



# SANITÀ 4.0<sup>1/020</sup>

LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO



PUBBLICAZIONE DEI FORUM DI FEDERSANITÀ ANCI



PUBBLICAZIONE  
DEI FORUM DI FEDERSANITÀ ANCI

#### COMITATO SCIENTIFICO

Angelo Aliquò  
Giovanni Messori Ioli  
Tiziana Frittelli  
Federico Lega  
Giuseppe Pasqualone  
Gennaro Sosto

#### DIREZIONE EDITORIALE

Flavio Boraso  
Gian Paolo Zanetta

#### DIRETTORE RESPONSABILE

Claudio Risso

#### DIRETTORE COMMERCIALE

Mario Gadaleta

#### REDAZIONE

Teresa Bonacci

REALIZZATO IN  
COLLABORAZIONE CON



PROGETTO GRAFICO  
Instant Love Srl - Torino



## INDICE

<b>7</b>	<b>PROGETTO SPERIMENTA</b> Riduzione dei tempi di attivazione delle sperimentazioni	<b>29</b>	<b>LE OPPORTUNITÀ DA COGLIERE PER IL SSN:</b> stimoli dalle sfide dell'emergenza
<b>13</b>	<b>QUALITÀ E SICUREZZA DEGLI OSPEDALI</b> Il progetto regionale PRIMA nell'Ospedale Cottolengo di Torino	<b>25</b>	<b>SCIENZA, DISCERNIMENTO E RESPONSABILITÀ</b>
<b>33</b>	<b>NUOVI SCENARI ORGANIZZATIVI ALL'INTERNO DI UNA GRANDE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA:</b> il sistema di budget come strumento per governare i processi e essere proattivi	<b>45</b>	<b>URMET, CONTROLLO E SICUREZZA PER STRUTTURE SANITARIE E CENTRI MEDICI</b> Il brand italiano presenta la Gamma Thermal Solutions, telecamere termiche e pannelli che garantiscono affidabilità, hi-tech semplice e intuitivo, tutela assoluta dei dati sensibili

# EDITORIALE



*da sinistra Giovanni Iacono, Tiziana Frittelli,  
Simone Naldoni, Antonio Poggiana*

Benessere del singolo e di comunità per favorire buone pratiche di prevenzione, integrazione dei modelli socio-sanitari e socio-assistenziali in una visione orientata ad affrontare la sfida dei nuovi bisogni; accessibilità per facilitare i percorsi di presa in carico.

Sono questi i temi al centro del lavoro che Federsanità – Confederazione Federsanità Anci regionali sta portando avanti al fine di incidere sull'elaborazione di indirizzi e proposte sul piano legislativo ed amministrativo e, al contempo, promuovere iniziative e progetti di studio e ricerca di comune interesse per le aziende sanitarie e i Comuni.

I tre tavoli tematici tecnici che sono stati istituiti in ambito Federsanità, d'intesa con l'area Welfare di Anci, in particolare saranno incentrati su:

- **Accessibilità ai servizi e facilitazione dei percorsi ai cittadini:** L'accesso ai servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali presenta problemi e richiede approcci organizzativi diversi, in base alle caratteristiche del cittadino e alla tipologia di accesso richiesto. Oltre al problema più conosciuto e trattato, quello dei tempi di attesa per ottenere un servizio/prestazione esistono altre aree che meritano attenzione e interventi migliorativi come l'"urban rural divide", la "molteplicità di servizi/benefici", la "ripetizione di procedure e accessi", le "diseguaglianze".
- **Integrazione socio sanitaria e presa in carico sul territorio da riferimento:** Il Tavolo ha l'obiettivo di analizzare i fattori positivi e le criticità dei modelli di presa in carico esistenti nelle diverse regioni italiane, per arrivare ad elaborare le caratteristiche fondamentali per un modello di presa in carico che delinei le caratteristiche di una riforma.
- **Prevenzione one health, indicatori di benessere:** finalizzato a declinare un nuovo modello di sanità pubblica basato sull'applicazione di un sistema collaborativo, multidisciplinare, coordinato e integrato per affrontare i rischi alla salute potenziali, o attivi, che hanno origine dall'interfaccia ambiente-animale-ecosistemi umani. Obiettivo è promuovere un potenziamento della prevenzione primaria attraverso un potenziamento della rete ospedale-territorio e l'aggregazione funzionale delle molteplici competenze. Rilancio dei regolamenti comunali di igiene ed edilizia.

I tavoli sono composti da direttori generali e referenti degli enti locali indicati dalle federazioni regionali di Federsanità e saranno coordinati da Antonio Poggiana Direttore Generale Azienda Sanitaria Universitaria Giuliana Isontina – Trieste; Simone Naldoni esperto Federsanità Anci Toscana; Giovanni Iacono, Assessore del Comune di Ragusa e Presidente Federsanità Anci Sicilia. Oltre ad esperti e referenti di tutte le federazioni regionali, ai tavoli parteciperanno anche rappresentanti dell'Area Welfare di Anci Nazionale.

*Tiziana Frittelli  
Presidente Nazionale  
Federsanità*



## PROGETTO SPERIMENTA

### Riduzione dei tempi di attivazione delle sperimentazioni

di Barooty, S.<sup>A</sup> Bertolotti, M.<sup>B</sup>, Betti, M.<sup>B</sup>, Bianciardi, C.<sup>A</sup>, Cabiati, C.<sup>B</sup>, Centini, G.<sup>C</sup>, Cermelli, S.<sup>B</sup>, Maconi, A.<sup>B</sup>, Roveta, A.<sup>B</sup>, Volpini, R.<sup>D</sup>.

#### RAZIONALE

Nel contesto europeo l'Italia continua a rappresentare un'area geografica di grande interesse per la ricerca clinica, attività irrinunciabile non solo per il suo valore in termini di investimento economico fatto nel territorio nazionale, ma anche per l'opportunità offerta al nostro Paese di migliorare la pratica clinica, di consentire l'accesso tempestivo a nuove terapie ai pazienti e, più in generale, di crescita culturale.

Il 18° Rapporto nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei medicinali in Italia edito da AIFA evidenzia come, nonostante il trend del numero di sperimentazioni cliniche sia in flessione a livello europeo, l'Italia emerge registrando un costante incremento del peso percentuale sul totale europeo, mantenendosi su una quota superiore al 20% nel quinquennio 2014-2018<sup>1</sup>.

L'eccellenza scientifica di diversi centri di sperimentazioni in Italia, riconosciuta a livello internazionale, è purtroppo spesso affiancata da diverse problematiche, tra cui:

- una carente organizzazione delle strutture e dei servizi;
- una limitata disponibilità e formazione del personale di supporto alle sperimentazioni
- un funzionamento non sempre adeguato dei Comitati Etici;
- una scarsa sensibilizzazione delle direzioni sanitarie sulla necessità di incentivare la partecipazione a sperimentazioni cliniche e a velocizzare la stipula del contratto;
- processi amministrativi complessi, che condizionano la partecipazione di centri italiani a studi internazionali.

Uno studio condotto nel 2018 dalla Scuola di Economia e Management delle Aziende Sanitarie rende noto che il 50% delle strutture registra tempi di approvazione delle sperimentazioni da parte dei comitati etici inferiori ai 30 giorni previsti per legge, mentre il 56% delle aziende riesce a firmare le convenzioni entro i 60 giorni previsti dalla normativa e ad arruolare il primo paziente in non più dei 30 giorni fissati come scadenza<sup>2</sup>.

#### METODI

Nell'ottica dell'efficienza del sistema aziendale e dell'ottimizzazione dei processi aziendali, il *Lean Thinking* si configura come una metodologia che ha permesso di ottenere sensibili miglioramenti nelle prestazioni aziendali, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

Nelle aziende sanitarie, l'applicazione della filosofia lean si traduce in processi più rapidi e semplificati. La metodologia ha l'obiettivo di analizzare e ridisegnare le attività aziendali introducendo concetti quali:

- visione per processi intesa come standardizzazione e semplificazione dei percorsi in un'ottica di cliente fornitore interno e non di gerarchia organizzativa;
- lotta agli sprechi, ovvero eliminazione delle attività non a valore e non necessarie (controlli, solleciti, attività e documentazione duplicata);
- creazione del flusso continuo nei processi lavorativi.

<sup>1</sup>Area Sviluppo Strategico Innovazione Organizzativa, <sup>2</sup>Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione, <sup>3</sup>Direttore Generale, <sup>4</sup>Direttore Amministrativo



Il Lean Thinking non si esplica solo nel più noto Lean Manufacturing o nel Lean Healthcare, ma anche nella più recente disciplina denominata Lean Office, un insieme di metodologie che rende più efficienti i processi informativi e documentali.

## OBIETTIVO

Il progetto, realizzato con il *supporto di Roche*, ha l'obiettivo di strutturare un modello organizzativo efficiente per la gestione delle sperimentazioni cliniche all'interno dell'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria (AO AL) in modo da renderla attrattiva nello scenario europeo. In particolare, la finalità è quella di ridurre il tempo che intercorre tra la presa in carico della richiesta di attivazione di sperimentazioni e la delibera autorizzativa.

## AVVIO DEL PROGETTO STATO AS IS

Il progetto ha coinvolto i principali attori che gestiscono il percorso di attivazione delle sperimentazioni presso l'AO AL: il CTC, la segreteria del CE, il Coordinamento Amministrativo (CA) dell'Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione, la Direzione Generale (DG) e la Gestione Operativa (GO) della SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione.

L'intero processo è stato analizzato prendendo in considerazione tutti gli aspetti organizzativi riguardanti le modalità di gestione del percorso oggetto di analisi, mappandone i flussi caratteristici ed individuandone le criticità.

Prima dell'avvio del progetto, il tempo medio di attivazione di una sperimentazione, calcolato tra la presa in carico della richiesta per l'avvio della sperimentazione clinica e la delibera autorizzativa, per i primi sei mesi del 2019, consisteva di 218 giorni. Questo processo era composto da tre fasi consecutive, rappresentate nel grafico sottostante (*Figura 1*):

Figura 1: AS IS - fasi consecutive

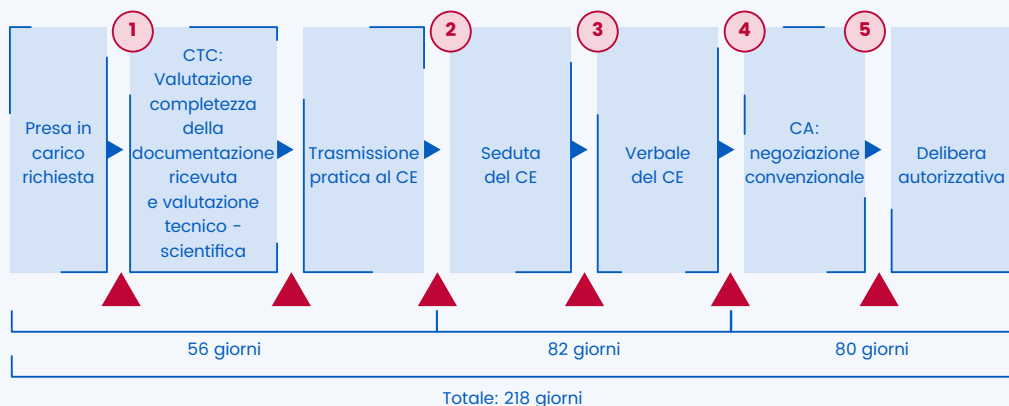


Figura 1

**Fase 1**, pari a 56 giorni: il tempo intercorso dalla presa in carico della richiesta da parte del CTC e la trasmissione della pratica alla segreteria del Comitato Etico

**Fase 2**, pari a 82 giorni: il tempo dedicato alla valutazione etica per tutelare i diritti, la sicurezza ed il benessere dei soggetti

coinvolti nelle sperimentazioni durante la seduta del Comitato Etico e la redazione del parere

**Fase 3**, pari a 80 giorni: il tempo impiegato per la redazione e l'adozione dell'atto autorizzativo, la negoziazione e la sottoscrizione della convenzione laddove presente.

## LO STATO FUTURO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO – STATO TO BE

Il team aziendale, sulla base delle criticità individuate, ha definito le contromisure da adottare con lo scopo di ridurre i tempi di avvio delle sperimentazioni cliniche.

