

PIEMONTE/ L'Asl To 1 premiata dal ministero dell'Economia per gli acquisti on line

# Torino fa shopping telematico

Nel 2010 l'Uo Logistica ha comprato il 35% dei B&S su piattaforma



**R**isultati eccellenti negli acquisti on line. L'Asl Torino 1, grazie all'attività sviluppata nel 2010 dalla struttura complessa Logistica, si è aggiudicata (ex aequo con l'Università di Catania) la sezione Mepa (Mercato elettronico delle pubbliche amministrazioni) nell'ambito del "Premio E-proc 2011", bandito dal ministero dell'Economia e delle Finanze e dedicato alle migliori performance di Pa e imprese negli acquisti on line.

Un percorso che per l'Asl torinese è partito da lontano: negli ultimi anni l'azienda sanitaria ha mirato alla valorizzazione dei sistemi di e-procurement in vista della standardizzazione, della trasparenza e della migliore gestione delle procedure d'acquisto. L'anno scorso un regolamento aziendale ha autorizzato i direttori delle strutture complesse di area tecnico-amministrativa a operare sulla piattaforma Consip nell'ambito dei limiti merceologici e finanziari rappresentati dai conti economici loro assegnati. Con ottimi risultati. Tanto che l'Asl è diventata "formatore" in tutta la Regione. «L'anno scorso - spiega infatti **Simona Guerci**, responsabile della struttura complessa Logistica - l'Ares ci ha utilizzato per "addestrare" i colleghi delle altre Asl». Ma a parlare sono soprattutto i numeri: con il 35%

Categoria	Acquisto diretto Mepa	Acquisto diretto tradiz.	Adesione a convenz. Consip	Convvenz. Scr *	Procedura negoziata	Rdo Mepa	Totale	% Mepa
Arredi	4	5	-	-	17	7	33	33
Autoveicoli	-	-	1	-	-	-	1	0
Cancelleria	-	-	-	-	1	1	2	50
Combustibile e lubrificanti	-	-	1	-	-	-	1	0
Dispositivi di protezione individuale	1	-	-	-	2	-	3	33
Libri e riviste	-	-	-	-	1	-	1	0
Materiale igienico-sanitario	-	-	-	-	2	2	4	50
Office	-	-	2	-	1	-	3	0
Servizi sugli immobili	-	3	-	-	1	1	5	20
Servizi vari	-	1	-	-	2	-	3	0
Spesa specifica sanitaria	-	2	1	1	29	11	44	25
Varie	-	1	-	-	-	-	1	0
<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>56</b>	<b>22</b>	<b>101</b>	<b>27</b>

N.B.: dati espressi in euro; \* Società di committenza regionale

di transazioni realizzate sul mercato elettronico dal mese di marzo 2010 sino alla fine dello stesso anno (per un ammontare pari a 800mila euro, v. tabella in pagina) la sc Logistica ha ampiamente superato l'obiettivo fissato dall'azienda, pari a un ben più modesto 15 per cento di acquisti da concludere on line. «Un risultato - continua Guerci - ottenuto anche grazie al

forte input impresso a suo tempo dalla direzione generale. Gli esiti non si sono fatti attendere e consistono, più che in risparmi in termini di costi, in una notevole semplificazione delle procedure e nello snellimento di tempi e personale necessari per procedere all'acquisto. Il cambiamento introdotto dall'adozione di nuove modalità di acquisto ha costituito inoltre un'occa-

sione preziosa per rivedere in modo critico le procedure interne alla struttura operativa, mediante una riorganizzazione per processi delle attività, a esempio ricostruendo con il supporto di Consip il modello di richiesta di offerta in maniera aggiornata e uniforme a tutti i settori merceologici».

Un altro vantaggio è nel rapporto con i fornitori: il Mepa è infatti uno

strumento capace di agevolare l'incontro tra domanda e offerta, favorendo l'abbattimento di barriere rappresentate da aree di mercato chiuse e favorendo la circolazione della domanda. Nel caso dell'Asl Torino 1, proprio grazie alle procedure telematiche è stato possibile "appaltare" il servizio di derattizzazione a un'azienda di fuori-regione. Ma non sono mancate le resistenze, soprattutto sul fronte degli acquisti prettamente sanitari: «Il potenziale superamento di mercati chiusi e autoreferenziali - precisa infatti Guerci - non sempre si traduce in pratica: in molti casi le Rdo avviate non sono state aggiudicate per mancanza di offerte, nonostante gli sforzi di comunicazione fatti nei confronti dei fornitori del settore per convincerli a iscriversi al Mepa». L'incidenza del mercato elettronico nell'ambito degli acquisti sanitari - anche per la natura "generalista" dell'organismo Consip, tarata su beni di consumo non prettamente legati al Ssn - è quindi ancora bassa, malgrado proprio gli acquisti sanitari rappresentino la componente di spesa più rilevante. È questo un elemento su cui lavorare, superando le resistenze dei fornitori a vedere omologati listini e prodotti.

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## INTERSYSTEMS Il boom della sanità in rete

InterSystems Corporation è leader mondiale nelle soluzioni avanzate per questo settore. Da Cachè a Ensemble, da HealthShare a TrakCare, sono tanti i sistemi implementati con successo dalla società. Ne parla Jean Pierre Giannetti, Country Manager Italia.

**Dottor Giannetti, InterSystems Corporation è leader mondiale nelle soluzioni avanzate per la sanità in rete. Quali sono i principali sistemi implementati?**

Ogni prodotto InterSystems rappresenta un elemento utile alla realizzazione del disegno di sanità in rete.

La base è costituita dai sistemi *core technology*, a partire da InterSystems Cachè®, il *database* a oggetti più utilizzato in applicazioni sanitarie grazie alle sue eccezionali prestazioni e alle grandi doti di scalabilità. Solo per citare alcune referenze in ambito sanitario, Cachè è utilizzato sia da prestigiose società, come Epic, che da clienti finali, come il dipartimento Veteran Affairs o della Difesa degli Stati Uniti.

