organizzati complessivamente nell'ottica dell'intensità di cura rispondono alle esigenze previste dal sistema sanitario di una struttura per acuti, compatta, flessibile, tecnologica, completamente informatizzata e innovativa.

*La
riorganizzazione
della rete
ospedaliera a
Modena*

Il processo di riorganizzazione si fonda su una migliore appropriatezza degli interventi, maggiore interdisciplinarietà dell'atto medico dato che professionisti di diverse discipline lavoreranno insieme in un'unica area, aumento delle occasioni d'informazione nei confronti del paziente e dei suoi famigliari grazie alla presenza di un soggetto di riferimento facilmente identificabile. Infatti il paziente, nell'ambito di una équipe predefinita, avrà un unico interlocutore medico ed un unico interlocutore infermieristico.

Per dare concreta applicazione al nuovo modello, nell'ospedale organizzato per intensità di cura sono previsti tre differenti livelli assistenziali: uno ad intensità alta che comprende le degenze intensive e sub-intensive (ad esempio rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica, ecc...) collocato al primo piano; un secondo, ad intensità media, che comprende le degenze suddivise per aree funzionali (Area medica, chirurgica, materno-infantile ...) e infine uno a bassa intensità, dedicato ai pazienti post-acuti. I nuovi percorsi di ricovero saranno individuati partendo dalla valutazione di due parametri principali: l'instabilità clinica della persona assistita e il livello di bisogno assistenziale del paziente.

Giunge quindi a pieno compimento il percorso di avvicinamento avviato all'inizio del 2013 in coerenza con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna e della direzione dell'Azienda Usl di Modena che porterà al superamento di un'organizzazione strutturata in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica per la sua cura. Queste ultime saranno sostituite da aree omogenee, chiamate "piattaforme logistiche di ricovero", che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente minore o maggiore livello di complessità assistenziale.

"Si tratta di un passaggio molto importante che andrà ad incidere positivamente sulla qualità della cura e sull'efficienza organizzativa. La parola chiave sarà l'integrazione. Potremo sviluppare ulteriormente il nostro lavoro che punta al miglioramento continuo dell'assistenza valorizzando i professionisti e le dotazioni tecnologiche delle quali disponiamo. Tutti insieme abbiamo lavorato per quasi due anni, per prepararci nel migliore dei modi a questa evoluzione. Il progetto è stato studiato, condiviso, verificato in tutti i suoi aspetti e grazie alla grande disponibilità e attenzione da parte di tutto il personale siamo pronti per rendere operativa la trasformazione" ha sottolineato il direttore generale dell'Ospedale di

Sassuolo, Bruno Zanaroli.

“L’Azienda Usl di Modena ha aderito alla sperimentazione promossa dalla Regione, al fine promuovere l’adozione in tutti i nostri ospedali del nuovo modello organizzativo, che offre notevoli vantaggi sia per i pazienti, cui viene garantito il livello di intensità assistenziale adeguato, che per assicurare un utilizzo virtuoso delle competenze professionali e delle attrezzature a disposizione. Interventi di questa natura sono già stati posti in essere a Pavullo ed a Mirandola e sono in fase di avvio a Baggiovara, ma non vi è dubbio che l’Ospedale di Sassuolo rappresenta la struttura all’interno della quale ad oggi il cambiamento sarà più significativo. Ho seguito con attenzione il lavoro preparatorio svolto sino ad ora e sono convinta che il risultato sarà più che soddisfacente. Allargando l’orizzonte al contesto provinciale, vorrei sottolineare che questi interventi determineranno positive ricadute sull’organizzazione più complessiva dei servizi sanitari che potranno così trovare un equilibrio ancora più soddisfacente tra assistenza ospedaliera e servizi territoriali” ha evidenziato il direttore generale dell’Azienda Usl di Modena, Mariella Martini.

Sintesi dei lavori della sessione

Giacomo Caudo

presidente Omceo Messina

L'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE, definita ancora validamente dalla dichiarazione di Alma Ata del 1978, è parte fondamentale del Servizio sanitario nazionale, a costi sostenibili per la collettività, è il primo livello di accesso all'assistenza sanitaria ove ricevere la prima risposta ai bisogni di salute. Le cure primarie si caratterizzano per la prossimità, avvicinando l'assistenza ai luoghi dove le persone vivono, per l'estensività delle cure con la gestione dei processi assistenziali, per la promozione attiva della salute attraverso la cosiddetta medicina di iniziativa.

Le cure primarie rappresentano un sistema differente ma complementare al sistema ospedaliero che necessita di adeguata organizzazione ed investimento per dare efficace risposta ai mutati bisogni di salute in un contesto economico impoverito che può pregiudicare la sostenibilità economica del Servizio sanitario nazionale.

In particolare i mutati bisogni di salute sono rappresentati:

- dal progressivo invecchiamento della popolazione con conseguente aumento di necessità sanitarie;
- dall'incremento delle malattie croniche sostenuto dall'invecchiamento ma soprattutto da stili di vita poco salubri sui quali si deve intervenire con maggiore determinazione;
- dall'aumento delle pluripatologie che necessitano di interventi complessi e multi professionali,
- dalle disabilità da gestire con prestazioni socio-sanitarie.

*Approccio olistico e
continuità delle cure*

Tali bisogni sono tutti caratterizzati dalla necessità di un approccio olistico e dalla continuità delle cure che sono peculiarità proprie delle cure primarie. Inoltre, la diminuzione delle risorse economiche rende obbligatorio l'investimento su una medicina di iniziativa e prossimità per un trattamento capace di ridurre la morbilità.

Infatti, se i determinanti di salute di un Paese sono essenzialmente rappresentati dal benessere economico e dalla qualità del servizio sanitario nazionale, a parità di risorse i Paesi che hanno investito nelle cure primarie hanno un'aspettativa di vita superiore.

Le risposte che oggi le cure primarie devono dare non possono più essere soddisfatte dal modello organizzativo attuale basato su una gestione ancora troppo "solitaria", che non riguarda solo la Medicina Generale, ma si deve transitare su nuovi assetti, previsti e in parte descritti dal cosiddetto Decreto Balduzzi.

La Medicina Generale ha dimostrato di possedere le potenzialità necessarie come attestano le varie forme associative già realizzate, che dimostrano che non esistono remore per il superamento dell'attività esclusivamente "personale", e l'interesse manifestato verso le nuove tecnologie e l'adozione di sistemi informativi che sono fondamentali per un'ottimale gestione della cronicità, della disabilità e del governo clinico.