Tabella 1

CRITICITÀ	CONTROMISURA
<p><b>1</b></p> <p>La documentazione inviata dal Promotore spesso non è completa/idonea per essere valutata dal CE.</p>	<p>Un pool di datamanager del CTC verifica la completezza e valuta l'idoneità dei documenti prima della seduta, mantenendo i contatti con il Promotore, il Principal Investigator e la Clinical Research Organisation (CRO) e la segreteria del CE. Viene inoltre creata un'utenza aziendale che garantisca l'accesso del CTC al sistema dell'Osservatorio.</p>
<p><b>2</b></p> <p>Il CA gestisce la negoziazione di una molteplicità di convenzioni, talvolta anche di alcune che non verranno valutate nella seduta del CE di quel mese.</p>	<p>La segreteria del CE invia al CA l'ordine del giorno della seduta il prima possibile, garantendo la priorità nella finalizzazione delle convenzioni di quegli studi.</p>
<p><b>3</b></p> <p>I pareri del CE vengono completati ed inviati settimane dopo la seduta stessa.</p>	<p>Prima di ogni seduta del CE, viene precompilata una bozza di parere. Inoltre, viene introdotto l'utilizzo della firma digitale del parere da parte del Presidente del CE.</p>
<p><b>4</b></p> <p>Il CA prende visione della convenzione dopo l'approvazione dello studio da parte del CE. L'intera fase di negoziazione tra l'AO AL ed il Promotore avviene alla fine dell'iter, allungando i tempi di attivazione.</p>	<p>Il CTC inoltra al CA la bozza di convenzione che riceve insieme al resto della documentazione, così da permettere l'inizio della negoziazione in parallelo alla valutazione del CTC.</p>
<p><b>5</b></p> <p>I contratti di convenzione che l'AO AL riceve dai promotori sono molto diversi tra loro, e richiedono quindi un gravoso lavoro di analisi e modifiche da concordare con l'ufficio legale dell'ente promotore.</p>	<p>L'azienda ha deciso di adottare gradualmente la bozza di convenzione pubblicata da AIFA per gli studi farmacologici. Viene consigliato e verrà progressivamente richiesto ai promotori/CRO di utilizzare il modello di convenzione di AIFA.</p>

Il nuovo percorso prevede di gestire in parallelo alcune fasi del processo ed in particolare che la fase di negoziazione della convenzione avvenga

simultaneamente alla valutazione dello studio da parte del CTC e del CE, come rappresentato nella figura sottostante (Figura 2):

Figura 2: TO BE - fasi contemporanee

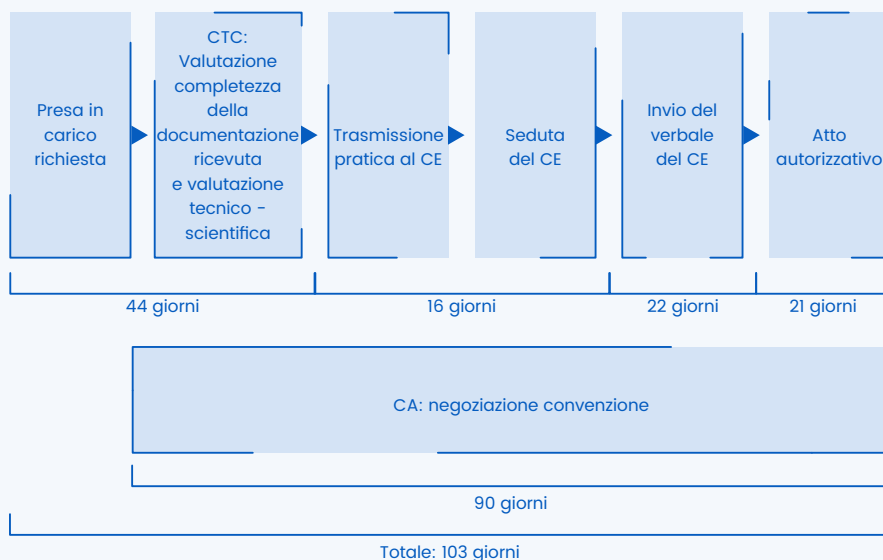


Figura 2

Il nuovo percorso ha permesso allo stato attuale di ridurre il tempo dalla presa in carico della richiesta all'atto autorizzativo a 76 giorni per le sperimentazioni che non

necessitano di convezione e a 146 giorni per quelle che prevedono la stipula di una convenzione, per una media di 103 giorni a fronte dei 218 giorni allo stato iniziale.

## CONCLUSIONI

Le contromisure individuate ed implementate si sono dimostrate efficaci nel ridurre le tempistiche dell'iter di attivazione degli studi. I 18 studi che sono stati attivati in questa fase iniziale di implementazione delle contromisure hanno infatti avuto un iter dalla durata media di 103 giorni. Gli strumenti del Lean Thinking hanno permesso di analizzare step by step il processo di attivazione di una sperimentazione, identificandone le criticità, individuando le risorse e le competenze necessarie, proponendo delle soluzioni, stimolando il team aziendale e migliorando la sua capacità di osservazione, comprensione e problem solving.

L'implementazione di un modello organizzato, controllato e coordinato per gestire l'attivazione delle sperimentazioni ha permesso di snellire e ottimizzare l'intero processo.

Permangono alcune criticità sulle quali la riorganizzazione interna ha un'influenza limitata. Tra queste si segnalano ad esempio la dilatazione dei tempi per ottenere la documentazione completa per la presentazione dello studio al CE, che rallenta la valutazione tecnico scientifica ed economica del CTC, ed il ritardo nella risposta alle richieste di modifiche ed integrazioni richieste dal CE a seguito dell'emissione del parere favorevole condizionato.



## FONTI:

1. Agenzia Italiana del Farmaco. La sperimentazione clinica dei medicinali in Italia. 18° Rapporto nazionale 2019 ([https://www.aifa.gov.it/documents/20142/241052/18-RapportoOsSC\\_03.10.2019.pdf/4694ddb8-8f65-68b4ac3a-cd0e883fd982](https://www.aifa.gov.it/documents/20142/241052/18-RapportoOsSC_03.10.2019.pdf/4694ddb8-8f65-68b4ac3a-cd0e883fd982)).
2. A. Cicchetti [et al.], Valorizzazione delle sperimentazioni cliniche nella prospettiva del SSN, Milano, Edra, 2018.



## QUALITÀ E SICUREZZA DEGLI OSPEDALI

### Il progetto regionale PRIMA nell'Ospedale Cottolengo di Torino

di A.Muçca<sup>A</sup>, G. Radeschi<sup>B</sup>, G.P. Zanetta<sup>C</sup>, R. Russo<sup>D</sup>,  
Gruppo di lavoro e di Audit<sup>E</sup>

#### IL PROBLEMA

In dicembre 2004 l'Institute for Healthcare Improvement di Boston, agenzia indipendente che opera per il miglioramento dei sistemi sanitari, lancia una campagna per salvare 100.000 vite tra i pazienti ricoverati negli ospedali degli Stati Uniti. L'obiettivo è garantire la migliore qualità e sicurezza degli ospedali riducendo gli arresti cardiaci e gli eventi avversi che possono mettere in pericolo la vita dei pazienti. Gli ospedali che aderiscono devono impegnarsi ad attuare sei interventi ritenuti fattibili e di documentata efficacia; al primo posto, tra quelli raccomandati, c'è la necessità che gli ospedali dispongano di un team con competenze adeguate per le emergenze intraospedaliere.<sup>1-3</sup>

Nel 2005 in Inghilterra viene pubblicato il report "An Acute Problem"<sup>4</sup> del National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD). Tra le varie osservazioni si rileva che i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva hanno avuto, prima del loro trasferimento interno, un prolungato periodo di instabilità dei parametri fisiologici, nel 66% dei casi presente da più di 12 ore. Il report conclude che gli ospedali dovrebbero mettere in atto un robusto sistema di monitoraggio e allertamento a tutela di tutti i pazienti ricoverati.

Nel 2006 M. De Vita apre la seconda conferenza internazionale sui sistemi di emergenza intraospedaliere (il Rapid Response System) con una relazione dal titolo "Sick Hospitals or Sick Patients?"<sup>5</sup>. Il titolo può apparire provocatorio ma l'importanza del tema della sicurezza dei pazienti ricoverati in ospedale

viene ribadito nella prefazione alle linee guida NICE del 2007<sup>6</sup>: "Acutely ill patients in hospital - Recognition of and response to acute illness in adults in hospital".

Infatti, M. Armitage - Guideline Development Group Chair - afferma: "Patients who are admitted to hospital believe that they are entering a place of safety, where they, and their families and carers, have a right to believe that they will receive the best possible care. They feel confident that, should their condition deteriorate, they are in the best place for prompt and effective treatment. Yet there is evidence to the contrary. Patients who are, or become, acutely unwell in hospital may receive suboptimal care. This may be because their deterioration is not recognised, or because - despite indications of clinical deterioration - it is not appreciated, or not acted upon sufficiently rapidly. Communication and documentation are often poor, experience might be lacking and provision of critical care expertise, including admission to critical care areas, delayed."

Si accumulano intanto, in letteratura internazionale, numerosi studi ed evidenze a conferma che il riconoscimento della gravità delle condizioni cliniche, la precocità e l'appropriatezza del trattamento sono tra i fattori più rilevanti che determinano l'esito clinico delle malattie acute<sup>7-11</sup>.

Si dimostra inoltre che l'80% degli arresti cardiaci intraospedaliere è preceduto dal deterioramento di alcuni parametri vitali già 6-24 ore prima dell'evento. L'attuazione di un'adeguata condotta, volta alla prevenzione

<sup>A</sup>Medico Direzione Sanitaria, <sup>B</sup>Anestesista Rianimatore Consulente, <sup>C</sup>Direttore Generale, <sup>D</sup>Direttore Sanitario, <sup>E</sup>C. Aimone, R. Furno, G. Esposito, G. Mecca, C. Ferraris, E. Gibin, D. Invernizzi, M. Lanfranco, Sr. E. Scalabrino, Sr. S. Chinellato, E. Cantele, P. Scioli, G. Radeschi



di un così considerevole numero di casi, può consentire di ridurre l'incidenza di gravi eventi avversi, i ricoveri inattesi e/o inappropriati in Terapia Intensiva e pertanto anche le morti evitabili<sup>6,12-13</sup>.

Sostanzialmente, quindi, i pazienti ricoverati in ospedale, per malattie acute o per interventi chirurgici programmati, non si aggravano improvvisamente; sono i professionisti sanitari che spesso se ne accorgono improvvisamente, quando le condizioni cliniche sono diventate molto critiche.

## IL PANORAMA INTERNAZIONALE

L'analisi del problema ha condotto, in tutto il mondo, sin dai primi anni del 2000, gli organi istituzionali e le agenzie di qualità a revisionare i modelli utilizzati per la sorveglianza clinica, al fine di identificare un efficace metodo che permetta di individuare tempestivamente i pazienti le cui condizioni fisiologiche potrebbero rapidamente evolvere in senso peggiorativo<sup>6,14,15-18</sup>.

A tale scopo la seconda "Consensus Conference on the afferent limb of Rapid Response System" ha stabilito quali parametri fisiologici devono essere monitorati, almeno ogni 12 ore, per guidare le strategie di "escalation care"<sup>19</sup>.

L'*Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare*, sin dal 2008, ha sviluppato diversi standards per migliorare la sicurezza e la qualità dell'assistenza sanitaria; tra questi c'è il riconoscimento precoce e la risposta al deterioramento acuto<sup>20</sup> che nel 2017 è stato aggiornato con le azioni n. 8 (8.1-8.13)<sup>21</sup> (Figura A).

Lo standard mira a garantire che il peggioramento delle condizioni fisiche, mentali o cognitive di una persona sia riconosciuto tempestivamente e che vengano intraprese azioni appropriate. Questo standard riconosce che il deterioramento può verificarsi in qualsiasi momento quando un paziente è ricoverato in un ospedale.

Uno dei modelli più diffusi è il "Between the flags" (BTF)<sup>22</sup> che nel 2008 a seguito del report "The Garling Inquiry", inchiesta scaturita dalla morte inattesa e prevenibile di una sedicenne in un importante ospedale universitario, viene raccomandato dalla Clinical Excellence Commission (CEC) in tutti gli ospedali del *New South Wales*.<sup>24</sup>

Il programma si basa su cinque elementi: governance, definizione di espliciti criteri di allertamento contenuti in observation chart standardizzate, modalità di risposta alle emergenze cliniche in ogni ospedale, programmi di formazione e di valutazione dei risultati.

Il programma BTF è stato mutuato dal poliedrico movimento australiano, "The Surf Lifesavers", che deve il proprio successo all'osservazione attenta e al controllo che i nuotatori rimangono nella zona sicura identificata da apposite bandiere. Infatti anche le Observation Chart, realizzate a colori, permettono di identificare immediatamente il paziente in pericolo quando i suoi parametri fisiologici "sbandano" verso zone non sicure o a rischio rappresentate nelle schede con appositi colori.