InterSystems Ensemble® è una piattaforma avanzata per l'integrazione e lo sviluppo di applicazioni aperte. Sono numerosi i clienti in ambito sanitario: ad esempio, Ensemble è disponibile per le aziende del North, Midlands and East dell'Inghilterra (NME) sotto il Programma nazionale per l'IT dell'NHS, al fine di ottenere una visione univoca dei dati del paziente e di mantenere differenti sistemi sincronizzati. In Italia, l'azienda ospedaliera di Vimercate ha orchestrato in un disegno comune applicativi di più fornitori e di tecnologie diverse per ottenere un servizio efficiente nel rispetto degli obiettivi di qualità della cura del paziente. InterSystems HealthShare™ è una piattaforma strategica per l'informatica sanitaria che consente la creazione del Fascicolo sanitario elettronico a livello regionale o nazionale. Si tratta di una soluzione completa per aggregare e condividere in maniera sicura i dati clinici tra molteplici organizzazioni. Oltre a numerose installazioni negli Stati Uniti, HealthShare è stato utilizzato per realizzare il FSE dell'intera Svezia. InterSystems DeepSee™ è il *software* che rende possibile l'aggiunta di funzionalità di analisi in tempo reale alle applicazioni transazionali. Gila River Healthcare ha utilizzato DeepSee per identificare le migliori cure erogate dai medici di base ai pazienti diabetici. InterSystems TrakCare™ è un sistema informativo sanitario integrato, basato su tecnologia web, presente nel mercato con installazioni in più di 25 Paesi, compresa l'Italia. TrakCare è utilizzato in progetti molto diversi in rinomate strutture sanitarie: da implementazioni su scala nazionale in Scozia, Cile, Australia e Brasile a singole strutture sanitarie, come il Dusit Medical Services di Bangkok in Thailandia, il Manipal Hospitals in India o l'Albert Einstein Hospital in Brasile. TrakCare poggia su Cachè ed Ensemble e si adatta in maniera unica alla varietà di modelli di erogazione delle prestazioni sanitarie; viene pre-configurato per rispondere ai requisiti dei mercati locali.

**All'inizio di settembre, InterSystems Corporation ha annunciato l'acquisizione di Siemens Health Services Francia, che opererà come InterSystems SAS. Quali sono le conseguenze di questo evento?**

Questa acquisizione fa guadagnare a InterSystems una posizione di rilievo in Francia, che rientra nella *top five* mondiale dei mercati per fatturato di IT sanitario, e segna l'ingresso in questo mercato di TrakCare.

SHS è molto rispettata per la sua comprovata soluzione sanitaria e di fatturazione ospedaliera Clinicom™. Tra gli oltre sessanta ospedali gestiti da Clinicom, sono compresi alcuni tra i siti più all'avanguardia in termini di IT sanitaria del Paese. Questo evento porta in Francia l'esperienza mondiale in campo sanitario di InterSystems e il *software* TrakCare, che completa ed estende il potenziale di Clinicom.

**Su che cosa si focalizzerà InterSystems SAS?**

Clinicom e TrakCare saranno integrati per formare un sistema clinico e amministrativo completo, ottimizzato per gli usi e le politiche di erogazione sanitaria francese. Questa combinazione è facilitata dal fatto che entrambi i prodotti utilizzano il *database* Cachè e dalla decennale collaborazione tra le due società.

InterSystems SAS si focalizzerà sugli ospedali appartenenti al settore pubblico, che rappresentano il 62% delle aziende ospedaliere francesi.

**Quali sono gli obiettivi futuri, i prossimi traguardi da raggiungere?**

Nella situazione economica attuale, vi è una grande pressione sulle strutture sanitarie che dovrebbero ridurre i costi aumentando nel contempo l'efficienza e la qualità delle prestazioni erogate. Il nostro contributo a questa sfida è focalizzato sulla realizzazione e implementazione di sistemi che sempre di più tolgano agli operatori il peso di compiti ripetitivi e consentano loro di concentrarsi su attività a più alto valore aggiunto. Si tratta di sistemi che non si limitano a raccogliere dati, attività sicuramente necessaria ma ormai non più sufficiente. Il passaggio successivo è far diventare questi sistemi un reale supporto alle decisioni degli operatori, siano essi medici, infermieri o impiegati amministrativi. È quindi necessario non solo definire le informazioni utili in un dato istante, ma anche collegare i vari attori che concorrono al percorso che il cittadino affronta nel tempo per ripristinare o mantenere il proprio stato di salute. Si tratta di attori di tipologia e di aziende sanitarie diverse, che agiscono in momenti differenti, ma che richiedono un maggior coordinamento per essere più efficaci. La sanità in rete è certamente un'esigenza, che con i prodotti InterSystems è già una realtà in varie installazioni al mondo. Il nostro obiettivo è quello di migliorare gli strumenti a disposizione, per raggiungere sempre nuove reti sanitarie.



RISCHIO CLINICO/ I dati nazionali al VI Forum annuale di Arezzo

# Cure errate, Italia allo specchio: si sbaglia poco, si previene meno

**A**ll'Italia del clinical risk management serve una legge che consenta ai medici di discutere serenamente dei propri errori, senza il timore delle conseguenze giudiziarie. Fare tesoro delle segnalazioni volontarie e degli audit clinici - garantendone la confidenzialità come accade in altri Paesi - per migliorare il livello di sicurezza delle corsie del Ssn è il messaggio che arriva dalla VI edizione del Forum Risk management, chiusosi venerdì scorso ad Arezzo con la creazione della Consulta italiana per la sicurezza delle cure di cui fanno parte la Società italiana qualità dell'assistenza sanitaria, la Società italiana sicurezza e qualità nei trapianti, la Società italiana di ergonomia, l'Associazione medici direzione ospedaliera, la Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, la Federazione italiana delle società medico scientifiche, la Sifo e il Gruppo qualità e sicurezza del Collegio Ispasvi.