La riorganizzazione delle Cure Primarie deve perseguire i seguenti obiettivi:

- la centralità del cittadino e dell'assistito (prefigurando modelli organizzativi non rigidi ma che tengano conto delle diversità territoriali);
- favorire l'accessibilità al sistema di cure (prevedendo, di norma, un punto di accesso facilmente percorribile che è rappresentato dal medico di medicina generale e dal Pediatra di libera scelta);
- mantenimento e rafforzamento del rapporto fiduciario medico-paziente, l'unico capace di rappresentare al contempo le esigenze di salute del paziente e del sistema;
- garantire i livelli di assistenza essenziali e la continuità delle cure attraverso la realizzazione di nuovi modelli organizzativi che prevedano le figure sanitarie necessarie;
- favorire la prossimità delle cure, non solo geografica, realizzabile attraverso la capillarità sul territorio ma anche economica, culturale e comunicativa;
- favorire la risoluzione dei problemi minori con accesso diretto che può realizzarsi con risorse limitate.

Per la realizzazione di tali obiettivi la Medicina Generale supera il modello solista, che rimarrebbe come eccezione, per passare al lavoro di squadra attraverso team mono e multi-professionali anche se deve essere garantita adeguata flessibilità per poter rispondere a specifici bisogni individuali o a bisogni territoriali necessari al raggiungimento di specifici obiettivi di salute.

A tal fine devono essere definite le caratteristiche delle AFT, delle UCCP, dei sistemi informativi e dei modelli operativi della medicina di iniziativa.

L'aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), dimensionata con flessibilità che tiene conto delle caratteristiche orogeografiche, è costituita da medici di Medicina Generale, continuità assistenziale e medicina dei servizi o da medici di fa-

miglia a ruolo unico, quando sarà istituito, capace di assistere una popolazione di circa 30.000 cittadini. Garantisce assistenza nel periodo di maggior bisogno ovvero dalle ore 8.00 alle ore 24.00. Infatti, dati epidemiologici come accessi ai Pronto Soccorso o ai presidi di Continuità Assistenziale evidenziano che le richieste si concentrano in detto periodo di tempo. Tali forme aggregative permettono una più efficace continuità assistenziale, la possibilità di affiancare alla medicina di attesa la più produttiva medicina di iniziativa, la condivisione di obiettivi, il governo clinico, l'appropriatezza.

Le UCCP rappresentano una aggregazione multiprofessionale che può strutturarsi in strutture fisiche composte da medici di medicina generale e da altro personale sanitario ed amministrativo, capace di gestire domande di salute che richiedono risposte complesse. Sono strettamente collegate con le AFT e si avvalgono di PDTA condivisi elaborando piani assistenziali personalizzati.

La riorganizzazione si deve avvalere di sistemi informativi integrati con la realizzazione di una rete clinica che permetta una condivisione dei dati anche attraverso un cloud dedicato nel rispetto della riservatezza garantita per i cittadini.

I lavori dell'Osservatorio Fnomceo della Professione Medica ed Odontoiatrica al femminile

Maria Erminia Bottiglieri

coordinatrice dell'Osservatorio Fnomceo della Professione Medica ed Odontoiatrica al femminile

DA GENNAIO 2016 la presidente Fnomceo Roberta Chersevani e il Comitato Centrale hanno nominato le nuove componenti dell'Osservatorio della Professione Medica ed Odontoiatrica al femminile.

La riunione di insediamento si è svolta a febbraio 2016 ed in quella occasione il gruppo ha già affrontato varie tematiche ed ha iniziato a programmare le attività.

Tutte le presenti hanno concordato su due aspetti: il ruolo del gruppo non deve e non può essere solo di "osservare", ma deve poter realizzare concretamente progetti che vadano ad incidere sulla condizione delle donne; ci deve essere ampia collaborazione con altri gruppi ma, soprattutto, dobbiamo "aprirci" al confronto con gli uomini e non ghetizzarci in gruppi "chiusi" perché continuare a lavorare "separatamente" su problemi che spesso sono comuni non è utile a nessuno. Si è deciso all'unanimità di porre pochi ma precisi obiettivi

*Il primo incontro
del nuovo
Osservatorio*

da poter realizzare partendo da ciò che era stato iniziato in precedenza, ma non ancora concluso. A tale proposito le colleghe, già presenti nei precedenti Osservatori, hanno relazionato sulle attività svolte: Annamaria Calcagni ha illustrato le indagini effettuate sulle condizioni di lavoro delle giovani professioniste; Anna Rita Frullini ha illustrato un report su tutti i progetti iniziati nel corso del triennio in cui lei era coordinatrice dell'Osservatorio ed ha anche proposto di allargare il gruppo ai giovani medici.

Monica Costantini ha proposto un argomento "trasversale" quale quello della sicurezza nei luoghi di lavoro ed a tale proposito Ornella Cappelli si è impegnata a portare i risultati di un'indagine già effettuata.

Sandra Morano e Carolina Ciacci hanno proposto di delineare un modello da portare all'attenzione degli Ordini per un diverso modo di fare medicina: "una medicina che si cura con la testa della donna".

Anna Maria Ferrari è intervenuta sul problema della violenza di genere e, in relazione alla legge 208/2015, si è riproposta di effettuare un'indagine per verificare dove sia stato attuato il "Codice Rosa" nel Pronto Soccorso.

*In vista di
Rimini 2016*

La riunione di aprile 2016 dell'Osservatorio è stata imperniata prevalentemente sull'organizzazione del congresso di Rimini e si è deciso di illustrare, in quella sede, i progetti in itinere. Annamaria Calcagni parlerà della "Tutela della genitorialità: la proposta Enpam", sottolineando che l'Enpam ha già dato l'assenso alle richieste ma il MEF non ha risposto in maniera positiva; Rosalba Ristagno affronterà il problema della violenza di genere con la relazione "La Fnomceo di fronte al Codice Rosa". A tale proposito, in qualità di coordinatrice ho proposto, e la proposta è stata accettata, di elaborare un documento da inviare a tutte le Regioni e, per il loro tramite, a tutti i Direttori Generali delle AA.SS.LL. ed AORN per in-

formarli della legge e farla applicare lì dove non è stato fatto. Ciò perché, anche se siamo in attesa del censimento sui vari PS che Anna Maria Ferrari sta effettuando, purtroppo ancora molte regioni non conoscono la legge.