In Inghilterra gli ospedali utilizzano già da un ventennio vari tipi di *Early Warning Score (EWS)* quali sistemi a punteggio per identificare i pazienti a rischio e allertare precocemente il sistema di risposta.

Tali sistemi hanno subito nel tempo variazioni, revisioni (da qui il "Modified" dei MEWS)<sup>25-29</sup> e personalizzazioni locali, sino alla coesistenza nello stesso Regno Unito di oltre trenta scores diversi. Proprio però la numerosità e varietà degli scores adottati negli ospedali inglesi e la mancanza di una loro standardizzazione sono state il tallone d'Achille del sistema. Infatti, nei casi in cui il personale sanitario si trasferisce da un ospedale ad un altro, la scarsa familiarità con gli schemi locali e la mancanza di un linguaggio comune compromette la capacità di identificare tempestivamente il paziente a rischio. Per ovviare al problema, il *Sistema Sanitario Nazionale britannico (NHS)*, in collaborazione con il *Royal College of Physicians*, decide che è necessario standardizzare a livello nazionale il sistema di riconoscimento precoce e allertamento (*track and trigger*).

In luglio 2012 viene pubblicato un EWS uniforme per tutto il territorio nazionale: il *National Early Warning Score (NEWS)*<sup>30</sup>.

Il NEWS, aggiornato alla fine del 2017 (NEWS2), è risultato essere, probabilmente, il più sensibile tra i diversi sistemi EWS nell'evidenziare le situazioni critiche e più efficace nel produrre la risposta clinica alle situazioni di urgenza. Il programma NEWS, supportato da adeguati programmi educativi, si è basato sin dall'inizio su un modello di scheda cartacea, l'Observation Chart, realizzata obbligatoriamente a colori allo scopo di permettere facilmente sia l'individuazione delle alterazioni dei parametri fisiologici, sia la comprensione della loro importanza

clinica. La struttura di base dell'Observation Chart, è pertanto la stessa in tutti gli ospedali che l'hanno adottata, sia in Inghilterra, sia in Australia, sia in Piemonte come descritto più avanti.

## PROGRAMMA DELLA REGIONE PIEMONTE

L'attenzione suscitata dal congresso nazionale "Emergenza intraospedaliera: lavori in corso" tenutosi a Torino nel 2007 e i risultati ottenuti sullo stesso tema da una commissione dell'Agenzia Regionale per i servizi sanitari (AReSS),<sup>31</sup> inducono la Regione Piemonte a emanare con una delibera di giunta regionale<sup>32</sup> le "Linee guida per l'organizzazione dei sistemi di risposta alle emergenze cliniche intraospedaliere".

A supporto delle aziende sanitarie vengono istituiti una commissione scientifica – il *Gruppo Tecnico Regionale (GTR)* – e un Centro di monitoraggio. Il focus del primo livello è l'evento più grave – l'arresto cardiaco nei pazienti ricoverati – declinato in tutte le sue fasi, dall'allarme al trattamento di base ed avanzato, il follow up e la raccolta dati mediante registro regionale basato sullo standard universale Utstein. Ben presto gli ospedali della rete regionale vengono stimolati a realizzare il secondo livello e cioè implementare l'organizzazione del sistema di risposta estendendolo anche alle emergenze cliniche con funzioni vitali ancora conservate. Le indicazioni regionali comprendono la standardizzazione dei criteri di allertamento, le modalità di risposta con un team medico –infermieristico a competenze avanzate– il *Medical Emergency Team (MET)* – e la raccolta dati. Nonostante tutto ciò, appare evidente, come dimostrato da studi internazionali<sup>33,34</sup> e da studi multicentrici regionali relative alle criticità dei reparti di degenza,<sup>35</sup> la necessità di migliorare l'organizzazione dei reparti di degenza approcciando il tema del rischio clinico attraverso interventi finalizzati a identificare precocemente il paziente a rischio e gestire tempestivamente l'iniziale aggravamento, prima ancora che compaiano le condizioni per l'intervento avanzato del MET. Una esperienza locale condotta nel 2013 presso l'AOU S. Luigi Gonzaga aveva nel frattempo dimostrato che l'introduzione di una scheda di monitoraggio realizzata a colori e contenente, proprio attraverso i codici

Figura A: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care



The Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (The Commission) developed the National Safety and Quality Health Service (NSQHS) Standards to drive the implementation of safety and quality systems and improve the quality of health care in Australia. The eight NSQHS Standards provide a nationally consistent statement about the level of care consumers can expect from health services.



colore, le indicazioni sui comportamenti da attuare sin dalle prime alterazioni di uno o più parametri fisiologici permettevano di ridurre i ricoveri tardivi o inappropriati in terapia intensiva o anticiparli quando necessario.<sup>36</sup>

Nel 2017, l'Assessorato alla Sanità afferma quale obiettivo di primaria importanza il contenimento del rischio clinico – principio stabilito anche dall'art. 1 della Legge 24 del 8/3/2017 (Legge Gelli) che prevede la sicurezza del paziente come elemento costitutivo del diritto alla salute – ed avvia il progetto PRIMA (Piano Regionale Integrato Monitoraggio e Allertamento).

Esso si basa sull'adozione di uno strumento di monitoraggio clinico standardizzato ed integrato, medico-infermieristico, volto al riconoscimento precoce di condizioni cliniche in peggioramento e all'indicazione del comportamento più idoneo da adottare con il coinvolgimento dello staff di reparto o del MET. Il GTR raccomanda lo sviluppo di una scheda cartacea o elettronica per la registrazione dei parametri fisiologici e del relativo piano di monitoraggio che, pur con adattamenti alle realtà locali, possa essere omogeneamente adottato dagli ospedali della rete regionale. Con la dizione "piano di monitoraggio" si definisce l'insieme delle indicazioni che regolano le modalità di registrazione dei parametri, la frequenza delle rilevazioni, le azioni e i comportamenti da adottare, di volta in volta, di fronte all'alterazione degli stessi, in funzione del discostamento da valori prestabiliti e dei relativi codice colore (intensificazione della frequenza di rilevazione, chiamata del medico di reparto, allertamento del team avanzato).

Viene pertanto elaborata una scheda di monitoraggio – "Observation Chart" – sulla base di una valutazione ponderata sia delle prove disponibili in letteratura, sia dell'esperienza maturata dai centri che già hanno adottato lo strumento. La prima sezione della scheda riproduce la tabella standardizzata e codificata con campi a colori per la registrazione dei parametri fisiologici. Questa sezione, non modificabile, è uniforme per tutte le strutture sanitarie del territorio regionale e identifica i range di valori per ogni singolo parametro, definiti collegialmente nel rispetto delle linee guida internazionali. Essa è accompagnata da una legenda dei codici



colore con relative azioni che devono essere intraprese. Ad esempio:

- **Area BIANCA:** parametri misurati e osservazioni che esprimono condizione di normalità, proseguire ogni 12 ore.
- **Area AZZURRA:** anche in presenza di un solo un parametro alterato incrementare le rilevazioni almeno ogni 6 ore, ricontrollando tutti i parametri.
- **Area VERDE:** anche per un solo un parametro alterato avvisare il medico di reparto o di guardia interdivisionale.
- **Area GIALLA:** se è alterato un solo parametro comportarsi come area verde ma con maggior grado di allerta. Se i parametri alterati e gialli sono due o più, informare il medico di reparto o di guardia e considerare l'allertamento del MET.

La realizzazione a colori fornisce allo staff di reparto, e a eventuali consulenti, la possibilità di una immediata consultazione, l'identificazione del livello di rischio proprio sulla base del codice colore nonché la visione globale dell'andamento clinico nel tempo attraverso l'analisi del trend grafico. La seconda sezione è destinata a informazioni e rilevazioni aggiuntive ritenute utili per specifici ambiti clinici (ad esempio, patologia d'organo, monitoraggio post-operatorio, ecc.); questa sezione può essere personalizzata dalle Direzioni Sanitarie secondo le peculiari esigenze di ogni singola struttura o reparto.

Il progetto PRIMA in giugno 2017 è stato illustrato a tutte le direzioni sanitarie degli ospedali della regione invitate a esprimere la loro adesione entro tre mesi. La prima fase, sperimentale, che coinvolge tutti gli ospedali aderenti al progetto viene avviata da gennaio 2018 e monitorata con riunioni dei referenti appositamente individuati dalle singole aziende sino alla riunione di settembre 2018; in quella sede con una analisi critica vengono recepite le indicazioni e le considerazioni emerse durante la fase sperimentale e a ottobre viene rilasciata la versione aggiornata del progetto per la definitiva applicazione in tutti i reparti di degenza ordinaria per acuti e per adulti negli ospedali della rete regionale da gennaio 2019.<sup>37</sup>

## PERCORSO ATTUATIVO PRESSO L'OSPEDALE COTTOLENGO

La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedale Cottolengo ha stabilito spontaneamente di aderire al progetto regionale PRIMA e di partecipare alla fase sperimentale. Pertanto a febbraio 2018 viene costituito un Gruppo di Lavoro multiprofessionale e multidisciplinare coordinato dalla Direzione Sanitaria coadiuvata da un medico esperto in emergenze intraospedaliere.

I componenti, medici e infermieri delle aree mediche e chirurgiche, sono stati individuati in accordo con rispettivi coordinatori e direttori con un ruolo di facilitatori all'interno dell'unità operativa di appartenenza. Dopo una preliminare illustrazione del razionale del monitoraggio clinico e dell'"escalation care" nei contesti internazionale, nazionale e regionale, gli incontri sono proseguiti con la discussione e la ricerca del consenso tra i componenti del gruppo per ciascun argomento esaminato.

Il metodo di lavoro è stato partecipativo ed esperienziale con l'obiettivo di preparare una fase sperimentale interna affidata a due reparti pilota: uno dell'area chirurgica (quello ad alta complessità) ed uno dell'area medica. Le decisioni prese sono state quindi, di volta in volta, discusse tra i singoli partecipanti e i colleghi del proprio reparto per essere



infine riportate nelle successive riunioni del gruppo di lavoro per l'approvazione definitiva. Dopo cinque riunioni in due mesi viene condivisa una scheda unica di monitoraggio (SUM) che rispetta il modello regionale per la prima sezione e tutte le esigenze dei reparti coinvolti per le sezioni rese customizzabili dal programma PRIMA; vengono inoltre redatte una procedura aziendale accompagnata da una specifica guida alla compilazione e una scheda di audit allo scopo di valutare i risultati a due mesi dall'avvio della applicazione pratica nei reparti pilota. Tutti i documenti elaborati sono stati approvati dalla Direzione Sanitaria per l'utilizzo sperimentale nei reparti pilota. Principali questioni affrontate:

- **Parametri fisiologici e relative soglie per i livelli di rischio.** Vengono rispettate le indicazioni regionali. Per le soglie relative alla saturazione in ossigeno viene precisato, nella guida alla compilazione, che per i pazienti con insufficienza respiratoria ipercapnica o BPCO occorre seguire le indicazioni del medico curante in relazione alle soglie di normalità o di rischio. Tale considerazione viene proposta ed accolta nella versione definitiva del progetto PRIMA.
- **Frequenza delle rilevazioni.** La frequenza di almeno ogni 12 ore viene rispettata con le eccezioni dei reparti di post-accuzie (lungodegenza e riabilitazione) per i quali è consentito un intervallo 24 ore.
- **Codici colore e incremento del livello assistenziale.** Vengono osservate le indicazioni regionali con i necessari adeguamenti all'organizzazione specifica del Presidio che non dispone né di un sistema MET né di una guardia rianimatoria H 24. In particolare:
  - **Parametro azzurro** – La frequenza è quindi l'intervallo tra una rilevazione e l'altra viene stabilita autonomamente dall'infermiere ma non può andare oltre le 4 ore.
  - **Parametro giallo** – in presenza di un solo parametro alterato è previsto l'allertamento del medico di reparto o di guardia affinché il paziente possa essere rivaluto clinicamente con urgenza; se in una stessa rilevazione sono presenti due o più parametri gialli il medico allertato deve valutare il paziente il più presto possibile -comunque entro mezzogiorno.

Nel mese di maggio, dopo aver effettuato incontri formativi con il personale medico e infermieristico dei due reparti pilota viene avviata la sperimentazione.

A distanza di due mesi circa vengono effettuati gli audit previsti su un campione di cartelle cliniche di pazienti dimessi dai due reparti pilota. Gli audit sono stati condotti dal coordinatore ed hanno visto la presenza di un medico, un infermiere del gruppo di lavoro e il coordinatore infermieristico del reparto osservato. Gli items osservati, descritti in una apposita scheda allegata alla procedura, riguardano modalità di compilazione, completezza delle rilevazioni, rispetto dell'intervallo di monitoraggio non superiore alle 12 ore, evidenza di azioni codificate in relazione al grado di discostamento dal range di normalità dei parametri misurati.