La proposta scaturisce in particolare dallo studio dell'incidenza degli eventi avversi negli ospedali del Ssn finanziato dal ministero della Salute al Centro gestione rischio clinico della Regione Toscana (una delle strutture italiane di riferimento sulla gestione del rischio clinico), realizzata in collaborazione con l'Istituto di statistica dell'Università di Firenze e l'Agens e con la supervisione di due super esperti internazionali del settore, **Charles Vincent** (Royal College of London), **Jesus Aranaz** (Universidad Miguel Hernandez de Alicante).

Nome	Tipologia	Sede	Posti letto	Dimissioni (anno 2008)
<b>Policlinico di Bari</b>	Aou	Bari (Puglia)	1.215	47.790
<b>Az. complesso ospedaliero San Filippo Neri</b>	Aou	Roma (Lazio)	558	19.854
<b>Ospedale Niguarda Ca' Granda</b>	Aou	Milano (Lombardia)	1.250	32.600
<b>Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa</b>	Aou	Pisa (Toscana)	1.520	45.161
<b>Azienda ospedaliero-universitaria Careggi</b>	Aou	Firenze (Toscana)	1.400	54.211

Dalla ricerca - che ha coinvolto 5 grandi aziende ospedaliere universitarie italiane - il Niguarda di Milano, il San Filippo Neri di Roma, il policlinico di Bari, l'Aou di Pisa e il Careggi di Firenze - emerge che in Italia il tasso degli eventi avversi è del 5,17%, mediamente più basso di quello calcolato in altri studi analoghi a livello internazionale, pari al 9,2%, mentre la prevedibilità degli eventi è decisamente più alta, risultando del 56,7% contro il 43,5% registrato all'estero.

I tassi registrati in Italia sono molto simili a quelli emergenti dagli studi francese e olandese: in Francia la percentuale di eventi avversi si attesta al 5,1%, con una quota di eventi evitabili del 35%; in Olanda il dato è leggermente più elevato: 5,7% e 40%. «I confronti tra Paesi sono difficili in quanto i metodi di ricerca sono diversi anche se sono tutti studi retrospettivi basati sulla revisione di cartelle cliniche - spiega **Riccardo Tartaglia**, responsabile del centro Gestione del

rischio clinico della Regione Toscana, coordinatore della ricerca -. Non si tratta del primo studio sugli eventi avversi effettuato a livello internazionale, ma il fatto di essere arrivati per ultimi ci ha consentito di eliminare fattori di confusione e bias che hanno caratterizzato gli altri studi e di poter disporre di strumenti di analisi più affidabili. La prospettiva utilizzata è stata quella della qualità intesa come la prestazione che oggi la scienza prevede debba essere svolta e non la ricerca della responsabilità, presente solo in due studi internazionali».

In particolare, dall'esame di otto ricerche per un totale di 74.485 cartelle cliniche di pazienti da cui è stato ricavato il tasso di eventi avversi del 9,2% emerge anche che oltre metà dei pazienti (56,3%) non subisce nessun danno o solo danni lievi, mentre il 7,4% risulta fatale: nella gran parte dei casi si tratta di eventi conseguenti a interventi chirurgici (39,6%) e terapie (15,1 per cento).

Lo studio italiano si basa sull'analisi delle cartelle cliniche di un campione rappresentativo di 7.573 ricoverati negli ospedali italiani partecipanti allo studio (la ricerca ha interessato oltre al Niguarda, al San Filippo Neri e al Policlinico di Bari anche tutte le aziende sanitarie della Toscana, cui è attribuita una performance di pregio: 2,54% di eventi avversi, metà del dato italiano) e ha puntato sull'analisi della qualità della prestazione e pazienti e non sulla logica della responsabilità professionale, identificando l'evento avverso come «incidente inatteso e indesiderato, incluso nella cartella clinica e attribuibile alla gestione sanitaria piuttosto che alla patologia di base del paziente, che ha provocato una lesione e/o disabilità e/o il prolungamento del ricovero e/o la morte». La tecnica di campionamento è stata quella casuale semplice a valere sulle Sdo relative a ricoveri avvenuti nel 2008 escludendo i casi di ricovero in day hospital o day surgery: dall'archi-



vio di ogni azienda sono state estratte 2.000 cartelle cliniche che sono state poi selezionate e analizzate con gli strumenti elaborati da Charles Vincent e colleghi, autori dello studio inglese pubblicato nel 2001.

«Il metodo - spiega ancora Tartaglia - prevede l'applicazione di due strumenti alle cartelle cliniche: il review form 1 (RF1), per una prima selezione (screening) dei casi potenzialmente rappresentativi di un evento avverso; il review form 2 (RF2), che guida il valutatore all'analisi approfondita della cartella clinica per rilevare la presenza di un evento avverso. In questa attività sono stati coinvolti medici prevalentemente di area clinica, adeguatamente formati all'uso dello strumento, e sono state effettuate verifiche in doppio cieco per eliminare le distorsioni, pur presenti nella valutazione».