Sandra Morano relazionerà su “La Professione medica al femminile” illustrando il progetto che vorremmo realizzare presso gli Ordini; la relazione di Monica Costantini riguarderà “Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”.

I vari argomenti trattati nel corso del Convegno saranno oggetto di successiva elaborazione affinché possano diventare atti concreti.

OSSERVATORIO FNOMCEO
DELLA PROFESSIONE MEDICA
ED ODONTOIATRICA AL FEMMINILE

(dal gennaio 2016)

Maria Erminia Bottiglieri, coordinatrice
Anna Maria Ferrari, rapporti con Comitato Centrale
Annamaria Calcagni
Ornella Cappelli
Carolina Ciacci
Monica Costantini
Caterina Ermio
Sandra Frojo
Annarita Frullini
Antonietta Monteduro
Sandra Morano
Maria Laura Ponti
Rosalba Ristagno
Sabrina Santaniello
Gabriella Tanturri

Sostenibilità di una medicina al femminile

Mariantonietta Monteduro

componente Osservatorio della professione medica e odontoiatrica al femminile

Per definizione l'Osservatorio è *un'Istituzione od organo cui è affidato il compito di rilevare e seguire il verificarsi di vari fenomeni, in particolare economici o sociali.*

Un ruolo non poco rilevante, considerate le criticità economiche, gestionali, organizzative, che caratterizzano in questo periodo il mondo sanitario e non solo.

L'Osservatorio della professione medica e odontoiatrica al femminile, gruppo coordinato da Maria Erminia Bottiglieri, si interessa di fenomeni che riguardano la condizione lavorativa della donna medico, proponendo dei correttivi che tendono a migliorarla.

Nell'ambito del workshop, l'Osservatorio ha illustrato le quattro tematiche su cui sta lavorando e che sono di interesse "trasversale", coinvolgendo anche la parte "maschile" della sanità e, più in generale, della società.

Tra gli argomenti trattati, il primo è stato quello della *Tutela della genitorialità* con la *Proposta Enpam*, frutto del lavoro di

una commissione di esperti coordinati da Annamaria Calcagni, componente dell'Osservatorio.

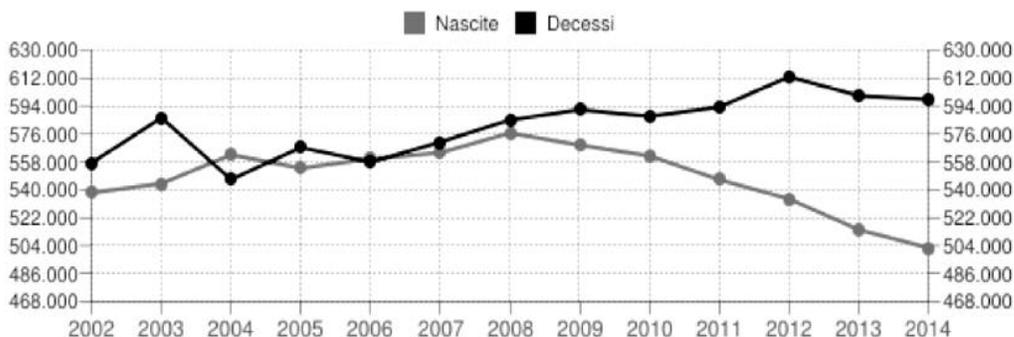
La proposta prevede:

- aumento indennità minima (+400 euro);
- indennità di gravidanza a rischio per libere professioniste;
- tutele equiparate per adozioni nazionali e internazionali;
- sussidi per baby sitting e nido;
- possibilità di colmare il buco contributivo.

La proposta è stata bocciata per motivazioni di carattere prevalentemente formale in quanto Alberto Oliveti, presidente della Fondazione Enpam, dichiara che “la Fondazione è privata ed è in grado di far fronte alla spesa che le misure proposte comporterebbero”, mentre la Ragioneria dello Stato considera l'Enpam “pubblica” dato che è inserita nell'elenco Istat della Pubblica amministrazione e, quindi, ogni spesa Enpam viene considerata in negativo al saldo del bilancio consolidativo dello Stato.

La genitorialità è uno dei punti critici determinanti la forza sociale ed economica di un paese; infatti tra le variabili che più influiscono sul futuro di una nazione primeggiano le dinamiche demografiche. In Italia dal 2009 ad oggi, in coincidenza con la crisi economica-finanziaria, si registra un crollo delle nascite (grafico 1).

GRAFICO 1



Movimento naturale della popolazione

ITALIA - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Le donne, sebbene sia stato ormai superato il gap di genere nel campo dell'istruzione, rimandano la maternità aspettando di trovare spazi d'occupazione, di crescita professionale, di avere potere e ruoli decisionali. I dati relativi alla maternità per le donne medico ricalcano la tendenza nazionale sebbene le donne medico al disotto dei 35 anni già nel 2011 rappresentino più del 65% del totale dei medici (dato Ocse) e sono la maggioranza nella fascia di età dai 30 ai 39 anni (dato Enpam). Nel nostro paese, oltre al crollo delle nascite, è in aumento la popolazione di anziani ed è in calo anche il numero dei decessi. È necessario considerare l'esodo dei cittadini italiani che risulta negativo secondo l'Istat per 65mila unità. Si tratta di forze vitali dato che circa il 50% del totale appartiene alla fascia di età più giovane e produttiva della popolazione (20-40 anni), che rappresenta anche la quota maggiore di consumatori nella popolazione.