La non conformità ha livelli di gravità crescente se la mancata azione riguarda una alterazione "azzurra", "verde" o "gialla". I risultati, riassunti in **Tabella 1**, sono complessivamente molto positivi soprattutto in considerazione che la procedura è stata introdotta da pochi mesi; le non conformità sono non significative ai fini della qualità dell'assistenza clinica. La modalità di compilazione ha risentito della difformità tra registrazione del valore numerico del parametro rispetto all'utilizzo del simbolo proposto. Tale alternativa è stata successivamente tollerata nella versione definitiva della SUM. La incompletezza delle rilevazioni, prevalente nell'area chirurgica, è data quasi esclusivamente dalla mancata registrazione della frequenza respiratoria; tale riscontro non stupisce poiché nonostante la sua importanza clinica la frequenza respiratoria è il parametro vitale meno frequentemente misurato.<sup>38-42</sup>

L'intervallo tra una rilevazione e la successiva è sempre stato inferiore alle 12 ore; i casi di mancato controllo nei ricoveri in area medica sono ascrivibili a misurazioni dei parametri effettuate dal medico di reparto e non registrate nella scheda ma in cartella clinica. Le "non conformità" relative all'evidenza di azioni previste e coerenti con il codice colore (concetto di "escalation care") sono poche ed essenzialmente riconducibili al controllo dopo

l'intervento messo in atto (es. temperatura dopo antipiretico); in alcuni casi il controllo è avvenuto ma è documentato in cartella infermieristica piuttosto che sulla SUM. Nessun parametro giallo singolo o doppio al quale non sia seguita una azione annotata in cartella clinica. Nessun evento clinico critico con ritardo di assistenza.

- Durante la fase sperimentale ulteriori incontri sono serviti a identificare problematiche minori, difficoltà o nuove esigenze e predisporre le necessarie soluzioni. In questo modo sono state individuate le azioni correttive o migliorative proposte alla commissione regionale (GTR):
- evidenza della condizione di BPCO
  - estensione del range di normalità per la pressione arteriosa sistolica tra 150-170 mmHg

- assegnazione di maggior peso (parametro giallo) alla condizione di ipotermia con T° < 35 °C

Tutte le suddette osservazioni sono state recepite nella versione definitiva della scheda di monitoraggio in vigore da gennaio 2019 per tutto il Piemonte.

L'Ospedale Cottolengo recepisce la versione definitiva del progetto PRIMA ed aggiorna la propria procedura aziendale "Track and Trigger" con relativi allegati e scheda SUM (Fig. B). In marzo 2019, dopo aver realizzato incontri formativi sul campo destinati al personale medico ed infermieristico di tutti i reparti di degenza, avvia l'applicazione definitiva del progetto PRIMA e programma successivi audit a distanza di dodici mesi.

Tabella 1

REPARTO	CAMPIONE N. cartelle	NON CONFORMITÀ		INTERVALLO >12 ore (n. - %)	MANCATA AZIONE		
		compilazione (n. - %)	completezza (n. - %)		Azzurro (n. - %)	Verde (n. - %)	Giallo (n. - %)
Chirurgico	14	7 (50)	10 (71,4)	1 (7,1)	3 (21,4)	2 (14,3)	0 (0)
Medico	21	3 (14,3)	2 (9,5)	3 (14,3)	8 (38,1)	4 (19,0)	0 (0)

## CONCLUSIONI

Studi scientifici prospettici e retrospettivi, mono e multicentrici, reviews, reports delle agenzie di qualità o agenzie governative per le inchieste in ambito sanitario hanno dimostrato in maniera incontestabile che una quota di pazienti ricoverati in ospedali per acuti va incontro ad eventi avversi, in alcuni casi anche molto gravi e con importanti esiti clinici. Sono necessari sistemi molto robusti di

controllo del rischio clinico e di prevenzione delle morti evitabili, basati su modelli efficaci di monitoraggio clinico e allertamento precoce, sistemi di risposta basati su teams con competenze avanzate, su costante formazione di tutti gli operatori e su periodici audit capaci di garantire un miglioramento continuo.

L'Ospedale Cottolengo, pur essendo un presidio ospedaliero di piccole dimensioni e pur non disponendo né di un sistema di

risposta rapida presente 24 ore su 24, né di una Terapia Intensiva – ma proprio, e a maggior ragione, nella consapevolezza dei propri limiti strutturali – ha sviluppato un sistema di track and trigger a tutela dei pazienti ricoverati

come raccomandato nel progetto PRIMA della Regione Piemonte. Gli audit periodici previsti nella procedura aziendale serviranno a misurare l'eventuale discostamento e migliorarne l'applicazione.

Tabella 2

NOME		SCHEDE DI MONITORAGGIO - Presidio Ospedale Cottolengo di Torino			
COGNOME		REPARTO			
NASCITA		RICOVERO DATA	INT. CHIRUR. DATA	FOGLIO N.	
SSO		DAT/PC- Pianificazione Condivisa delle Cure	DATA	SIGLA	
<b>DATA (GIORNO)</b>					
<b>ORARIO (0 - 24)</b>					
COSCIENZA	Soporoso				
	Agitato				
	Disorientato				
	Orientato				
FREQUENZA RESPIRATORIA	> 30				
	25 - 30				
	21 - 24				
	8 - 20				
O <sub>2</sub> TERAPIA	% O <sub>2</sub> > 40%				
	% O <sub>2</sub> < 40%				
	Aria ambiente				
SATURAZIONE	> 95				
	94 - 95				
	90 - 93				
BPCO	< 90				
	< 90				
FREQUENZA CARDIACA	> 130				
	120 - 130				
	105 - 119				
	91 - 104				
	60 - 90				
	40 - 50				
PRESSIONE ARTERIOSA	191 - ≥ 200				
	181 - 190				
	171 - 180				
	151 - 170				
	131 - 150				
	111 - 130				
	101 - 110				
	91 - 100				
	81 - 90				
	71 - 80				
DIASTOLICA	61 - 70				
	51 - 60				
	≤ 50				
	≤ 50				
	≤ 50				
TEMPERATURA °C	> 39				
	38.6 - 39				
	38 - 38.5				
	37.6 - 37.9				
	36.5 - 37.5				
	36 - 36.4				
DOLORE NRS	6 - 10				
	4 - 5				
	0 - 3				
DIURESI ml / 12 H	> 450 ml				
	250 ml - 450 ml				
PERDITE EMATICHE	< 250 ml - Anuria				
	≥ 200 ml/h				
SIGLA OPERATORE (MEDICO/INFERMIERE)					
SIGLA OPERATORE (OSS)					
NOTE					

NB: i valori possono essere inseriti con l'apposito simbolo o con il numero assoluto, posizionato nel corrispondente livello di rischio. Qualora un parametro non venga rilevato per indicazioni cliniche, apporre la sigla NR (non rilevato) o NA (non applicabile)



## BIBLIOGRAFIA

- McCannon JC, et al. Saving 100 000 lives in US hospitals. *BMJ* 2006;332:1328-30
- Berwick M. et al, The 100.000 Lives Campaign. Setting a goal and a deadline for improving health care quality. *JAMA* 18, 2006, Vol 295 N. 3 324-327
- <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Completed/5MillionLivesCampaign/Documents/Overview%20of%20the%20100K%20Campaign.pdf> (10 giugno 2019, date last accessed)
- <https://www.ncepod.org.uk/2005aap.html> (10 giugno 2019, date last accessed)
- <https://rapidresponsesystems.org/Pittsburgh2006/global/pages/presentations.htm> (10 giugno 2019, date last accessed)
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE clinical guideline 50. London: NICE, 2007.
- Morgan RJM et al. An early warning scoring system for detecting developing critical illness. *ClinIntens Care* 1997; 8: 100.
- Mackintosh N et al. Understanding how rapid response systems may improve safety for the acutely ill patient: learning from the frontline. *BMJ QualSaf* 2012; 21: 135-44.
- Smith GB et al. Hospital-wide physiological surveillance. A new approach to the early identification and management of the sick patient. *Resuscitation* 2006; 71: 19-28.
- Jansen JO et al. Detecting critical illness outside the ICU: the role of track and trigger systems. *CurrOpinCrit Care* 2010; 16: 184-90.
- Gao H et al. Systematic review and evaluation of physiological track and trigger warning systems for identifying at-risk patients on the ward. *Intensive Care Med* 2007; 33: 667-79.
- De Vita M. Finding of the First Consensus Conference on Medical Emergency Team. *Crit Care* 2006; 34(9): 2464-78.
- Savoia G et al. SIAARTI - Recommendations for organizing responses to In-hospital emergencies. *Minerva Anestesiol* 2007; 73: 533-53.
- National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. Emergency admissions: a journey in the right direction? London: NCEPOD, 2007.
- Institute for Healthcare Improvement. 5 Million Lives Campaign. Cambridge: IHI, 2006.
- Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Recognising and responding to clinical deterioration: use of observation charts to identify clinical deterioration. ACSQH, 2009.
- Clinical Excellence Commission. Between the Flags. Keeping patients safe. Sydney: CEC, 2014.
- Royal College of Physicians. Acute medical care: the right person, in the right setting-first time. London: RCP, 2007.
- De Vita M et al. Identifying the hospitalised patient in crisis. A consensus conference on the afferent limb of Rapid Response Systems. *Resuscitation* 2010; 81(4): 375-82
- <https://nationalstandards.safetyandquality.gov.au/> (10 giugno 2019, date last accessed)
- <https://nationalstandards.safetyandquality.gov.au/8.-recognising-and-responding-acute-deterioration> (10 giugno 2019, date last accessed)
- C. Pain, et al. Between the flags: implementing a safety-net system at scale to recognise and manage deteriorating patients in the New South Wales Public Health System. *International Journal for Quality in Health Care*, 2017, 29(1), 130-136
- <http://www.cec.health.nsw.gov.au/patient-safety-programs/adult-patient-safety/between-the-flags> (10 giugno 2019, date last accessed)
- Subbe CP et al. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. *Q J Med* 2001; 94: 521-6.
- Duckitt RW et al. Worthing physiological scoring system: derivation and validation of a physiological early-warning system for medical admissions. An observational, population-based single-centre study. *Br J Anaesth* 2007; 98(6): 769-74.



27. Hammond NE et al. The effect of implementing a modified early warning scoring (MEWS) system on the adequacy of vital sign documentation. *Aust Crit Care* 2013; 26(1): 18–22
28. Prytherch D et al. VIEWS—towards a national Early Warning Score for detecting adult inpatient deterioration. *Resuscitation* 2010; 81: 932–7.
29. Stenhouse C et al. Prospective evaluation of a modified Early Warning Score to aid earlier detection of patients developing critical illness on a general surgical ward. *Br J Anaesth* 2000; 84(5): 663.
30. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP, 2012.
31. Radeschi G., Emergenza intraospedaliera: un progetto di miglioramento del percorso clinico-organizzativo – Quaderni scientifici AReSS, 2–2009
32. Regione Piemonte – DGR 5–9887 del 27 ottobre 2008 – “Linee guida per l’organizzazione dei sistemi di risposta alle emergenze intraospedaliere”
33. Sandroni C, et al. Failure of the afferent limb: a persistent problem in rapid response systems. *Resuscitation* 2011; 82: 797–8
34. Trinkle RM, Flabouris A. Documenting rapid response system afferent limb failure and associated patient outcomes. *Resuscitation* 2011; 82: 810–4
35. Radeschi G. et al, Factors affecting attitudes and barriers to a medical emergency team among nurses and medical doctors: A multi-centre survey. *Resuscitation* 88 (2015) 92–98
36. Radeschi G. et al, Effectiveness of a Rapid Response System following the introduction of an observation chart. – Abstract – 10th Annual International Conference on Rapid Response Systems and Medical Emergency Teams.
37. Nota regionale del 21.11.2018, prot. 24113/A1414B)
38. M. Elliot, Why is Respiratory Rate the Neglected Vital Sign? A Narrative Review. *Int Arch Nurs Health Care* 2016, 2:050 – Volume 2, Issue 3.
39. Cretikos MA. et al. (2008) Respiratory rate: the neglected vital sign. *Med J Aust* 188: 657–659.
40. Leuvan CH, (2008) Missed opportunities? An observational study of vital sign measurements. *Crit Care Resusc* 10: 111–115.
41. Ludikhuize J. et al, (2012) Identification of deteriorating patients on general wards: measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score. *J Crit Care* 27: 424.e7–424.e13.
42. McGain F, et al. (2008) Documentation of clinical review and vital signs after major surgery. *Med J Aust* 189: 380–383.