È da questa analisi che sono state selezionate 675 cartelle in relazione alle quali è emerso un tasso di pazienti con evento avver-

## Tipologia di eventi sentinella segnalati

Tipo evento	N.	%
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	166	19,0
Morte o grave danno per caduta di paziente	147	16,8
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	134	15,4
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	76	8,7
Morte o grave danno imprevisto conseguente a intervento chirurgico	76	8,7
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2.500 grammi non correlata a malattia congenita	52	6,0
Atti di violenza a danno di operatore	48	5,5
Reazione trasfusionale conseguente a incompatibilità AB0	44	5,0
Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	35	4,0
Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	31	3,6
Errata procedura su paziente corretto	17	2,0
Morte o grave danno conseguente a inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa I 18 e/o all'interno del pronto soccorso	16	1,8
Procedura in paziente sbagliato	11	1,3
Morte o grave danno conseguente a un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	9	1,0
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	8	0,9
Violenza su paziente in ospedale	3	0,3
<b>Totale</b>	<b>873</b>	<b>100,0</b>

## LA CHECK LIST AL TIMONE DELLE CHIRURGIE

### Eventi sentinella, suicidi e cadute al top

**L**a gamba destra invece che la sinistra, l'operazione a regola d'arte ma sul paziente sbagliato, la garza o la pinza nella pancia che costringe (se va tutto bene) a rioperare. E ancora: il neonato sano che muore o resta disabile senza che vi siano malattie congenite, la trasfusione con sangue incompatibile, il decesso provocato da farmaci errati, la caduta che crea danni gravi o il decesso del paziente, il suicidio, riuscito o meno. Nell'arco di 5 anni (da settembre 2005 a dicembre 2010) di casi così - ovvero di "eventi sentinella" che dovrebbero determinare immediate indagini conoscitive per l'adozione di misure correttive adeguate - nel Ssn ne sono stati segnalati volontariamente 1.047. E tra gli 847 validi ai fini del monitoraggio l'evento più segnalato in assoluto è il suicidio (19,1%), mentre il tasso di mortalità generale è pari al 45,36 per cento.

Il dato emerge dal terzo Rapporto di monitoraggio del servizio Governo clinico sicurezza dei pazienti del Dipartimento della programmazione sanitaria presentato venerdì scorso al Forum sicurezza in Sanità di Arezzo. Frutto dell'Intesa Stato-Regioni del 2008 e realizzato grazie al Simes (sistema informativo per il monitoraggio degli eventi avversi) il documento dà conto delle segnalazioni validate a 3 livelli (azienda, Regione e ministero) riferite a 16 categorie di eventi, garantendo - come previsto dal sistema Simes - la confidenzialità delle informazioni nei riguardi di professionisti, organizzazioni sanitarie e Regioni.

Dall'analisi dei dati - illustrati ad Arezzo dal respon-

sabile del servizio Governo clinico della Salute, **Alessandro Ghirardini** - dopo il suicidio, la seconda categoria per numerosità di segnalazioni (147 eventi, corrispondenti al 16,8% del totale) è rappresentata dall'evento "morte o grave danno per caduta di paziente". L'evento "ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente" rappresenta invece la terza categoria segnalata, con 134 segnalazioni pari al 15,4 per cento.

Per quanto riguarda gli esiti degli eventi sentinella censiti, oltre a 396 decessi (45,4%) figurano anche traumi maggiori da caduta (92; 10,5%), prolungamento della degenza o cronicizzazione (30; 3,4%), disabilità permanente (15; 1,7%) e coma (12; 1,4%). Entrando nel dettaglio della casistica emerge anche che le stanze di degenza sono i luoghi dove si è verificato il maggior numero di eventi avversi (327; 37,5%), seguite dalle sale operatorie (193; 22,1%). Da segnalare infine che le discipline maggiormente interessate dalle segnalazioni risultano essere ostetricia e ginecologia (123; 14,1%), medicina generale (104; 11,9%), chirurgia generale (99; 11,3%) e ortopedia e traumatologia (66; 7,6%).

Alla base dell'errore, infine, spiccano tra i fattori che lo hanno determinato quelli relativi a tecnologie, farmaci, linee guida e barriere (407), seguono la cattiva comunicazione (299), il fattore umano (258) e le cause ambientali (122).

Il report fotografa anche il grado di attivismo delle

## Eventi sentinella: dove si verificano

Luogo evento	N.	%
Reparto di degenza	327	37,5
Sala operatoria	193	22,1
Altro	95	10,9
Domicilio	61	7,0
Bagni	50	5,7
Non specificato	44	5,0
Ambulatorio	42	4,8
Corridoio	21	2,4
Terapia intensiva	20	2,3
Scale	12	1,4
Ambulanza	8	0,9
<b>Totale</b>	<b>873</b>	<b>100,0</b>

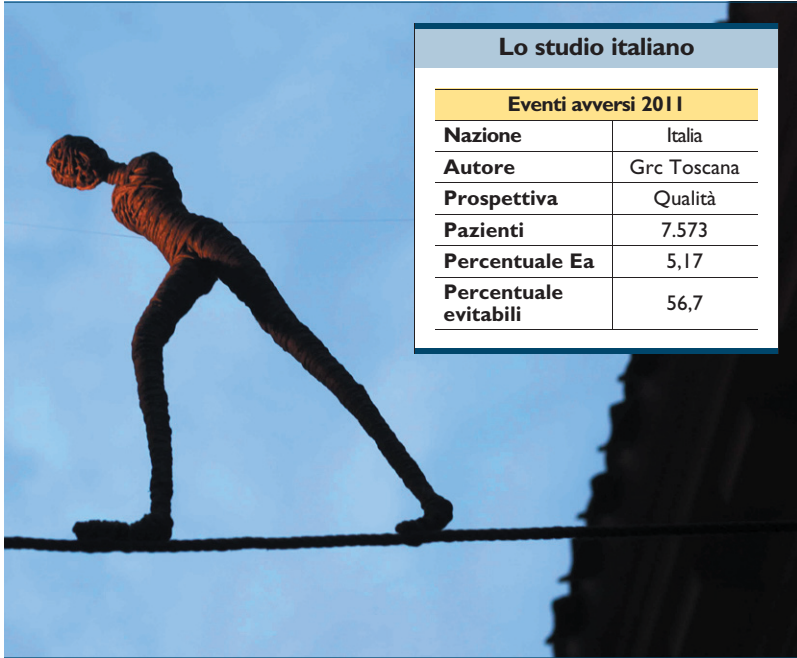
aziende nel contrastare il ripetersi di eventi sentinella già occorsi: il numero di piani d'azione trasmessi dalle strutture sanitarie rispetto al totale delle segnalazioni degli eventi sentinella è pari al 55,1% (481/873).