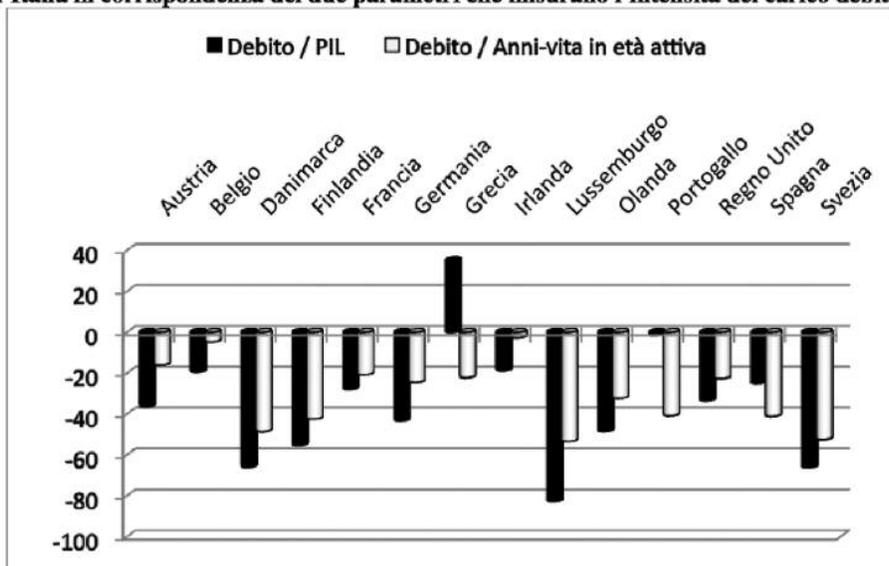
La genitorialità è un'opportunità di crescita per la professione e per la società.

A sostegno di ciò abbiamo voluto prendere in considerazione

lo studio di Gian Carlo Blangiardo, docente di demografia presso l'Università di Milano Bicocca, che introduce il concetto del "Pil demografico" (23 febbraio 2016 NEODEMOS.it). Questo parametro permette di calcolare in modo diverso l'abbattimento del debito pubblico, che risulta complementare al rapporto debito-Pil. Infatti, "Rapportando in un dato istante il debito di un popolo al suo corrispondente patrimonio di anni-vita spendibili in condizione di (potenziale) attività, si avrebbe modo di valutare l'entità del carico debitorio assunto da quel popolo anche sulla base di "quanti" e "chi" risultano essere – misurati in quello stesso istante – i sottoscrittori del debito stesso e, in ultima analisi, i garanti del suo futuro rimborso". Un contributo che per l'Italia, allo stato attuale, sarebbe comunque il più alto nell'Unione europea, maggiore anche di quello della Grecia (grafico 2).

GRAFICO 2

Differenza (in %) tra il dato che compete a ogni singolo paese di EU-15 e quello che spetta all'Italia in corrispondenza dei due parametri che misurano l'intensità del carico debitorio



Fonte: elaborazioni su dati UN 2015 e Eurostat (General Government consolidated gross debt, Anno 2014)

Da ciò si deduce l'assoluta *sostenibilità della proposta Enpam a tutela della genitorialità*, dato che è necessario *investire* sul vero motore portante della tenuta del sistema, le nuove generazioni.

La seconda relazione trattata da Rosalba Ristagno è stata *La Fnomceo di fronte al Codice Rosa*. Sono stati affrontati gli aspetti inerenti il Percorso di tutela delle vittime di violenza sessuale ed atti persecutori (stalking). La legge di stabilità 2016 (approvata con legge del 28 dic 2015 n. 285) ne prevede l'istituzione nelle aziende sanitarie ed ospedaliere. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge (entro il 29 febbraio.2016), sono definite a livello nazionale le linee guida volte a renderlo operativo. Il Codice Rosa è un codice virtuale di accesso al pronto soccorso, assegnato ai casi riconducibili a una violenza, anche se l'abuso non viene dichiarato. Prevede un percorso particolare di accoglienza, all'interno della "stanza rosa", un ambulatorio non identificabile dove la vittima riceve l'assistenza medica e psicologica, dove, se occorre, può parlare con un assistente sociale e rilasciare testimonianze alle forze dell'ordine, nel caso in cui decida di sporgere denuncia.

La collaborazione tra le Istituzioni, i centri antiviolenza e le associazioni di volontariato e solidarietà è fondamentale. L'Osservatorio ha in itinere l'elaborazione di un documento che la Fnomceo dovrà inviare alle Regioni per censire i PPSS che hanno attuato i percorsi di tutela per le vittime di violenza e per sollecitarne l'attuazione agli ospedali che ancora non si fossero adeguati.

Il terzo argomento, trattato da Sandra Morano, è stato *Per la formazione medica al femminile*. L'Osservatorio sottolinea l'assenza di un approccio *sessuato e di genere* nell'ambito degli insegnamenti oggi praticati. Alla base di una visione neutra

del sistema di cure è il concetto della “sameness as the norm”, cioè considerare l’individuo neutro per sesso e genere. Gli studi di Medicina tuttora prevedono un’immersione acritica ed asessuata nella Scienza. Si propongono insegnamenti neutri ad una platea che si considera neutra, senza mai farsi attraversare dalla curiosità di domande del tipo: esiste una declinazione “di genere” nell’insegnamento?

Le stesse donne, così pervase dal modello di neutralità, non riescono a riconoscere differenze e come si diceva in un recente convegno (*Donne in Medicina: una nuova sfida per la sanità del futuro, I Conferenza Nazionale Donne Anaa Assomed - Iniziativa Ospedaliera, 1/2013*) “nel rincorrere una improbabile parità, sono state perse di vista le contraddizioni e il malessere che deriva, per le donne, dall’essere formate, e poi lavorare, in un contesto maschile, con un pensiero ed un linguaggio estranei”.

Un futuro poco solidale sta preparando, non da oggi, sanità sempre meno sociali, per la contrazione delle risorse e una visione economicistica che ne impoverisce l’efficacia terapeutica e talvolta gli esiti. La progressiva perdita di autorevolezza dei medici, la distanza tra curanti e curati, e, non ultimo, la preponderanza del numero di donne che scelgono la professione medica, occhi e cuore di una differenza che può fare la differenza, sono fattori che esprimono la necessità di un cambio di passo nelle forme tradizionali del “fare Medicina”. Il cambiamento si può realizzare solo con una formazione integrativa-innovativa. L’obiettivo è la costruzione di un pensiero pedagogico di integrazione fra discipline ed orientamenti già presenti e che prepari le future generazioni di curanti all’esercizio e ad una nuova leadership “di genere”.

La Dott.ssa Monica Costantini ha relazionato su *Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Questi sono considerati eventi sentinella per situazioni a rischio e richiedono l’adozione di opportune misure di prevenzione e protezione

dei lavoratori, previste dalla raccomandazione n. 8 del 2007 del Ministero della Salute. Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”. L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che circa il 50% del personale sanitario in un anno ha subito almeno un attacco fisico o verbale. I dati sono sottostimati, infatti solo il 20-30% di questi episodi viene denunciato. La mancata denuncia è dovuta in parte all’assenza di successivi adeguati provvedimenti ed in parte alla paura di perdere il posto di lavoro.