## SCIENZA, DISCERNIMENTO E RESPONSABILITÀ

di Gian Paolo Zanetta Direttore generale  
Ospedale Cottolengo Torino

Ricerca e tecnologia saranno gli elementi fondamentali su cui puntare per una autentica ripresa e per un nuovo modello di sviluppo dopo la fase di emergenza, soprattutto se partendo dall'odierna attenzione sulla scienza medica, sul collegamento tra la ricerca, l'innovazione tecnologica e la cura del paziente sapremo fare tesoro dell'esperienza vissuta che ci insegna, ancora una volta, come esista un fine ultimo della medicina e della sua evoluzione, che è la persona, la sua natura, la sua identità.

Tema, questo, della scienza medica incentrata sulla persona, di profondo valore etico che oggi emerge in tutta la sua verità: il dramma a cui quotidianamente assistiamo di perdite di vite umane, di intere comunità e generazioni distrutte, di famiglie che non hanno potuto vivere gli ultimi istanti dei loro cari, da un lato, e, dall'altro, la necessità delle più moderne tecnologie per assistere i contagiati, la speranza che tutto il mondo ripone in un nuovo vaccino rappresentano la fotografia di questi giorni, la realtà che dimostra che la finalità ultima della scienza è l'uomo ed il suo vivere in una comunità, sia essa la famiglia e la società.

Se quelle immagini di dolore hanno un significato, si comprende quindi come la scienza e la tecnologia non possano disgiungersi da un umanesimo, che consideri, in tutta la sua ampiezza, il valore di una vita umana. Il professor Fabio Roversi Monaco, già rettore dell'Università di Bologna, ha parlato recentemente di "intelligenza della salute", ricordando come già nel tredicesimo secolo a Bologna "la libera intelligenza della medicina si connettesse ad un sapere che si può definire filosofico, quanto portatore di razionalità e di libero pensiero. Dall'alleanza tra medici e filosofi nacque il modello nuovo degli studi in medicina". **L'intelligenza della medicina** non è quindi soltanto scienza, è rapporto tra paziente e medico, è confronto tra l'uomo e gli strumenti della scienza, che sono funzionali alla vita, all'attività, al progresso dell'uomo

stesso, è funzione sociale come gestione della salute.

Ed a conferma di tale assunto, il professor Ivano Dionigi, Presidente della Pontificia Università di Latinità, nel suo volume "Osa Sapere", ci ricorda come le due parti che compongono la parola tecnologia siano *technè* e *logos*, cioè pensiero, ragione, il che impone la ricerca di un equilibrio tra tecnologia e finalità della stessa.

Ma vogliamo fare un ulteriore passo: non è sufficiente sostenere la necessità di una scienza a misura d'uomo, ma occorre spingere affinché la ragione completi questo percorso di riconversione dell'evoluzione scientifica, non trasformando i mezzi in fini, non consentendo un asservimento collettivo ed acritico al potere maieutico della ricerca.

Occorre lavorare sul concetto di discernimento, inteso come facoltà della mente di comprendere, distinguere, giudicare, accompagnare l'aspirazione naturale dell'uomo alla conoscenza. E fare che tale principio diventi il metodo di comprensione della realtà, la fonte della cultura e dell'informazione, il ponte tra natura umana e sviluppo dell'intelligenza della medicina.

Collegamento tra scienza e discernimento è elemento fondamentale per un salto di qualità dell'evoluzione scientifica, non subordinata solo alle logiche dell'economia e del mercato, ma anche guidata da consapevolezza e conoscenza, al fine di non dimenticare la centralità della persona come fine ultimo della ricerca.

Se, come dice il Priore di Bose, Enzo Bianchi, il discernimento "è il senso interiore delle cose, la pronta e vigile capacità di capire e scegliere ciò che è bene in ogni situazione, di valutare ciò che è meglio, non in senso opportunistico, ma come impegno a plasmare la nostra vita in senso etico, allora abbiamo bisogno di una forma innovativa di discernimento,



non negando ciò che è stato costruito, ma costruendo qualcosa di meglio, attraverso un'etica ed una organizzazione del sapere e del pensiero capace di affrontare la rivoluzione digitale e scientifica, mettendo al primo posto il bene delle persone ed il bene comune”.

In questa battaglia di intelligenza, vi sono quindi nuove sfide:

- Comprendere che la virtù del discernimento è diventata la risorsa culturale strategica, per costruire una coscienza critica, attenta e solidale nelle finalità che consenta di non cedere alla rassegnazione nei confronti della monopolizzazione della potenza tecnica (Giaccardi e Magatti, La scommessa cattolica). Occorre recuperare la frattura, avvenuta con la filosofia positivista, di una progressiva separazione tra cultura umanistica e cultura tecnico-scientifica, alla quale è venuta a mancare il supporto fondamentale della prima.
- Avviare un processo di riqualificazione delle conoscenze diffuso, perché il razionale metodo scientifico si trova messo in discussione da forme emotive di produzioni di informazione, che raggiungono più la pancia che la testa. Ne sono prova tendenze oggi diffuse tra la popolazione, che ieri erano -vax ed oggi aspetta un vaccino per il Covid-19. Il discernimento è fondamentale per evitare alcuni atteggiamenti, il rifiuto di qualunque novità o l'accettazione di qualunque soluzione pseudoscientifica che dia la speranza di risolvere problemi (vedasi il caso Panzironi) od ancora l'atteggiamento passivo nei confronti delle tecnologie. Se l'intelligenza può diventare a doppio taglio, occorre che la centralità della persona aiuti a governare il cambiamento attraverso la virtù del discernimento.

In ultimo, l'altro elemento che deve guidare le azioni di chi opera nel campo della ricerca e dell'innovazione, nonché di chi opera nelle istituzioni, è l'etica della responsabilità, nella consapevolezza che, come ha evidenziato Jonas nel testo “Il principio responsabilità”,

l'ambito dell'etica tradizionale non è più in grado di abbracciare azioni, oggetti e conseguenze dell'estendersi della tecnica moderna.

Due esempi ci dicono quanto sia vera questa affermazione: la vulnerabilità della natura rispetto all'intervento tecnico dell'uomo e la scomparsa della concezione della prossimità, che rendeva solido il rapporto di comunità. Quella in cui crede Jonas è la responsabilità dell'uomo per l'uomo, arrivando a dire che noi non abbiamo il diritto di rischiare il non essere delle generazioni future in vista dell'essere di quelle attuali.

Ma il nuovo imperativo etico si rivolge sia alla azione pubblica che sia al comportamento privato, in quanto oggi il singolo ha possibilità di conoscenza, comunicazione, informazione, mai raggiunte prima d'ora ed in questo deve essere aggiornato il concetto di responsabilità.

Le nuove forme e le nuove dimensioni dell'agire, come ricerca e tecnologia, esigono un'etica della previsione delle conseguenze e della responsabilità in qualche modo proporzionale, altrettanto nuova quanto le eventualità con cui essa ha a che fare: l'uomo stesso è diventato uno degli oggetti della tecnica e si sono create alternative a quelli che erano considerati i dati definitivi della costituzione umana. Parliamo infatti oggi di possibilità di prolungamento della vita, di controllo del comportamento (vedasi le nuove app per il controllo del contagio), di manipolazione genetica. Il che ci porta oltre le logiche precedenti dell'etica e richiede un rinnovamento permanente del concetto di responsabilità.

La sanità è paradigma dell'accoglienza, come anche il Vangelo ci insegna, e quindi è il campo in cui massimamente occorre sviluppare un nuovo senso di responsabilità, nell'azione dell'uomo per l'uomo: il fine di tale responsabilità è il futuro dell'uomo e dell'integrità dell'identità umana.







## LE OPPORTUNITÀ DA COGLIERE PER IL SSN: stimoli dalle sfide dell'emergenza

di Federico Lega docente Università di Milano

La sanità, ed in particolare gli ospedali del SSN, sono (verrebbe da dire finalmente) tornati al centro dell'agenda politica del governo.

Con i riflettori accessi sul sottofinanziamento (mancano da tempo strutturalmente tra i 5 e 10 miliardi al fondo sanitario nazionale stanziato ogni anno), sulle dotazioni tecnologiche e di personale, sulla disponibilità di competenze specialistiche, sul ruolo delle professioni.

Il governo ha previsto una spesa aggiuntiva per sostenere questa fase critica che sta vivendo il SSN. Queste risorse sono necessarie. Ma non devono rimanere un obolo una tantum ad un sistema che ne ha un bisogno strutturale, continuo nel tempo. E non devono offuscare le opportunità, e le verità, che la crisi ci ha messo sotto gli occhi.

La drastica riduzione di accessi registrata nei pronto soccorso per ragioni diverse al Corona Virus, per quanto collegata alla paura dello stesso virus, certamente sottolinea anche l'uso inappropriato che ne era fatto in precedenza. Così come la cancellazione di volumi importanti di prestazioni specialistiche ambulatoriali, dentro le quali insieme a quelle urgenti e necessarie ve ne erano certamente di non appropriate. Da qui si può ripartire per lavorare con nuove evidenze e forza su un tema centrale per la sostenibilità futura del SSN.

*La riorganizzazione repentina dei posti letto negli ospedali.* Per quanto "obbligata" dalla crisi, quanto avvenuto negli ospedali italiani è la dimostrazione della necessità di ripensarne gli schemi organizzativi, con particolare riferimento all'allocazione dei posti letto, secondo logiche di maggiore flessibilità operativa. L'area "critica" degli ospedali, dal posto letto monitorato in

telemetria alle terapie intensive, è una di quelle maggiormente indiziate per la ricerca di nuove soluzioni organizzative.

*Il rapporto tra competenze internistiche e specialistiche.* Da tempo si discute sull'opportunità di ripensare ruoli e dotazioni tra specialisti "olistici", come gli internisti ed i geriatri, e gli specialisti dedicati ad una particolare disciplina o problematica. Abbiamo bisogno di entrambi. Ma quanti e quali, e come garantire il presidio delle competenze in un ospedale moderno nella sua attività senza sosta 365/7/24, sono due temi che questa crisi può aiutarci ad affrontare con maggiore consapevolezza.

*Lo "skill mix" tra professioni.* Mai come in questi giorni è evidente quanto sia fondamentale una strategia seria di sistema e di livello azienda nel valorizzare le professioni e trovare nuovi equilibri e complementarietà tra la componente medica e quella delle altre professioni sanitarie (infermieri, tecnici, riabilitatori ecc.).

*Pagare meglio.* Medici e professioni sanitarie meritano di più. Senza dubbio. Non sono gli aumenti dei rinnovi contrattuali recenti quelli che abbiamo in mente. Quanto vale economicamente (da altri punti di vista è evidentemente impagabile) il lavoro di uno dei medici che oggi sta salvando le vite dei nostri connazionali? Quanto vale quello degli infermieri impegnati nel triage in pronto soccorso. O dei riabilitatori nelle terapie intensive? Non sono domande retoriche. Dobbiamo fermarci e riflettere seriamente sulle politiche retributive dei nostri medici. Come pagare di più, e meglio. Distinguendo. Premiando. Valorizzando.

E probabilmente dovremmo pagare anche di

più le direzioni aziendali. Che la loro parte la stanno facendo e bene in questa fase difficile. Quanto è importante avere un sistema pubblico. E come le regioni siano una risorsa in un sistema ben coordinato.

Questo ci indica chiaramente la crisi. Al di fuori di ogni dietrologia sul ritorno ad un centralismo del SSN che chi ne conosce bene la storia sa perfettamente quanto sia stato fallimentare sia sotto il profilo della sostenibilità che di quello dell'equità.

Ed ancora oggi è evidente come le decisioni prese dal governo soffrano dei ritardi e compromessi tipici delle negoziazioni politiche e dell'attenzione al consenso che le rendono non adeguate a fronteggiare la complessità dei problemi della modernità.

Anche le Regioni mostrano dinamiche simili, ma la nomina diretta del Governatore e la maggiore vicinanza alla base elettorale generano una "accountability" più forte, su cui possiamo investire per dare all'Italia una governance efficace su tutti i territori.

Abbiamo bisogno invece di un centro forte nel dare una guida visionaria al SSN, nella ricerca dell'armonizzazione degli sviluppi nelle Regioni e tra Regioni, nella costruzione

di reti di livello nazionale, nella conduzione dell'innovazione, del rinnovo tecnologico, e nella programmazione dei fabbisogni. Ma la catena di comando, e la responsabilità sul dare e garantire i livelli di assistenza non può che essere a livello regionale.