Il dato registrato è comunque migliorativo rispetto al precedente rapporto e si attesta a +15%. Miglioramento significativo infine anche per quanto riguarda la qualità dei dati forniti: gli eventi non ascrivibili alle categorie predefinite risultano pari al 15,4%, con un miglioramento di due punti percentuali rispetto al 2009. Dato di rilievo infine anche quello relativo all'adozione del manuale e della check list di sala operatoria prodotte dalla salute nel 2008: l'83% delle strutture dichiara di aver adottato il primo, il 91% la seconda, mentre l'82% dichiara di avere anche un coordinatore della check list.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Eventi sentinella per disciplina

Disciplina	N.	%	Disciplina	N.	%	Disciplina	N.	%
Ostetricia e ginecologia	123	14,1	Radiologia	15	1,7	Ematologia	8	0,9
Non specificato	112	12,8	Urologia	14	1,6	Nefrologia	8	0,9
Medicina generale	104	11,9	Geriatria	14	1,6	Chirurgia vascolare	7	0,8
Chirurgia generale	99	11,3	Cardiologia	13	1,5	Residuale manicomiale	7	0,8
Ortopedia e traumatologia	66	7,6	Pediatria	13	1,5	Malattie infettive e tropicali	7	0,8
Psichiatria	61	7,0	Pneumologia	12	1,4	Neonatalogia	6	0,7
Astanteria	29	3,3	Terapia intensiva	11	1,3	Chirurgia pediatrica	6	0,7
Anestesia e rianimazione	18	2,1	Neurochirurgia	10	1,1	Gastroenterologia	6	0,7
Neurologia	17	1,9	Cardiologia	10	1,1	Oculistica	6	0,7
Recupero e riabilitazione	16	1,8	Otorinolaringoiatria	10	1,1	Altro	37	4,2
			Oncologia	8	0,9	<b>Totale</b>	<b>873</b>	<b>100,0</b>


**Lo studio italiano**

Eventi avversi 2011	
Nazione	Italia
Autore	Grc Toscana
Prospettiva	Qualità
Pazienti	7.573
Percentuale Ea	5,17
Percentuale evitabili	56,7

so del 5,17%, per un totale di 470 eventi avversi e un tasso di eventi avversi del 6,3% (uno o più eventi avversi per paziente). Il dettaglio delle conseguenze denuncia 34 decessi (10,59%), 75 casi di disabilità al momento della dimissione (17,95%) e 263 prolungamenti della degenza (66,65%). Eventi prevenibili, come già detto, nel 56,71% dei casi. A patto che - è stato ripetuto ad Arezzo - l'Italia tenga conto delle raccomandazioni formulate dall'Oms e dalla Commissione delle Comunità europee sulla necessità di valorizzare i sistemi di incident reporting, incoraggiando il personale sanitario a riferire attivamente, assicurando condizioni aperte ed eque riguardo alla fornitura di informazioni. «Non dobbiamo abbassare la guardia - dice il presidente della Fondazione sicurezza in Sanità, **Vasco Giannotti** - e occorre investire sempre di più nella prevenzione del rischio e nella sicurezza del paziente. Un investimento che non rappresenta una spesa per il Ssn, ma

che produce risparmio anche da un punto di vista economico-finanziario». Anche volendo tener presente le conseguenze meno gravi degli eventi avversi, ovvero il prolungamento delle degenze, i costi sono di 400 euro in più per ogni giorno di ospedalizzazione, mentre - come ricordato da Assobiomedica in base ai dati presentati ad Arezzo - le sole infezioni ospedaliere impattano per lo 0,8% sul Pil generando una spesa sanitaria aggiuntiva di circa 1 miliardo, con costi di maggiore ospedalizzazione che variano da 4mila euro per un paziente ricoverato nel Dipartimento di medicina a 28mila euro per un paziente ricoverato in terapia intensiva, dove si verificano i maggiori contagi. Troppo per un Ssn che punta a garantire le performance d'eccellenza garantite finora agli assistiti con risorse sempre più esigue.

**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Gli studi internazionali sull'epidemiologia degli eventi avversi**

Nazione	Autore	Prospettiva	Pazienti	% Ea	% evitabili
Usa C	Schimmel, 1964	Qualità	1.014	23,6	-
Usa NY	Brennan, 1984	Medico-legale	30.195	3,7	27,6
Usa U and C	Thomas, 1992	Medico-legale	14.564	2,9	27,4/32,6
Australia	Wilson, 1982	Qualità	14.179	16,6	51,2
Nuova Zelanda	Davis, 1998	Qualità	6.579	11,3	37,0
Regno Unito	Vincent, 1999	Qualità	1.014	10,8	48,0
Regno Unito	Healey, 2001	Qualità	4.743	31,5	48,6
Danimarca	Schioler, 2002	Qualità	1.097	9,0	40,4
Canada	Baker, 2002	Qualità	3.720	7,5	41,6
Canada	Foster, 2002	Qualità	502	12,7	38,0
Canada	Ross, 2004	Qualità	3.745	7,5	36,9
Francia	Michel, 2005	Qualità	8.754	5,1	35,0
Spagna	Aranaz, 2005	Qualità	5.624	9,3	46,0
Olanda	Zegers, 2009	Qualità	8.400	5,7	40,0
Brasile	Mendes, 2010	Qualità	1.103	7,6	66,7
Svezia	Soop, 2010	Qualità	1.967	12,3	70,0

**Incidenza eventi avversi e numero eventi avversi per caso**

Centro	Rf 1	Rf 2	Casi con Ea	%	Media Ic (95%)	N. Ea	%	Media Ic (95%)
Totale	7.460	675	386	5,17	-	470	6,30	-