L’*International Journal of Occupational and Environmental Health* definisce le aree a rischio maggiore: quelle di emergenza-urgenza, le strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, le sale di attesa, la medicina e i servizi di continuità assistenziale.

Da un’indagine condotta nel 2013 dal Centro Studi NARSID emerge che l’incremento degli atti di violenza risulta principalmente correlato all’aumento dei pazienti con disturbi psichiatrici, al maggior consumo di sostanze alcoliche e stupefacenti, a limitazione delle fasce orarie per visita parenti, mancanza e/o riduzione di personale, a scarsa illuminazione e assenza di apparecchiature di videosorveglianza nelle aree adibite a parcheggio.

I dati Inail hanno evidenziato per le donne, nel 2013 rispetto al 2009, una riduzione degli infortuni sul lavoro in sanità del 13,7%. La quasi totalità degli infortuni avviene in occasione del lavoro e il 3,6% è rappresentato da aggressioni o molestie. Le vittime in circa il 50% dei casi sono donne dai 35 ai 49 anni.

Da uno studio socio-statistico del 2011, realizzato dall’Ordine dei medici di Roma, sulla condizione di oltre 15 mila “camici rosa” della Capitale, risulta che, per il dato *molestie*, il 46,4%

delle donne medico l'ha subita almeno una volta e il 5,1% molte volte. Le donne che più dichiarano tali episodi sono le giovani fino a 44 anni (12,5%) e le nubili (9,8%), le dipendenti di case di cura (16,7%), quelle appena laureate o in corso di specializzazione (15%) e quelle operanti in libera professione (19,2%). Nella fascia d'età oltre i 65 anni afferma di aver subito molestie il 75% del totale.

In Italia, attraverso un esplicito rimando all'interno dell'art. 28 del D.Lgs 81/08, ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza con particolare riguardo all'analisi dei luoghi di lavoro per individuare i fattori di rischio, all'attuazione di soluzioni di tipo logistico-organizzative o tecnologiche e l'addestramento e la formazione del personale.

Per prevenire, di fatto, questi episodi andrebbero garantiti ambienti di lavoro sereni, efficienti e personale sanitario adeguatamente formato anche alla gestione del delicato rapporto interpersonale col paziente il quale, sentendosi realmente preso in carico, possa gestire meglio lo stress emotivo e quindi non perdere il controllo.

Esiste una progressione nel comportamento violento: espressioni verbali aggressive, gesti violenti, minacce fino ad atti estremi di cui sono state vittime non poche colleghe; ricordiamo Paola Labriola, Rita Fossacesia, Maria Monteduro, Eleonora Cantamessa, donne medico "innamorate" di una professione che ha insito lo spirito di sacrificio e dedizione, indispensabili per un'arte che tuttora sappiamo di dover custodire!

La Fnomceo di fronte al Codice Rosa

Rosalba Ristagno

componente Osservatorio Fnomceo della Professione Medica
e Odontoiatrica al Femminile
consigliera Omceo Messina

L'istituzione del Codice Rosa

LA FNMCEO, nell'ambito delle sue specifiche attribuzioni, nel considerare la violenza di genere una piaga sociale e soprattutto un problema di salute pubblica, un diritto alla salute negato, ad elevatissimi costi in termini di sofferenza ed economici, nel farsi portavoce per la difesa e il mantenimento della salute quale bene primario dell'uomo e diritto costituzionalmente protetto, intende aprire e mantenere un dialogo con a livello nazionale affinché presso tutti i Pronti Soccorso delle Aziende Ospedaliere venga attivato il Codice Rosa.

È stata approvata il 28 dicembre 2016 la legge di stabilità 2016 n. 285 che contiene le ultime novità in materia di contrasto alla violenza sulle donne ai commi 790 e 791 dell'unico articolo 1 della legge.

L'emendamento (comma 790), richiamandosi alle direttive del Parlamento Europeo e del Consiglio della convenzione di Istanbul e successiva ratifica con legge italiana n. 77 del

27 giu. 2013 e alle norme contenute nel decreto legge n. 93 del 14 ago. 2013 convertito con modificazioni in legge n. 119 del 15 ott. 2013, dispone l'istituzione di un "Percorso di tutela delle vittime di violenza" all'interno delle aziende sanitarie e ospedaliere "con finalità di tutelare le persone vulnerabili vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti e atti persecutori (stalking)".

È previsto altresì (comma 791) che "con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con i Ministri della Giustizia, della Salute e dell'Interno, d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, *tenuto conto delle esperienze già operative a livello locale*, entro sessanta giorni (n.d.r. 29 febb. 2016) dalla entrata in vigore della presente legge, sono definite a livello nazionale le linee guida volte a rendere operativo il Percorso di tutela delle vittime di violenza di cui al comma 790..."

Il provvedimento è stato però oggetto di contestazioni e polemiche, alimentate dalla diffusione di notizie che hanno generato un allarmismo preoccupante. Argomento principale delle contestazioni è stata l'affermazione che il Codice Rosa obbliga le donne alla denuncia e che, a causa di ciò, le donne non si rivolgeranno più ai Pronti soccorso.

Molte associazioni, tra cui Donne in Rete contro la violenza (D.i.R.e), Udi, Casa Internazionale delle donne, Telefono Rosa, Pari e dispare, Fondazione Pangea e altre avevano lanciato un appello per scongiurare l'approvazione.

A questo punto diventa necessario chiarire. Il Codice Rosa cos'è?

Il Codice Rosa è un codice virtuale di accesso al Pronto Soccorso, assegnato ai casi riconducibili a una violenza anche se l'abuso non viene dichiarato. Prevede un percorso particolare

Cos'è il Codice Rosa?

di accoglienza all'interno di una "stanza rosa" virtuale, un ambulatorio non identificabile dove la vittima riceve l'assistenza medica e psicologica, dove se occorre, può parlare con un assistente sociale e rilasciare testimonianze alle forze dell'ordine, nel caso in cui decida di sporgere denuncia. Codice Rosa è una attività che avviene nella più ampia tutela della privacy e del "silenzio" delle vittime, e rispettosa della loro scelta sul tipo di percorso da seguire dopo le prime cure.