Possiamo discutere se le Regioni molto piccole debbano associarsi a quelle grandi, di cui usano le reti di offerta in modo importante. Ma il fulcro resta quello Regionale.

Le decisioni, gli investimenti, l'allocazione e distribuzione delle risorse, la responsabilità sulla qualità, equità, appropriatezza ed accessibilità dei servizi non può che essere di livello regionale.

Quindi, dobbiamo potenziare il Ministero e le agenzie centrali (ISS, Agenas, ecc.) perché svolgano il loro compito "federale" in modo efficace, ma dobbiamo altrettanto investire dal centro perché le Regioni abbiano le risorse per potenziare i loro organici con una nuova generazione di dirigenti e quadri all'altezza delle sfide della sanità moderna.

Su questa traiettoria già si stava muovendo in tempi recentissimi l'SSN, cogliamo l'opportunità per rilanciarla con maggiore vigore.







## NUOVI SCENARI ORGANIZZATIVI ALL'INTERNO DI UNA GRANDE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA:

il sistema di budget come strumento per governare i processi e essere proattivi

di Valter Alpe<sup>a</sup>, Paola Rossello<sup>c</sup>, Giovanni La Valle<sup>a</sup>

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino è un centro di eccellenza piemontese ancorché italiano in molte discipline specialistiche di ambito medico. È inoltre sede dell'Università di Medicina e Chirurgia e ospita per attività formative diversi corsi di lauree triennali. Si tratta di una realtà molto complessa, di difficile gestione in virtù dell'ampia attività produttiva e della specificità del sistema di remunerazione in cui è inserita. Nell'ottica di un riorientamento del sistema produttivo aziendale per derivarne l'efficiamento richiesto, a parità di condizioni di efficacia, a partire da Novembre 2018 la Direzione aziendale ha avviato e adottato un nuovo approccio strategico, imperniato sia sulla revisione dei processi produttivi aziendali, sia sull'ottimale impiego dei fattori produttivi.

### L'AZIENDA E LE SUE ARTICOLAZIONI PRODUTTIVE

L'Azienda Ospedaliero Universitaria (A.O.U.) Città della Salute e della Scienza di Torino è sorta in seguito al Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 19 giugno 2012, n. 45, poi integrato con successivo D.P.G.R. 6 dicembre 2013 n. 71, quanto al riconoscimento universitario; *"Il consiglio regionale [...] ha proceduto tra l'altro all'individuazione della nuova Azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino, prevedendo che la stessa avrà decorrenza dal 01.07.2012. Alla nuova Azienda afferiscono l'AOU San Giovanni Battista, l'A.O. C.T.O. M. Adelaide e l'A.O. O.I.R.M / Sant'anna [...]."*

L'A.O.U. è dunque articolata principalmente nei quattro Presidi Ospedalieri succitati ma opera altresì presso le seguenti sedi distaccate: Dental School, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO), Ospedale San Vito, Centrale Operativa 118, Centro dialisi Presidio Valletta.

Nell'anno 2019 si sono effettuati circa 93.000 ricoveri (+2,1% rispetto al 2018), di cui 58.256 in regime di ricovero ordinario, 34.278 in regime di ricovero diurno e 547 in regime di ospedalizzazione domiciliare. Il volume di prestazioni ambulatoriali erogate nel 2019 ammonta a circa 6.000.000 (+0,4% rispetto al 2018), di cui 4.952.555 per esterni e 1.139.178 in Pronto Soccorso (PS) e non seguite da ricovero. I passaggi in PS, complessivamente nei 4 presidi, sono stati 173.368.

Nell'Atto Aziendale, adottato con D.G.R. n. 18 - 775 del 20 dicembre 2019, l'area sanitaria risulta articolata in 19 Dipartimenti (13 Aziendali, 6 Interaziendali), comprendenti 106 Strutture Complesse, 51 Strutture Semplici Dipartimentali, 84 Strutture Semplici.

Ogni Struttura è individuata e codificata con un Centro di Costo (CC), in conformità con il D. Lgs. 502/92, che consente attraverso la contabilità analitica la localizzazione e l'imputazione dei costi dell'attività produttiva.

Il valore di produzione, i costi diretti e i costi indiretti della Struttura vengono aggregati in

<sup>a</sup>Commissario A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, <sup>b</sup>Direttore Amministrativo A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, <sup>c</sup>Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina preventiva, Unito



macrocentri detti Centri di Responsabilità, i quali hanno un unico responsabile che formula previsioni di costi e ricavi dell'attività, nell'ambito del budget, al fine di perseguire gli obiettivi prefissati.

## IL NODO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO E GLI OBIETTIVI DI EFFICIENTAMENTO

L'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, con D.G.R. 122-3857 del 4 Agosto 2016 "Individuazione degli Enti del SSR che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524 - lettere a) e b) della legge di stabilità 2016, e relative disposizioni applicative" venne individuata dalla Regione Piemonte quale ente assoggettato alla predisposizione del Piano di Rientro, in quanto nella condizione di cui a) comma 524 art.1 Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), ossia con uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del Conto Economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, pari o superiore al 10% dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di Euro.

Con la deliberazione n.1350 del 04/11/2016 l'A.O.U. adottò e trasmise alla Regione Piemonte - Direzione Sanità il Piano di Efficientamento per il triennio 2017-2019. Con nota prot. n. 24545/A14000 del 2/12/2016 la Direzione Sanità della Regione Piemonte comunicò l'interruzione dei termini di approvazione del suddetto Piano per rilevata necessità di acquisire integrazioni e/o modifiche aziendali sul documento. In seguito al completamento dell'istruttoria venne emendato e definito da parte dell'Azienda il Piano poi formalizzato con deliberazione n. 609 del 18/07/2017.

Piano successivamente approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. 22/12/2017, n. 112-6304 "Approvazione del piano triennale di rientro di cui all'art. 1, comma 528 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, adottato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino con deliberazione n. 609 del 18 luglio 2017".

Con lo stesso atto la Regione Piemonte ha disposto che il Piano recepisce la modifica temporale, ad invarianza delle azioni e degli interventi definiti in ciascuna annualità, dal triennio 2017-2019 al triennio 2018-2020. Infine con deliberazione n. 134 del 31/01/2018, l'A.O.U. ha recepito formalmente la D.G.R. n. 112-6304 e allegato il cronoprogramma trimestrale delle azioni da porre in essere.

## IL BUDGET, L'IMPORTANZA DELLA MISURAZIONE E IL GOVERNO DEI PROCESSI

Date tali premesse il Piano di Efficientamento ha indubbiamente rappresentato, se correttamente interpretato, tanto per la Direzione Aziendale quanto per i professionals, un punto di svolta per un cambio di passo nello sviluppo di processi produttivi orientati secondo principi di appropriatezza e di efficienza nel governo dei fattori produttivi, avendo a riferimento i limiti, sempre più stringenti, rappresentati dai vincoli di bilancio. In tal senso il primo step, mai sufficientemente affrontato, è stato la valorizzazione del "costo opportunità". In altre parole, in un contesto di scarsità di risorse, si è provato a rispondere ad alcuni quesiti fondamentali: che cosa produrre, come produrre e per chi produrre? Questo, avendo sempre a riferimento la performance clinica verso il paziente, quella organizzativa imperniata sulla programmazione e gestione

delle risorse, nonché quella relazionale, ossia il comportamento verso utenti e colleghi.

Pertanto, è stato fondamentale implementare un processo di misurazione che dal livello dipartimentale scendesse al livello delle singole strutture dotate di autonomia gestionale, al fine di analizzare la capacità produttiva e il livello di remunerazione dei fattori impiegati cosicché, nel caso in cui questi elementi si rivelassero non soddisfacenti, si potesse procedere alla elaborazione di linee di indirizzo volte alla massimizzazione output/input e alla flessibilità/innovazione.

Il processo di riorganizzazione messo in atto è, perciò, frutto di un potenziamento dell'attività di misurazione ed è fondato su un effettivo processo di budgeting, per il quale l'azione di progressivo affinamento ha investito in particolare sulla qualità e puntualità dei flussi, sulla capacità di indagare l'appropriatezza di utilizzo delle risorse e sulla pianificazione degli investimenti strutturali, nodo centrale per lo sviluppo delle attività.

In quest'ottica, a partire dal 2018, si è intrapreso un approccio gestionale dirigenziale consistente in una supervisione diretta da parte della Direzione Strategica Aziendale del controllo interno aziendale, già potenziato e intensificato, per ciò che attiene la contabilità analitica delle singole Unità Operative di Area Sanitaria in previsione della formulazione degli obiettivi aziendali e dell'assegnazione del budget alle Strutture. Questa logica è finalizzata ad una condivisione diretta del governo strategico dei processi produttivi con le singole Unità Operative, sulla base della potenzialità produttive delle stesse.

Pertanto, nell'arco di tre mesi, da novembre 2018 a gennaio 2019, si sono svolti circa 250 incontri con le Strutture aziendali, organizzati per Area Dipartimentale di appartenenza.

Ad ogni riunione vi è stato il massimo coinvolgimento di risorse con ruoli di direzione: il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo Aziendale, il Direttore del Dipartimento di Qualità e Sicurezza delle Cure, il Direttore Medico di Presidio e il Direttore del Dipartimento ai quali la Struttura esaminata afferisce, il Direttore delle Professioni Sanitarie

e il Dirigente DIPSA di Area dipartimentale, il Direttore/Responsabile della Struttura, il coordinatore infermieristico della Struttura, una rappresentanza della S.C. Controllo di Gestione Aziendale.

Durante gli incontri sono state presentate le Schede di budget della Struttura. In esse sono contenute le voci più rilevanti del conto economico che partecipano alla costituzione dei ricavi, dei costi diretti e dei costi indiretti della Struttura. Le voci succitate sono state presentate in termini di consuntivo 2017, somme consolidate appartenenti al I semestre 2018 e dati di proiezione per l'intero anno 2018. Oltre a tali voci, nelle Schede di budget è stato presentato un set di indicatori di attività con valori riferiti all'anno 2017 e al primo semestre 2018: posti letto in RO, n° dimessi RO, giornate di degenza effettiva RO, n° transiti nella struttura, n° dimessi DH, n° accessi DH, n° prestazioni ambulatoriali per esterni, n° prestazioni erogate per PS, n° prestazioni erogate per ospedali, n° prestazioni erogate per interni. Inoltre, nelle Schede di Budget, è stato possibile inserire informazioni inerenti al personale ospedaliero e universitario, medico e laureato non medico, assegnato alla Struttura in esame o a contratto, riferito al 31/12/2017 e al 30/06/2018.

Durante questi incontri si è potuto valutare se le azioni poste in essere nel 2018 per il raggiungimento dei target di bilancio elaborati nel Piano di Efficientamento fossero concretamente perseguibili e si è potuto perciò attuare una rivalutazione delle stesse, analizzando le criticità in seno alle Strutture che hanno determinato l'allontanamento dagli obiettivi preposti.

In tal senso si è avuto modo nel confronto con i singoli professionisti di definire preventivamente una sorta di check - list di contrattazione:

*il settore di attività o i progetti di sviluppo a che target si rivolgono e quale tipo di risposte forniscono?*

*Le alternative considerate e descritte lo sono in maniera esaustiva (chi fa che cosa, a chi, dove e quanto spesso)?*



*Per i programmi o progetti proposti sono stati considerati tutti i costi, misurati adeguatamente e al pari delle conseguenze attese, in maniera credibile?*

*È stata condotta un'analisi incrementale dei costi e delle conseguenze tra le alternative oltre alle eventuali incertezze nelle stime?*

Posto che la strategia di riduzione dei costi in questa Azienda risulta essere una strada conseguibile e auspicabile ma non così curata, almeno in precedenza, visti i riflessi sull'equilibrio del conto economico aziendale, sono state altresì messe a fuoco le Strutture identificabili come "grandi produttrici", sulla base dei potenziali ricavi tramite dati di contabilità analitica, indicatori di attività e tabelle di mobilità attiva/passiva. Pertanto, di concerto con le figure operative presenti alle riunioni, si è determinato di investire maggiormente su queste Unità Operative che hanno dimostrato maggiori livelli di produttività ed efficienza e che si sono rivelate in grado di potenziare la propria attività e, quindi, di favorire un incremento dei ricavi aziendali.

Tali valutazioni sono risultate particolarmente utili ai fini dell'impostazione successiva del processo di budgeting per l'assegnazione degli obiettivi annuali e delle risorse, con significative modifiche rispetto all'anno 2018 in virtù della necessità cogente di incremento del bilancio in ottemperanza degli obiettivi di bilancio aziendale imposti dal Piano di Efficiamento.