**Prevenibilità eventi avversi rilevati**

Prevenibilità %	Media naz.	Cumulativa naz.
Certa	7,96	7,96
Molto probabile	13,17	21,13
Probabile	11,86	32,99
Abbastanza probabile	23,72	56,71
Media Ic (95%)	-	-
Difficile	14,84	71,55
Improbabile	28,45	100,00

**Conseguenze eventi avversi**

Centri	Totale	
	N.	%
Prolungamento degenza	263	66,65
Disabilità al momento della dimissione	75	17,95
Morte paziente	34	10,59

Fonte tabelle: Jesus Aranaz Andrés, 2010

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## CRONACA DI UNA LEGGE CHE CI DIFENDE DAL DOLORE

### LA LEGGE 38/10, LA PIÙ EVOLUTA D'EUROPA

Marco Filippini - Manuela Maria Campanelli

Prefazione di Umberto Veronesi

La data del 15 marzo 2010 rimarrà nella memoria di tutti coloro - politici e clinici - che si sono impegnati affinché il dolore cronico fosse classificato e trattato come una vera malattia, nonché di tutti i pazienti che hanno visto tutelato il loro diritto ad essere curati per una patologia che, oltre al fisico, infierisce sull'anima di chi ne è affetto.

La Legge 38 rappresenta un passo fondamentale in ambito sanitario: riconosce al dolore cronico la dignità di malattia, separa nettamente le cure palliative dalla terapia del dolore, obbliga i clinici alla cura del dolore ma anche a un suo attento monitoraggio, inserendo il dolore tra i cinque parametri vitali da valutare quotidianamente. È il raggiungimento di un importante traguardo e, al tempo stesso, il punto di partenza verso un approccio al dolore cronico del tutto differente. Un grande risultato che va riconosciuto non solo a chi vi ha lavorato in anni recenti, ma anche a tutti gli operatori che, nell'ultimo decennio, hanno gettato le basi di quel cambiamento culturale senza il quale tutto ciò non si sarebbe potuto ottenere.

Questo volume ripercorre le tappe fondamentali di un lungo cammino, approfondendo alcune tematiche, ad esempio il pensiero della Chiesa in materia, affrontando temi delicati come la gestione del dolore in ambito pediatrico e, infine, chiarendo l'importanza di un trattamento terapeutico adeguato, sfatando alcuni luoghi comuni come quelli inerenti l'impiego dei farmaci oppioidi.

Un libro dedicato a tutti i malati di dolore cronico, che possono trovare in queste pagine una risposta a molte loro domande, ma anche ai politici, per mettere in luce come il lavorare per un fine comune - il bene del paziente - porti a riconoscere il valore di quanto costruito da altri, anche se appartenenti a diverse correnti di pensiero.

Un'opera dedicata inoltre a tutti gli operatori del settore, affinché applichino quanto la Legge ha stabilito e continuino questo percorso di cambiamento culturale, e a quanti dedicano la loro vita alla cura degli altri, perché non si lascino scoraggiare dai momenti cupi, ma trovino sempre la forza di andare avanti.



Le linee di azione per il rilancio del Ssn nell'ottica della responsabilità nei confronti dei pazienti

# «Poker» per le cure migliori

I quattro «assi» sono: appropriatezza, sostenibilità, sistema, innovazione

Nei diversi e ipotetici scenari sul futuro del Ssn uno, in particolare, prevede che nei prossimi anni i due vincoli essenziali saranno il tempo a disposizione (poco) per attuare le (tante) riforme necessarie per fare sempre di più con meno per tutti, superando le due delle criticità maggiori, rappresentate dalla crisi delle istituzioni e dalla debolezza professionale, che negli anni sono progressivamente aumentate. In quest'ottica dovremo rivedere gli attuali processi di produzione che dovrebbero essere in grado di migliorare continuamente nelle nostre aziende in termini di «performance» al fine di erogare solo prestazioni appropriate e centrate sulle esigenze degli utenti, sapendo che queste sono in continuo cambiamento e in costante evoluzione.

Sul Jama n. 305 del 2011 è apparso un interessante articolo in cui veniva dimostrata l'inappropriatezza prescrittiva nel caso dei defibrillatori impiantabili in contrasto con quanto stabilito dalle più accreditate Linee guida. L'articolo concludeva affermando che per la opportuna e necessaria sostenibilità di una sanità pubblica equa ed efficace, occorre che i professionisti siano più responsabilizzati e abbiano un comportamento prescrittivo maggiormente coerente con le raccomandazioni derivanti dalle Linee guida, per non sprecare preziose risorse economiche nella cura di pazienti che non necessitano di certi interventi, a scapito di altri pazienti che potrebbero rimanerne ingiustamente esclusi. È quanto mai necessario porre l'attenzione sulla variabilità di comportamenti clinici e professionali ricordando che nelle burocrazie professionali, quali sono le organizzazioni sanitarie secondo H. Mintzberg, valgono tre regole fondamentali:

- i professionisti rispondono in proprio delle attività;

Le tappe per raggiungere l'obiettivo	
<b>1° step: Ideazione e pianificazione</b>	Coordinare più specialisti, sapendo che ogni specialista ha un proprio linguaggio e un proprio punto di vista; gestire queste fasi con una facilitazione costante all'integrazione delle specializzazioni per conseguire i risultati attesi rispettando i limiti di tempo, costi e risorse definiti per assicurare la qualità complessiva del progetto
<b>2° step: Esecuzione, controllo e chiusura</b>	Garantire la presenza che deve essere costante e forte della committenza aziendale (Direzione strategica) nel monitorare lo stato di avanzamento del progetto fino alla sua chiusura e all'avvio delle attività di gestione
<b>3° step: Attivazione e gestione</b>	Formazione: prevedendo un diverso modo di lavorare (organizzazione) dei professionisti sanitari già dall'ideazione della nuova attività secondo lo schema. Hta > [Ebm > Clinical Governance > Qualità > Project Management] dove il termine Hta deve essere inteso nella sua accezione più ampia che comprende le modalità organizzativo-gestionali in una logica di scambio continuo tra: innovazione tecnologica <-----> innovazione organizzativa

- la standardizzazione delle attività professionali è compito del professionista;
- nelle attività professionali la direzione aziendale ha scarso controllo delle risorse: i clinici controllano oltre l'80% delle decisioni rilevanti nel determinare i costi dei servizi erogati, mentre il management realizza l'integrazione e il coordinamento gestionale delle attività di supporto.