È un lavoro di squadra che prevede, la realizzazione di un protocollo inter istituzionale dove si costituisce la rete, una task force, in cui sanitari, forze dell'ordine, operatori sociali, esponenti di volontariato utilizzano le stesse procedure condivise anche se trattasi di istituzioni diverse per funzioni e competenze. In riferimento a quanto recita il succitato comma 791 circa le "esperienze già operative a livello locale" bisogna dire che è già operante in molte regioni italiane: il Codice Rosa, nato il 1 genn. 2010 presso l'ASL di Grosseto, con un incredibile effetto domino si è diffuso in tutto il territorio italiano. Ad oggi sono circa ventiquattro (ma l'elenco non è completo) le ASP che hanno aderito al protocollo Codice Rosa Bianca contro l'abuso sui più deboli, sottoscritto il 16 dic. 2014 tra l'ASP di Grosseto che fa da capofila e la Fiaso (Federazione Italiana di Asp e Ospedali) con l'impegno di esportare in tutte le Aziende Sanitarie il modello toscano.

Pertanto, visto che ad oggi non sono state ancora definite le linee guida nazionali, la Fnomceo ritiene necessario che venga effettuato un censimento dei Pronto Soccorso che con leggi locali hanno attuato i percorsi di tutela per le vittime di violenza ed al contempo ne vuole sollecitare l'attuazione agli ospedali che ancora non si sono adeguati.

È utile ricordare, altresì, la direttiva data dalla Ministra Beatrice Lorenzin con il *Manifesto per la Salute Femminile* del 22 apr. 2016, che al punto 7. Prevenzione, Individuazione e Contrasto della violenza sulle donne, indica la base su cui

costruire le iniziative dei prossimi cinque anni.

La collaborazione tra le istituzioni, i centri antiviolenza, e delle altre associazioni di volontariato e solidarietà è l'altro elemento fondamentale che caratterizza il Codice Rosa.

Sono tre le fasi fondamentali di attività:

- *prevenzione*, dove ASP e centri antiviolenza svolgono un ruolo fondamentale;
- *urgenza*, in cui il Codice Rosa entra in azione con le proprie competenze;
- *presa in carico del territorio*, che vede la stretta collaborazione tra i servizi sociali, consultoriali e la rete antiviolenza.

La situazione drammatica fotografata da tutti gli studi, nonché dagli ultimi dati ISTAT sulla violenza di genere ed EURES sui femminicidi, ci dice come la priorità dovrebbe essere quella di aumentare gli sforzi nei campi dell'educazione e della formazione, nel miglioramento dell'emersione e del contrasto alla violenza mettendo in rete tutte le esperienze, le professionalità e le competenze necessarie.

Non basta infatti solo il lavoro del Pronto Soccorso ma ci deve essere una rete estesa che si prende carico della vittima. Servono più centri antiviolenza, più case rifugio, più centri di aiuto psicologico, più progetti di formazione per far tornare le donne al lavoro e all'autonomia. In attesa delle Linee Guida Nazionali, volte a rendere operativo il Percorso di tutela delle vittime di violenza con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o atti persecutori, la Fnomceo, nel ribadire il suo convinto impegno su questa questione, ha dato mandato all'Osservatorio di elaborare un documento che la stessa Fnomceo invierà ai presidenti per avviare un'indagine conoscitiva all'interno di ciascuna Regione per avere dati di certezza sul livello di diffusione del Codice Rosa, e indirizzare le ASP e le Aziende Ospedaliere con norme regionali all'avvio del Codice Rosa come già avvenuto in nu-

*Come agisce il
Codice Rosa*

merose altre realtà. Non è più tempo di aspettare!

La realtà siciliana

In Sicilia:

- Legge regionale n. 3/2012, *Norme per il contrasto e la prevenzione della violenza di genere*;
- Circolare n.6 del 7 marzo 2014, *Iniziative regionali per la pianificazione di azioni di contrasto al fenomeno della violenza verso le persone fragili: introduzione in Sicilia del Codice Rosa*.

A Messina:

- Dal 2015 l'Azienda Ospedaliera Papardo è capofila del Progetto Regionale "Codice Rosa" nella qualità di coordinatore di 17 Pronto Soccorsi siciliani per la realizzazione di una procedura pilota regionale. È inoltre inserita nel Progetto Nazionale di sperimentazione del Codice Rosa che vede coinvolte cinque Regioni d'Italia.
- *La Violenza di Genere: conoscerla, prevenirla, riconoscerla, contrastarla*: ciclo interdisciplinare di seminari 2014-2015/2015-2016 organizzati dal Dipartimento di Scienze Politiche e Giuridiche dell'Università degli Studi di Messina, insieme al CUG (Comitato Unico di Garanzia) dell'Ateneo, la Consigliera provinciale di parità, in collaborazione e/o con il patrocinio di UN-Women Comitato Nazionale Italia, dell'ERSU, dell'Assessorato per le Pari Opportunità del Comune di Messina, dell'Ordine degli Avvocati, dell'Ordine dei Medici, del CEDAV onlus, del Soroptimist International, dell'AIDM sez. Tirreno-S.Stefano C. (ME), dell'Ordine professionale degli Assistenti Sociali della Regione Sicilia, dell'Associazione ALuMnime e di "Posto Occupato".
- In luglio 2014 presso la Prefettura, su iniziativa del CEDAV, è stato firmato il "Protocollo di intesa interistituzionale per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere" che ha quali principi ispiratori la Convenzione di Istanbul. È stata avviato il primo ciclo di attività formativa con carattere di interdisciplinarietà.

Atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Quali strategie di prevenzione

Monica Costantini

Ornella Cappelli

componenti Osservatorio Fnomceo della professione medica e odontoiatrica al femminile

IL TEMA, come Osservatorio per la professione al Femminile della Fnomceo, è particolarmente sentito in quanto si tratta di un problema oltre che grave, anche diffuso. Da più studi infatti è ribadito che, tra le condizioni potenzialmente dannose per la salute, a cui gli operatori sanitari sono esposti nel corso della loro attività lavorativa, particolare rilevanza assume il rischio di affrontare un'aggressione.

E ancora, il personale socio-sanitario è tra le categorie professionali più esposte. E più esposto è il personale femminile, che peraltro costituisce la maggioranza dei lavoratori in sanità.

Anzitutto, di cosa parliamo? Il National Institute of Occupational Safety and Health (1) definisce la violenza nel posto di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”. Il fenomeno è universalmente diffuso.