Inoltre, le riunioni succitate hanno consentito la rivalutazione dell'assegnazione del personale alle singole Strutture, con potenziamento delle risorse umane, nel rispetto dei tetti di personale imposti dalla Regione Piemonte, a quelle Unità Operative che hanno potuto dimostrare di possedere la capacità di potenziare la propria attività. Tale aumento di produzione deve essere proporzionale all'incremento del personale assegnato, garantito dal Direttore/Responsabile della Struttura e evidenziabile dal monitoraggio periodico trimestrale del conto economico.

Si può dunque concludere che il processo di programmazione delle attività produttive nell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino sia stato ridefinito con un maggiore e diretto coinvolgimento della Direzione Strategica Aziendale per quanto riguarda le linee di indirizzo nella allocazione di risorse e nella gestione delle attività delle singole Strutture, non escludendo al contempo il ruolo operativo delle Direzioni di Dipartimento.

Questo approccio ha consentito alla Direzione Strategica di esaminare nel dettaglio i singoli fattori produttivi e le voci di spesa e di implementare azioni correttive nel governo dei processi come necessario per l'impostazione di logiche di efficientamento incisive.

Quanto sopra evidenziato, rappresenta ovviamente un punto intermedio di un percorso particolarmente complesso e anche accidentato, specie per fattori esogeni, vedasi in tal senso, da ultimo, lo sconvolgente impatto del Covid-19, ma sicuramente foriero, in prospettiva, di un più proficuo approccio nella pianificazione strategica, laddove le informazioni gestionali ne fondino davvero le decisioni.





## ACCOMPAGNAMENTO AL FINE VITA IN AMBITO SANITARIO:

### uno sguardo ai bisogni spirituali e religiosi della persona assistita

di *Tiziana Stobbione docente a contratto Uniastiss  
e Struttura Affari generali Osru Asl AT*

#### **INTRODUZIONE**

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il mettere al centro di ogni azione clinico-assistenziale l'essere umano, sia esso in condizioni di benessere che in uno stato di malattia, è il fulcro di ogni processo di cura, tanto per quanto concerne gli aspetti correlabili a determinanti fisiche che per quanto inerisce a fattori psicologici, sociali e spirituali.

Ne consegue che l'approccio sanitario alla sofferenza fisica o mentale non può esimersi dal considerare, secondo un modello olistico centrato sulla persona, la presa in carico di tutti i bisogni del malato, compresi quelli di natura spirituale e religiosa, soprattutto quando il sofferente è chiamato a confrontarsi con il dolore e l'angoscia della morte. L'assistenza al morente rappresenta, infatti, nelle tre religioni monoteistiche Abramitiche, un punto di convergenza tra la cura del dono della vita e il segno tangibile della responsabilità dell'uomo nei confronti della persona inferma e in fin di vita, e richiede al personale di assistenza di mettere in campo, oltre alla dovuta professionalità, anche fondamentali atteggiamenti di compassione e di empatia<sup>(1)</sup>.

A tal proposito, nel 2012, i lavori della *National Consensus Conference on Creating Compassionate Systems of Care*, svoltasi negli Stati Uniti, si sono focalizzati proprio sul tema dell'assistenza spirituale e religiosa, vista come componente di un'assistenza sanitaria di alta qualità, giungendo a definire, da un punto di vista scientifico, spiritualità e fede della persona come «*un aspetto dinamico e intrinseco dell'umanità, attraverso il quale le persone cercano il significato ultimo, il fine e la trascendenza e vivono rapporti con sé, la famiglia, gli altri, la comunità, la società,*

*la natura, il sacro. La spiritualità è espressa attraverso credenze, valori, tradizioni e pratiche religiose*»<sup>(2)</sup>.

#### **DALL'ARS VIVENDI ALL'ARS MORIENDI**

Sin dall'antichità vita e salute, malattia e morte apparvero inevitabilmente intrecciate, tanto che tutte le antiche religioni si confrontarono con il paradosso della sofferenza e della finitudine, seppur con differenti sfaccettature. Nelle diverse tradizioni appartenenti alle culture dell'Oriente Antico e del Mediterraneo (dagli Egizi ai Babilonesi, dagli Ebrei ai Greci, dagli Etruschi ai Romani, ecc.) la malattia e il fine vita furono esorcizzati, negati, sublimati o considerati come la giusta ricompensa per una pena primordiale, vissuti come un evento non solo naturale, o correlato all'esperienza del dolore, ma anche attesi, in quanto collocabili in un piano salvifico divino<sup>(3)</sup>.

Nel periodo storico compreso tra il Medioevo e il Rinascimento il tema dell'accompagnamento al fine vita assunse un particolare rilievo, tanto che vennero addirittura stilati numerosi trattati, detti *ars moriendi*, contenenti preghiere, brani biblici, commenti inerenti l'evento morte, consigli e precetti che potessero aiutare gli uomini a affrontare la propria dipartita, sia che essa si verificasse in maniera improvvisa, sia che si trattasse della naturale evoluzione di una patologia di lungo decorso.

In tutte le loro possibili declinazioni (dagli scritti alle iconografie, dagli affreschi alle effigi presenti nelle tombe monumentali) le *artes moriendi* affrontarono l'attesa della morte e il suo compiersi sotto un comune denominatore, cioè vedendoli come un processo, che presupponeva che l'uomo si preparasse alla



sua dipartita non solo col supporto della scienza medica. La caratteristica di tale processo, infatti, è proprio legata al fatto che esso venga vissuto nella vicinanza, con il sostegno dei propri cari e col conforto della fede, affinché ciascuno possa predisporre, nel modo migliore possibile e indipendentemente dal proprio credo religioso, all'incontro e al giudizio di Dio<sup>4</sup>.

Anche Gregorio Magno riprese questi principi, rilevando come la morte che si prolunga, la *prolixitas mortis*, altro non rappresenti che l'esperienza del limite umano e della finitezza: l'ars moriendi, perciò, andrebbe intesa come l'arte di vivere, cioè come una sorta di apprendistato permanente, di soddisfacimento di bisogni principalmente spirituali e di fede, che aiutino l'essere umano a non trovarsi impreparato nel momento dell'exitus<sup>5</sup>.

Durante i secoli successivi le tematiche dell'accompagnamento alla buona morte e della morte stessa furono oggetto di numerose dissertazioni da parte di filosofi, sociologi e teologi, di uomini atei, laici o religiosi, sino a quando, a partire dalla metà del XIX secolo, come ben sottolinea il filosofo e sociologo francese Edgar Morin, si assistette alla cosiddetta "crisi della morte", in cui sia il singolo essere umano che l'intera collettività iniziarono a rimuovere il pensiero della morte, evitando persino di nominarla o di pronunciarne la parola, pur trattandosi di un avvenimento biologico e naturale, da cui originano, inoltre, la maggior parte dei riti e dei miti<sup>6</sup>. L'immagine dell'accompagnamento alla morte e del suo verificarsi è stata, perciò, completamente ridisegnata: dal processo nel quale la sofferenza e la dipartita dell'uomo venivano affrontati rispettando i valori della condivisione, della ritualità e della spiritualità, correlabili ai concetti di naturalità e trascendenza, si è giunti, oggi, a percorrere un cammino segnato dalle esigenze e dalle richieste del progresso tecnico-scientifico, creando una crisi della sacralità della morte in virtù di una cultura medica che ha, almeno in parte, perso il senso dei tradizionali riferimenti umanistico-filosofici<sup>7</sup>.

L'attenzione si è focalizzata, via via, non più sul significato dell'ultimo tratto di vita da

compiere, bensì sugli aspetti più concreti del morire, legati ai temi della vecchiaia, delle cronicità, delle cure palliative, degli espianti/trapianti d'organo e della volontà, sempre più diffusa, di voler agire in primis la propria morte, mediante decisioni da non delegare passivamente né ai medici, né ai familiari e, neppure, da confrontare con i principi del proprio credo religioso<sup>8</sup>. Oggi, infatti, sofferenza e morte non si sviluppano più sul palcoscenico dei rapporti rituali con la famiglia e con i vicini di casa, con gli amici e il sacerdote o il ministro del proprio culto, ma si tende sempre più a trasferire questi momenti, quasi a volerli nascondere, dietro le tende delle organizzazioni, siano essi gli ospedali o le strutture sanitarie per malati inguaribili.

## 2 LA VICINANZA AL MALATO OSPEDALIZZATO IN FASE TERMINALE

L'esperienza di malattia terminale è, per ogni essere umano, un evento unico, globale, estremamente complesso e doloroso, ormai difficilmente sostenibile senza far ricorso a strutture. Nel 2010 in Italia è stata emanata una legge concernente le Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore (Legge 38 del 15 marzo 2010) che assicura equità nell'ammissione alle realtà assistenziali, qualità e appropriatezza delle cure, nel rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana. Quando il malato affronta una situazione di non reversibilità del processo patologico e di assenza di ragionevoli attese di miglioramento oggettivo, si ritrova a sperimentare una situazione che causa angoscia, senso di frustrazione e paura. Tale vissuto non caratterizza soltanto il sofferente ma, il più delle volte, coinvolge anche i suoi famigliari e la rete amicale che lo circonda. In questa condizione la domanda di senso, che non inerisce soltanto al perché della sofferenza, ma si articola in un'attesa di risposta che impatta fortemente sugli aspetti spirituali e sulla dimensione del trascendente, vede implicati, quali attori del processo terapeutico-assistenziale, anche gli operatori sanitari.

Le attività di medici, infermieri, tecnici, socio-sanitari e personale di riabilitazione divengono, infatti, «ministero di salvezza», poiché tutti coloro che si prendono cura

dei sofferenti sono chiamati a essere viva immagine di attenzione amore verso chi soffre, offrendo assistenza e supporto al malato, in risposta alle dimensioni che compongono l'essere umano.

Quando il malato comprende, o perlomeno intuisce l'imminenza della morte, inevitabilmente vive in sé una profonda conflittualità tra la verità che lo vede al termine del percorso di vita e il non voler accettare tale situazione.

Questo atteggiamento attraversa alcune fasi che sono state, per la prima volta, descritte e analizzate nel 1969 da Elizabeth Kübler-Ross, medico psichiatra di origine svizzera, in una ricerca volta a analizzare la paura della morte in un gruppo di malati terminali.

La comprensione e il riconoscimento di queste fasi, il cui andamento non si presenta sempre con un ordine consequenziale e la cui durata nel tempo varia ampiamente da una persona all'altra, è di fondamentale importanza per chi è chiamato a prendersi cura di malati terminali<sup>7</sup>. È, però, indispensabile, prima ancora di far riferimento al modello della Kübler-Ross, avere ben presente che alcune persone ammalate potrebbero non rientrare nelle fasi delineate per cui, come per ogni bisogno assistenziale, l'approccio all'evento morte non può e non deve mai essere standardizzato.

Un adeguato assessment dei bisogni e la corretta valutazione della fase in cui il sofferente si trova divengono, perciò, il punto chiave per la definizione di un'assistenza basata sulle *medical humanities*, permettendo agli operatori sanitari d'individuare le reali necessità del malato non solo dal punto di vista fisico, ma anche per quanto concerne le dimensioni psicologiche e religiose.



## 3 I BISOGNI SPIRITUALI E RELIGIOSI DEL SOFFERENTE

Il gruppo di lavoro sulla spiritualità nelle cure della SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) propone una classificazione che aiuta a comprendere quali aspetti debbano essere presi in considerazione, dal punto di vista spirituale e da quello religioso, quando ci si accosta a un malato, ricoverato per una patologia con un presumibile esito infausto. Il bisogno di essere riconosciuto come persona, nella propria integrità, non può non essere considerato sia dagli operatori che si prendono cura del paziente che dai parenti o dai rappresentanti del culto a cui appartiene il malato stesso<sup>8</sup>.

La necessità, infatti, di rileggere la propria vita, sulla soglia della morte, presuppone che si viva una rottura biografica e che si debba ricercare un senso all'esistenza e al divenire, poiché la consapevolezza della finitudine risveglia, nel sofferente, l'esigenza di trovare significato e ragion d'essere alla propria esistenza che sta per terminare. Altre volte, poi, il malato manifesta il bisogno di liberarsi dal senso di colpa correlato a eventi pregressi e sente l'urgenza di riconciliarsi e di sentirsi perdonato, oppure cerca le modalità a lui più affini per esprimere un bisogno di continuità, dato dal credere, per fede, all'esistenza di una vita dopo la morte<sup>9</sup>.

La necessità di stabilire la propria vita al di là di se stesso, rappresenta, perciò, un'apertura alla trascendenza, al credo che, a seconda della religione a cui si appartiene, accoglie un'autentica possibilità, una certezza di eternità dischiusa nell'amore<sup>10</sup>.