Professionisti che, in realtà, sono i manager, dato che decidono come utilizzare le risorse in base a un percorso clinico-assistenziale ottimale per quello specifico paziente, avendo ovviamente la responsabilità in termini non solo clinico-assistenziali, ma anche dell'impiego corretto

delle risorse, ricordando che in Sanità il controllo economico non è di natura gerarchica ma passa attraverso la responsabilità profes-

sionale di coloro che hanno in cura i pazienti. Ovvio quindi rivedere il ruolo e il coinvolgimento dei clinici e dei professionisti che troppo spesso si sono sentiti antagonisti alle direzioni aziendali e, invece, sono la parte essenziale sulla strada del miglioramento continuo delle cure. Non può, però, essere dimenticato che nelle quotidiane attività clinico-assistenziali «non tutti fanno tutto», anzi molto spesso, professionisti della stessa branca specialistica svolgono attività diverse fra loro senza un preciso coordinamento professionale e questo spiega l'altissima variabilità

di comportamento. Come si può favorire la corretta interpretazione clinica di specifici casi, attività che resta una delle priorità assolute della professione medica, senza vincolarla a rigidi schemi preconfezionati? Ovvero, come rendere certa che il paziente in quel momento sia valutato al meglio delle conoscenze e delle evidenze scientifiche e non finisca ostaggio di guerre di territorio professionale? È evidente che questo è il nodo mai sciolto per la difficoltà intrinseca che ne deriva in termini di bilanciamento operativo fra l'autonomia (da non confondere con l'anarchia) professionale e il rispetto di regole o procedure aziendali tendenti all'uso ottimale delle risorse in linea con la responsabilità individuale e organizzativa nei confronti degli utenti.

Il nuovo Piano sanitario nazionale (Psn) esplicita alcune nuove linee di azione su cui provare a realizzare quello che, troppe volte, è stato annunciato ma poi, in realtà, mai completamente attuato. Se questa è la rotta, quali sono gli strumenti necessari per raggiungere l'obiettivo, considerando che avremo sempre meno tempo a disposizione e, contemporaneamente, la necessità di fare sempre di più con meno legando manager e professionisti in una logica integrata di efficienza clinica e manageriale? Quali «assi» abbiamo a disposizione? Ne individuierei, chiaramente, quattro: appropriatezza, sistema, sostenibilità e innovazione. L'appropriatezza professionale, intesa come trattamento giusto (efficacia Ebm) al pazien-

te giusto (indicazione e bilancio costo/beneficio) al momento giusto per la durata giusta unita a quella organizzativa ovvero luogo di cura giusto e professionista giusto (corretto setting assistenziale, professionisti e consumo di risorse) è ovviamente la condizione necessaria, ma non sufficiente. Le organizzazioni sanitarie sono sistemi costituiti dall'insieme di elementi specializzati strettamente interdipendenti che interagiscono fra loro. In questa ottica il concetto di sistema a rete deve essere migliorato, potenziato e allineato alle nuove logiche assistenziali che devono prevedere percorsi clinici e organizzativi di cura integrati quali, a esempio, quello di area chirurgica, medica, oncologica e altri ancora.

Il percorso di cura sarà quindi il driver nei prossimi anni su cui allineare le attività e gli assetti delle organizzazioni appartenenti ai diversi Ssr coinvolte come parti di un sistema complesso in una logica di processo di produzione indipendentemente dalla sede fisica e dalla natura giuridica dei diversi erogatori. Il terzo asso è la sostenibilità intesa non solo come classicamente viene conosciuta, ma alla luce anche di considerazioni diverse quali, a esempio, il rapporto spesa privata/Ssn che è in Italia stabilmente superiore al 20% negli ultimi 20 anni, che nel 75% dei casi è pagato dalle famiglie, e non da mutue o assicurazioni, e serve nell'85% dei casi per l'acquisto con pagamento diretto «out of pocket» di prestazioni già offerte dal Ssn. Tutto ciò lega fortemente la sostenibilità

ai concetti di equità e di eguaglianza di tutti i cittadini di fronte alla tutela della salute. Il quarto e ultimo asso è l'innovazione che non si identifica solo come sviluppo di un nuovo servizio, ma coinvolge tutti i processi aziendali e può intendersi come innovazione (di business, processo e organizzativa) che favorisce la crescita aziendale attraverso nuovi settori di attività e/o l'espansione di quelli esistenti, l'introduzione di nuovi e migliorati servizi e l'implementazione di nuovi modelli di lavoro.

L'innovazione deve essere intesa come supporto all'elaborazione delle politiche sanitarie ma come possiamo fare davvero innovazione in un contesto

## Cinque passaggi per un progetto

che viene percepito come derivazione degli aspetti negativi della pubblica amministrazione? Gli strumenti attualmente disponibili sono quelli interni al mondo dell'Hta inteso a 360° come lavoro di ricerca orientato all'azione, alla valutazione sistematica e omnicomprensiva dei presupposti e delle conseguenze della utilizzazione delle tecnologie sanitarie e all'obiettivo della valutazione delle tecnologie per valutarne contemporaneamente l'impatto clinico, economico, organizzativo e sociale.