Negli Stati Uniti, secondo il Bureau of Labor Statistics (2),

nel 2014 il tasso di incidenza (n. di lesioni/10.000 lavoratori full time) di aggressioni non mortali è stato maggiore per i lavoratori del settore sociosanitario rispetto alla totalità dei lavoratori, sia nel settore privato (14,4 vs 4,0) che, soprattutto, nel settore governativo statale (135,2 vs 35,1).

Analoghe considerazioni Viitasara e Mankel riportano, anche per la Svezia, già in un lavoro del 2002 (3).

La situazione in Italia

E in Italia? Non abbiamo trovato statistiche puntuali, ma ci sono dati che confermano la consistenza del fenomeno. Il rapporto Anmil, *Prendersi cura di chi cura* (4), prende in considerazione gli infortuni sul lavoro indennizzati dall'Inail nel 2013. In esso troviamo che, su circa 4.000 infortuni riconducibili ad aggressione o violenza da parte di estranei, circa 1.200 (oltre 1/3) sono avvenuti in Sanità, e di questi il 71% (851 casi) hanno interessato la componente femminile. E ancora, di tutti i 23.530 infortuni che hanno interessato il personale femminile nel settore sanitario, il 3,6% (851 appunto) sono dovuti ad aggressione o violenza da terzi.

Ma già nel 5° *Rapporto del Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella* (5) (relativo agli anni 2005-2012), il Ministero della Salute ha riportato gli “atti di violenza a danno di operatore” al 4° posto tra i 16 eventi sentinella segnalati (165 segnalazioni, 8,6% del totale, di cui 4 mortali).

Gli eventi sentinella

Gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari sono considerati “eventi sentinella”, cioè eventi inattesi che comportano la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche, o il rischio di esse. Sono segnali della presenza, nell'ambiente di lavoro, di situazioni di rischio o di vulnerabilità, che richiedono la messa in atto di opportune misure di prevenzione e di protezione dei lavoratori.

Nel citato documento del Ministero della Salute vengono analizzati in dettaglio (6). Gli eventi di violenza si verificano

più frequentemente nelle seguenti aree:

- servizi di emergenza-urgenza;
- strutture dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche (Sert);
- luoghi d'attesa;
- servizi di geriatria;
- servizi di continuità assistenziale (postazioni di guardia medica);
- aree di integrazione socio-sanitaria.

Vogliamo sottolineare come particolare criticità e drammaticità, come la cronaca purtroppo ci ricorda, presentino le postazioni dislocate sul territorio. Pensiamo in primis a tante sedi di continuità assistenziale in cui colleghe e colleghi si trovano ad operare in totale solitudine, dovendo spesso anche affrontare condizioni oggettive di pericolo.

Numerosi sono i fattori che concorrono all'incremento degli atti di violenza, tra questi:

- l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- la diffusione dell'abuso di alcol e droga;
- l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire, nei pazienti o accompagnatori, uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;
- ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto dei pazienti, visite, esami diagnostici);
- presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;

■ mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;

■ scarsa illuminazione nelle strutture e nelle aree di parcheggio.

Gli operatori più a rischio sono gli infermieri, poi i medici e gli operatori socio-sanitari che gestiscono direttamente il rapporto con il paziente e con i familiari.

Il pericolo di atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari varia da struttura a struttura, dipendendo da diversi fattori riferibili (secondo i già citati Viitasara e Menckel) (2) a:

1. fattori specifici, caratteristici degli individui coinvolti (genere, età, educazione, scolarità, esperienze precedenti);
2. fattori di contesto, situazionali, caratteristici dell'ambiente lavorativo (lavoratori, attività svolte, ambiente fisico, ambiente psicosociale);
3. fattori strutturali, caratteristici dell'organizzazione (management, policy di riferimento, fonti di finanziamento, ambiente fisico e psicosociale, personale, educazione e training degli operatori).

L'individuazione delle caratteristiche degli specifici ambiti operativi è la base per una contestualizzazione efficace delle strategie di gestione

Ancora, il comportamento violento segue spesso una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, può arrivare a gesti estremi come il contatto fisico violento e l'uso di armi che possono ovviamente causare lesioni gravi fino alla morte.

La conoscenza di tale progressione può consentire al personale, opportunamente formato, di comprendere quanto sta accadendo ed interrompere l'escalation violenta.

Investire in prevenzione

Come ci ricorda il documento Ministeriale già citato (6) ciascuna struttura sanitaria deve investire risorse per mettere in atto un programma di prevenzione della violenza attraverso:

- l'elaborazione di un programma di prevenzione della violenza e di identificazione del rischio;
- l'analisi del contesto lavorativo (revisione degli episodi segnalati, conduzione di indagini ad hoc, analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione);

e successivamente:

- la definizione e l'implementazione delle soluzioni (strutturali e organizzative) individuate per prevenire e controllare le situazioni di rischio;
- il trattamento ed il sostegno degli operatori vittime di violenza;
- la formazione adeguata del personale.

Gli operatori devono ricevere formazione su:

- rischi specifici connessi con l'attività svolta;
- metodi di riconoscimento dei segnali di pericolo o delle situazioni che possono condurre ad episodi di violenza;
- metodologie per la prevenzione degli stessi (tecniche di de-escalation, protezione del contesto e degli altri utenti/operatori).

La conoscenza della natura del conflitto e delle dinamiche conflittuali è alla base di una buona relazione e interazione umana e l'apprendimento di come trasformare i conflitti favorisce, oltre che il lavoro in team professionale, anche una relazione più costruttiva con i pazienti e i loro care-giver.

Come ci insegnano una recente pubblicazione del Ministero della Salute (7) e il corso Fad che ne deriva curato dalla Fnomceo (8), i punti di tale progetto formativo potrebbero essere:

- caratteristiche e origini del conflitto;
- il modello M/m di Patfoort;
- il modello dell'Equivalenza di Patfoort;
- combattere e risolvere il conflitto;
- trasformazione del conflitto;
- il metodo CASE.

Consapevoli e convinte del ruolo chiave di adeguate strategie

di comunicazione, come Osservatorio intendiamo proporre Corsi di Formazione sulla Comunicazione rivolti agli operatori sanitari più esposti. Vogliamo concludere sollecitando le Organizzazioni Sanitarie a porre in atto le soluzioni più adeguate al problema della violenza ai danni degli operatori sanitari, ribadendo ancora come, in linea con altre realtà europee ed extraeuropee, il Ministero della Salute ha riconosciuto la rilevanza del problema e ha delineato le strategie per affrontarlo.

Bibliografia

- NIOSH : Violence in the workplace. *Current Intelligence Bulletin* 57, July 1996
- Bureau of Labor Statistic; U.S. Department of Labor. *Nonfatal Occupational Injuries and Illnesses Requiring Days Away From Work* , 2014. Released :Nov 19, 2015
- Viitasara E, Menckel E. Developing a framework for identifying individual and organizational risk factors for the prevention of violence in the health-care sector. *Work*: vol.19, n2, pp 117-123; 2002
- D'Amico F, Giovannone M. *Prendersi cura di chi cura. La sicurezza e la tutela sul lavoro delle donne che operano nel campo dell'Assistenza Sanitaria*. ANMIL, 2015
- Ministero della Salute. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella*. 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012). Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti.
- Ministero della Salute. *Raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Raccomandazione n.8. Novembre 2007
- Ministero della Salute. *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti*. I Modulo. Elementi teorici della Comunicazione. Maggio 2015.
- Quaderni Fad/Ecm de la Professione. Medicina, scienza, etica e società. (Ott. 2015) *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. Modulo I - Elementi teorici della comunicazione.*”

Conciliazione famiglia-lavoro: utopia per la donna o via maestra per il cambiamento?

Cristina Cenci

vicesegretario regionale vicario Cimo Umbria

QUANDO ALLA FINE DEL V LICEO SCIENTIFICO comunicai ai miei genitori, entrambi insegnanti di educazione fisica, la decisione di iscrivermi alla Facoltà di Medicina, mio padre andò su tutte le furie, trovando inconciliabile la professione del medico con la donna e la sua “naturale inclinazione” alla famiglia e ai lavori domestici. Dopo 25 anni da allora, eccomi qui oggi a rappresentare Cimo come donna (sposata da 13 anni, madre di tre bambine di 12, 10 e quasi 6 anni) e come medico (specialista in medicina interna, assunta a tempo indeterminato nel Ssn da 7 anni). Sarà stato merito della determinazione tipica delle donne, o del sistema paese, con il suo welfare a misura di donna??? Sicuramente di entrambi... Infatti senza mia madre (e a dire il vero anche senza mio padre!) avrei potuto concedermi il lusso di fare la metà delle cose che ho fatto e che continuo a fare! Ho voluto condividere con voi questo particolare della mia vita privata, per introdurre due concetti fondamentali per il coordinamento donne Cimo del quale sono oggi la portavoce.

*L'esperienza
privata*

Far ripartire il sistema paese

1) Se non cambia il sistema paese le nostre figlie non potranno contare sul nostro sostegno per conciliare famiglia e lavoro e tutti i nostri sforzi di progettare un futuro per loro saranno vani. Infatti se è vero che siamo destinate a vivere più a lungo di quanto accadeva in passato, (anche se nel 2015 per la prima volta l'aspettativa di vita subisce una battuta d'arresto) è anche vero che invecchiamo male e che siamo soggette a patologie da "stress lavoro correlato" due volte più rispetto agli uomini. Inoltre per le modifiche pensionistiche introdotte di recente per arginare la crisi economico-finanziaria, saremo costrette a lavorare più a lungo di quanto non abbiano fatto le nostre madri. Se per "naturale inclinazione" riusciamo a sopportare questi "pesi", comuni a tutte le donne che lavorano, difficilmente negli anni a venire riusciremo a sopportare il peso aggiuntivo che la crisi ha imposto all'organizzazione del lavoro in sanità: i 25 miliardi di tagli lineari si sono abbattuti principalmente sugli organici, sui nostri stipendi e sui posti letto per acuti, senza una reale riconversione o rimodulazione dell'offerta di posti letto nel territorio. E nessuna donna medico, per "naturale inclinazione" al sacrificio per il bene degli altri, potrà sopportare il taglio della propria professionalità per esigenze di finanza pubblica perché nel quotidiano ciò si traduce in un peggioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate. È perciò necessario ripartire per poter prevedere un futuro che permetta realmente di conciliare famiglia e lavoro...

La maternità è un'opportunità per la donna e per l'ambiente in cui lavora

2) Vivere l'esperienza della maternità è una ricchezza aggiuntiva che sublima la professionalità e la competenza della donna medico. Pertanto la maternità deve essere vissuta come un'opportunità per la donna e per l'azienda e non come un ostacolo alla carriera o un torto fatto ai colleghi di lavoro. In che modo? Tornando ad investire sul capitale umano e quindi sulla professionalità del medico ed in particolare sulla donna

medico che si appresta a vivere la maternità, tenuto conto anche delle potenzialità dei nuovi mezzi informatici che permettono di lavorare a distanza e di gestire in maniera nuova spazio e tempo:

- sostituendo immediatamente le assenze per gravidanza/maternità;
- modificando l'attuale istituto del part-time, prevedendo flessibilità della durata dell'orario di lavoro per i periodi nei quali la donna ne ha maggiore necessità (a seconda delle fasi della vita che attraversa);
- realizzando asili nido aziendali per favorire il rapido reinserimento della donna dopo il parto;
- proponendo: corsi di formazione altamente professionalizzanti per acquisire competenze aggiuntive strategiche per gli obiettivi di salute da realizzare;
- incentivando studi indipendenti di ricerca clinica anche per revisionare modelli organizzativi e/o proporre di nuovi;
- riservando posti negli uffici di staff della direzione generale per realizzare quella *clinical governance* che ancora oggi resta lettera morta sulla carta.

Per chi sta pensando che tutto questo è *utopia* in Italia, concludo con una provocazione che però nel profondo del mio cuore non considero poi tale...

Se crediamo veramente che le donne medico possano essere il futuro del Ssn, perché non introdurre tra i titoli da valutare per diventare Direttore di Struttura Complessa, Direttore Generale, Direttore Sanitario o Direttore Amministrativo (al pari dell'attestato di formazione manageriale regionale), l'aver cresciuto almeno tre figli come avviene in Francia per l'accesso all'insegnamento??? A mio modo di vedere questo potrebbe portare ad una minore ingerenza della politica in sanità e, dati di Bankitalia alla mano, ad una riduzione della corruzione, ad una migliore allocazione delle risorse e ad un aumento del PIL.

La maternità come titolo nei concorsi