Il bisogno di speranza, infine, che sembra paradossale nel fine vita, è quanto mai presente: non si tratta solo della speranza di una guarigione improvvisa, di un miracolo, di una nuova terapia, bensì della Speranza.

Il Dio della speranza, infatti, ha il volto di chi accompagna il malato nel suo ultimo tratto di vita terrena, di chi si prende cura del fratello abbandonato e lo raccoglie, seppur metaforicamente, dal ciglio della strada e di chi fa della speranza una testimonianza dell'amore che non delude.

Ecco perché, nel momento del fine vita, la testimonianza di fede data dagli operatori sanitari che si avvicinano al capezzale del malato può rappresentare la più alta forma di umanizzazione delle cure e di attenzione agli aspetti propri di ogni credo religioso.

## 4 I BISOGNI SPIRITUALI E RELIGIOSI DEL SOFFERENTE

Le tematiche sociali, morali e religiose, correlate alle scelte terapeutiche da applicare di fronte alla terminalità dell'uomo, hanno spesso risentito di approcci troppo tecnicistici originati dal progresso scientifico della medicina, tanto che le tre religioni monoteiste Abramitiche hanno deciso di occuparsene, ponendo l'attenzione alla ricerca di un giusto equilibrio tra valori e prassi.

Nella Dichiarazione Congiunta delle Religioni Monoteiste Abramitiche sulle problematiche del fine vita, sottoscritta il 28 ottobre 2019 alla presenza di quaranta rappresentanti di fede ebraica, musulmana e cristiana, si è definito, infatti, un accordo inerente le questioni dell'accompagnamento alla morte, evidenziando sempre una grande attenzione al dialogo ecumenico e interreligioso.

La Dichiarazione contiene, ad esempio, specifiche indicazioni relative alla creazione di condizioni che migliorino le capacità degli operatori che prestano il loro servizio in ospedali o strutture sanitarie, affinché si possano sempre meglio comprendere, aiutare e sostenere sia il credente che il suo nucleo familiare nel momento del trapasso, rispettando i valori religiosi e le tradizioni connesse alle differenti fedi. Un ulteriore aspetto dibattuto dai rappresentanti delle tre Religioni, sempre sul tema dell'umanizzazione della morte, è stato quello che sottolinea come, nelle strutture sanitarie, sia gli operatori che i religiosi debbano essere chiamati a offrire una reale presenza di fede e di speranza, poiché l'assistenza religiosa è, a tutti gli effetti, un diritto del malato e un dovere delle singole comunità.



A tal proposito tutte le realtà ospedaliere sono state invitate a assicurare ai propri degenti la libertà di culto e la possibilità d'interfacciarsi con un rappresentante della propria fede, nonché di poter utilizzare uno spazio specifico per poter manifestare i propri riti, soprattutto nei peculiari momenti del percorso assistenziale (nascita, degenza, morte e lutto).

Nella regione Piemonte, coerentemente anche a quanto sottolineato nella Dichiarazione dell'ottobre scorso, le Aziende Sanitarie Ospedaliere hanno già avviato specifici progetti denominati "Culture e religioni" e stipulato protocolli d'intesa con i rappresentanti degli Enti di culto diversi dal cattolico, purché dotati di personalità giuridica e riconosciuti dallo Stato Italiano, per garantire a tutti i pazienti ricoverati nei vari presidi ospedalieri un'adeguata assistenza religiosa.

Sempre a livello piemontese si è creato un tavolo di discussione con i rappresentanti dei principali Enti di culto già citati, onde favorire il confronto d'idee e lo scambio di conoscenze sulle fondamentali prescrizioni religiose.

In virtù dei risultati emersi a livello regionale nelle realtà ospedaliere, compresa quella in cui lavoro, è stato poi approntato un luogo denominato "Stanza del Silenzio", dedicato al soddisfacimento dei bisogni spirituali e di fede, aperto a pazienti, familiari e personale, in cui potersi ritrovare per sostare in raccoglimento, meditare, pregare, vivere le varie fasi del ricovero e del fine vita. In questo spazio neutro, che non contiene simboli religiosi, ogni uomo può vivere la dimensione del trascendente nel rispetto sereno del fratello che gli è accanto e può sperimentare la dimensione del silenzio, inteso come metafora vera e propria di comunicazione universale.

La grande attenzione al dialogo con tutte le confessioni si concretizza, così, in un luogo in cui la sofferenza accomuna ogni essere umano, in un ospedale che accoglie il dolore e la disperazione di tutti, perché, come è stato ben ha sottolineato all'inaugurazione della prima Stanza del Silenzio presso la Città della Salute di Torino, se un albero non chiede agli uccelli da dove vengono o dove vanno quando si posano sui suoi rami, così la Stanza del Silenzio non chiede a nessun uomo quale sia il suo credo, ma ristora e rifocilla chiunque lo desideri nel difficile cammino della malattia e della sofferenza.



## BIBLIOGRAFIA:

1. DICHIARAZIONE CONGIUNTA DELLE RELIGIONI MONOTEISTE ABRAMITICHE SULLE PROBLEMATICHE DEL FINE VITA, Città del Vaticano 28 ottobre 2019.
2. PUCHALSKI C., VITILLO R., HULL S., RELLER N., Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus, in "Journal of Palliative Medicine" 17 (2014).
3. ELIASN, La solitudine del morente, Edizioni Il Mulino, Bologna 1985.
4. ARIÈS P., Storia della morte in Occidente. Dal medioevo ai giorni nostri, Rizzoli Editore, Milano 2019.
5. SPINSANTI S., Accompagnare la morte, in NOVATI L., (a cura di), La buona morte, Editrice Morcelliana, Brescia 2009.

6. MORINE, L'uomo e la morte, Edizioni Erickson, Roma 2014.
7. KÜBLER-ROSS E., Impara a vivere, impara a morire, Armenia S.r.l., Milano 2015.
8. BERMEJO J., LOZANO B., VILLACIEROS M., GIL M., Atención espiritual en cuidados paliativos: Valoración y vivencia de los usuarios, in "Palliative Medicine" 20 (2013).
9. BOWKER J., La morte nelle religioni. Ebraismo, Cristianesimo, Islam, Induismo, Buddhismo, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1996.
10. MANICARDI L., Memoria del limite. La condizione umana nella società postmortale, Edizioni Vita e Pensiero, Milano 2011.



# urmet

IF YOU LOVE YOUR BUILDING

36.3°



## URMET, CONTROLLO E SICUREZZA PER STRUTTURE SANITARIE E CENTRI MEDICI

Il brand italiano presenta la Gamma Thermal Solutions, telecamere termiche e pannelli che garantiscono affidabilità, hi-tech semplice e intuitivo, tutela assoluta dei dati sensibili

**Urmet spa** è una realtà ben radicata sul territorio italiano da **più di 80 anni** ed è l'azienda principale di **Urmet Group**, con oltre **60 società** che garantiscono una **presenza capillare e consolidata in tutto il mondo**.

Nella difficile gestione del periodo post pandemico, **Urmet** ha voluto mettere a disposizione il suo **"know how" ultradecennale** per essere in prima linea **sia nella lotta al coronavirus che nel suo contenimento, al fianco del personale medico, paramedico, infermieristico e dei cittadini che accedono alle strutture sanitarie**.

**Il mondo della sanità, protagonista della lotta al coronavirus** grazie al suo ruolo fondamentale ai tempi della pandemia, necessita di **strumenti precisi, affidabili e semplici per tutelare le stringenti esigenze di sicurezza, controllo e salute**: per questo motivo il **brand Urmet** ha pensato la **Gamma Thermal Solutions**, garantendo **affidabilità, semplicità di utilizzo e installazione, tutela assoluta dei dati sensibili oltre ad una continua assistenza pre e post vendita**.

Il **monitoraggio della temperatura corporea** unito all'utilizzo **dei dispositivi di protezione individuale**, rappresenta il **fulcro delle strategie di contenimento della diffusione del Covid-19 a breve e lungo termine**: una fondamentale **tutela della salute di tutti i cittadini e del personale sanitario**.

**Urmet** quindi mette a disposizione **soluzioni fisse e portatili** grazie a **termocamere, pannelli e sistemi di rilevazione** per la gestione di **flussi piccoli, medi o elevati di persone**: sono tutti dispositivi che funzionano nel **rispetto del GDPR per la privacy e con una assistenza continua per installatori e utenti tramite videocall, webinar, video tutorial**.

La **Gamma Thermal Solutions** comprende il **Thermal Gate**, un dispositivo per la rilevazione della temperatura corporea **"all in one"** in grado di visualizzare l'immagine ripresa da una telecamera integrata e posta su uno **schermo 7"**, dotato di un sensore di temperatura ad alta precisione. Grazie alla funzione di **"mask detection"** il pannello può individuare anche **la presenza o l'assenza della mascherina sul volto di un soggetto, segnalando gli individui sprovvisti di dispositivo di protezione individuale**.

Con un **Thermal Gate** si ha un'**accuratezza nel riconoscimento facciale prossima al 100% in meno di un secondo**, la temperatura viene misurata con uno **scarto di appena 0,3°C** e da una distanza minima di **30 centimetri** fino ad un massimo di **1,2 metri**: queste peculiarità configurano l'utilizzo del dispositivo nei luoghi ove è possibile un **flusso ordinato di persone**, come ad esempio **laboratori, strutture ospedaliere, ambienti e aree riservate al personale medico ed infermieristico, ambulatori, centri analisi diagnostici**.



Il pannello è fornito di accessori come il **totem da pavimento**, il **supporto base per tavolo** e per il **fissaggio a parete**: le immagini registrate sono **visualizzabili sulla pagina web del dispositivo** ed è possibile ricevere una **notifica push tramite l'app V-Stream** nel caso di individuo senza mascherina o con temperatura sopra la soglia massima prevista.

Altro device della gamma per ambienti con un **flusso ordinato di accessi** è la **termocamera portatile con risoluzione termica 160 x 120**, uno strumento estremamente duttile e flessibile con un numero elevatissimo di possibili applicazioni. Si può **misurare la temperatura con la presenza di un addetto** oppure con una **postazione fissa dedicata** tramite il **treppiede con supporto** e collegata ad un server locale con **inclusi software di analisi e di gestione**. In quest'ultimo caso la termocamera può essere utilizzata per rilevazioni più precise e strutturate, con la **cattura di una immagine snapshot** nel caso di passaggio di una persona con temperatura anomala.



In alto pannello su totem da pavimento, a sinistra App V-STREAM



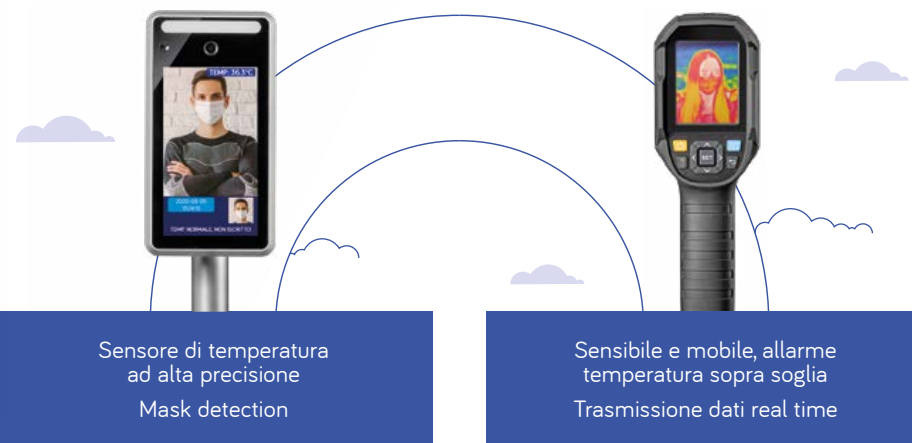
## GAMMA VIDEOCONTROLLO THERMAL SOLUTIONS

LA SICUREZZA CHE CONTA, IN OGNI LUOGO



Urmet risponde al bisogno di controllo e sicurezza dei **centri medici** e delle **strutture sanitarie** con una linea di telecamere termiche che uniscono funzionalità e design: tecnologia avanzata, elevata affidabilità, tutela assoluta dei dati sensibili.

**Facili da usare, flessibili, sono uno strumento indispensabile per garantire la salute dei pazienti e degli operatori.**



Per ogni esigenza la sua **soluzione portatile o fissa**, per rilevare temperatura o dispositivi di protezione.

Scopri la sicurezza che conta su [www.soluzioni.urmet.com](http://www.soluzioni.urmet.com)



# SANITÀ 4.0<sup>1/020</sup>

LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO

[www.sanitas40.it](http://www.sanitas40.it)