Ovviamente l'Hta deve essere inteso non solo in riferimento a dispositivi, attrezzature, presidi, interventi terapeutici o sistemi di supporto ma come l'ideazione e realizzazione di nuove

modalità organizzativo-gestionali in linea con le logiche della Clinical Governance.

L'Hta condivide tre principi, ovvero, fare riferimento all'evidence-based knowledge (Ebm), richiedere una valutazione multidisciplinare integrata e avere un orientamento decisionale-operativo, ed è certamente uno strumento della qualità perché permette di gestire il miglioramento continuo attraverso la misura, anche preventiva, dei fenomeni: «what gets measured, gets managed, and gets valued» e per misurare occorre, ovviamente, conoscere e rappresentare. Qual è il modello avanzato di Hta da utilizzare?

Questo schema introduce il 4° elemento dell'Hta ovvero il Project management (Pm) inteso come strumento di gestione dei progetti che sono il mezzo indispensabile per raggiungere gli obiettivi aziendali. Ideazione, pianificazione, esecuzione, controllo e chiusura sono i 5 passaggi secondo cui si sviluppa un progetto e i progetti sono la vita delle organizzazioni sanitarie e, infatti, il Pm è uno strumento potente di cambiamento organizzativo. Concludo con una riflessione su un potenziale quinto asso ovvero la produttività, ricordando che Paul Krugman, Nobel per l'Economia nel 2008,

sosteneva come la produttività non fosse tutto ma, a lungo andare, diventasse tutto perché la capacità di un Paese di migliorare il suo standard di vita nel tempo dipende quasi interamente dalla sua capacità di aumentare la produzione per lavoratore. Attraverso un aumento di produttività passa la capacità di produrre più ricchezza e di questo avremo bisogno per incrementare le risorse destinate ai vari Ssr.

**Maurizio Dal Maso**  
Direttore sanitario Asl I  
Massa e Carrara

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LOMBARDIA

### Arrivano tagli del 10% nella manovra per il 2012

Taglio del 10% delle unità operative semplici, riorganizzazione orizzontale degli ospedali, lotta ai ricoveri impropri, giro di vite sui furbetti del ticket e nuovi balzelli ai cittadini per l'attività specialistica macroambulatoriale complessa. Sotto l'albero di Natale, i lombardi troveranno un pacchetto «lacrime e sangue» di nuove regole per la Sanità regionale, necessarie, secondo il Pirellone, a far quadrare i conti anche per il prossimo anno. Visto che i numeri del 2011 galleggiano al pelo dell'equilibrio.

Tra gli annunci contenuti nelle 24 pagine delle linee guida, presentate nei giorni scorsi in Commissione Sanità del Consiglio regionale, è contenuta anche la stima per il prossimo Fondo sanitario che ammonterebbe a 17,45 miliardi di euro - con un aumento

dell'1,5% rispetto all'anno in chiusura. Nella cifra, un significativo aumento delle destinazioni per l'ambito socio-sanitario (+19,2%) che arriverebbero a 50 milioni, quasi a bilanciare le maglie strette su farmaci e dispositivi.

Ma andiamo per ordine. Innanzitutto va detto che le novità devono ancora passare il vaglio del Consiglio, e l'assessore alla Salute, **Luciano Bresciani**, ha precisato che la lotta sarà innanzitutto contro gli sprechi e in favore dell'appropriatezza. Senza dimenticare il criterio guida: meno ospedale più territorio.

Il colpo di forbici che farà più rumore riguarda la riorganizzazione ospedaliera: molte unità saranno accorpate con l'eliminazione di un 10% dei

reparti e, dunque, del numero dei primari. Nel setaccio una razionalizzazione del numero dei posti letto. Così ha precisato l'assessore Bresciani: «Non chiudiamo reparti, togliamo unità per il 10% perché riteniamo di sviluppare la rete delle funzioni. Nel processo di riorganizzazione orizzontale, gli ospedali esprimeranno funzioni di alta, media e bassa complessità di cura». Questo significa una trasformazione di 850 posti letto ospedalieri in funzioni per subacuti, i cosiddetti «letti tecnici». La riduzione delle risorse sui ricoveri sarà applicata per il 50% sulle aziende che attivano i posti letto subacuti e per il restante 50% sull'intero sistema. Quanto agli extrabudget, è stabilita un'unica voce per specialisti-

ca e ricoveri con un incremento di risorse pari all'1,5 per cento. Aumentano però i vincoli che saranno di sistema (come il 2011, più la quota 2012) e di struttura (massimo un 4% rispetto al 2011). Cala il sipario sulle nuove attivazioni di radioterapia e dialisi (tranne quanto già attivato).

Inoltre, visto che non è tempo di regali, i budget ospedalieri saranno vincolati all'1% (in positivo o in negativo) rispetto ai risultati ottenuti. Per le forniture ci sarà l'obbligo di svolgere gare aggregate e, il più possibile, centralizzate a livello regionale attraverso la Centrale regionale acquisti.

Il piano di contenimento non fa a meno di colpire il personale e introdurre nuove spese per i cittadini. Su que-

sto fronte i già citati tagli delle unità, ma anche riduzione del 10% dei contratti atipici, incluse le consulenze, privilegiando però nuove assunzioni a tempo indeterminato. In nome della trasparenza, l'obbligo di indicare i costi delle prestazioni sui referti (per ricoveri e specialistica) con l'eventuale quota a carico del cittadino. Saranno introdotti nuovi ticket (66 euro?) per interventi finora gratis come cataratta e tunnel carpale. Aumenta l'attività macroambulatoriale e il day hospital non chirurgico diventerà macroattività ambulatoriale complessa. Una nota positiva: sarà estesa l'esenzione del ticket ai familiari sulle spalle dei titolari di pensione sociale.

**Lucilla Vazza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA