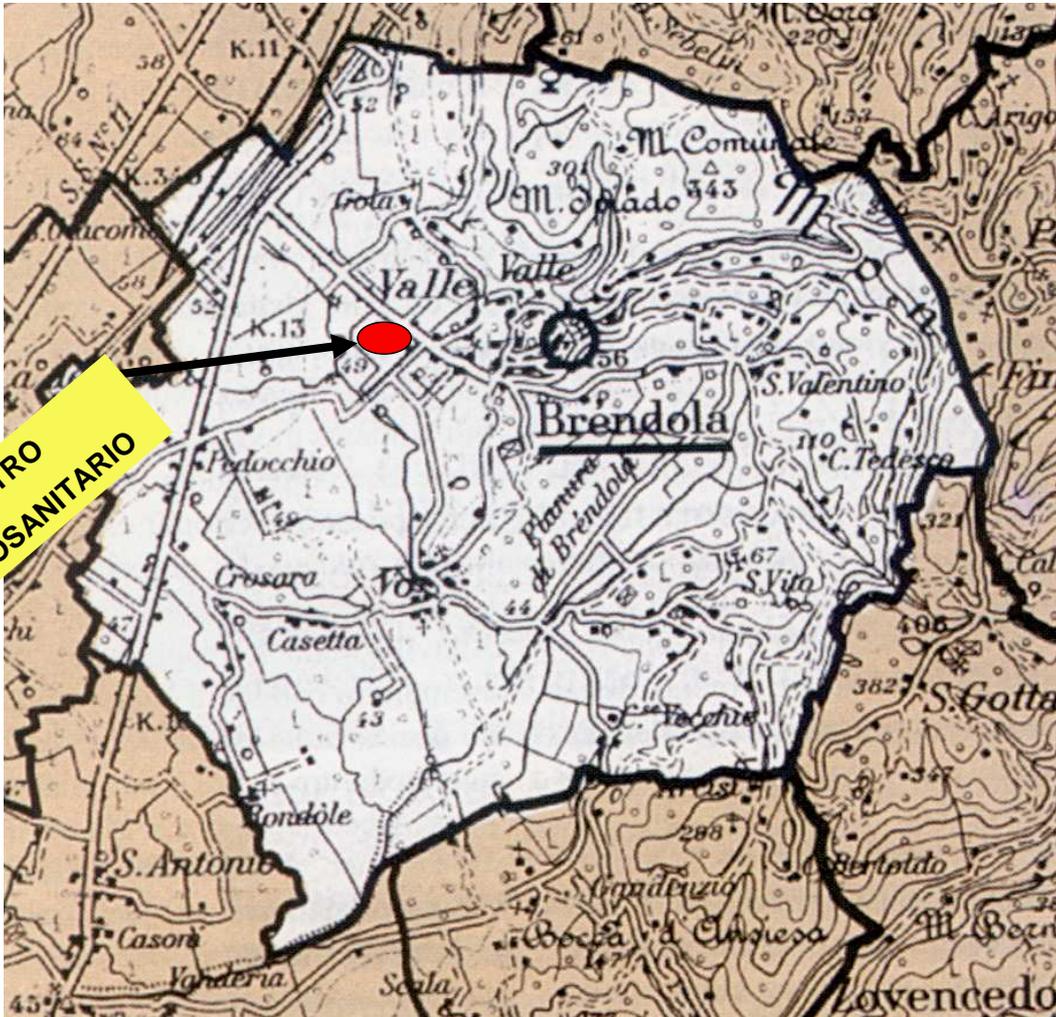


Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

Ci sembrava opportuno farci un esame di coscienza.
Ecco il risultato di un lavoro del 2007.

UTAP BRENDOLA
CENTRO SOCIOSANITARIO



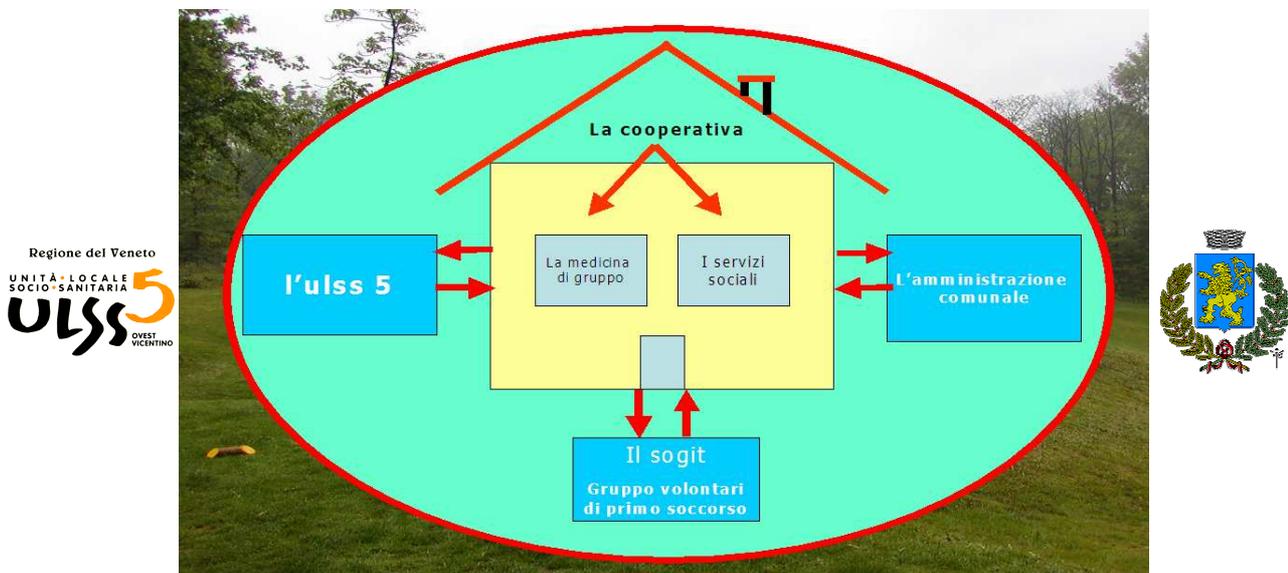
B
R
E
N
D
O
L
A

**alla ricerca
di un modello
d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA**

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

REFERENTE: VISONA' DR. GIUSEPPE

UTAP BRENDOLA



Migliorare è sempre possibile

**ALLA RICERCA DI UN MODELLO D'ECCELLENZA
QUALITA' E SICUREZZA**

Collaboratori:

**Stefani dr. Giovanna, Castegnaro dr. Giorgio, Fantuz dr. Vittorio, Gallo dr. Roberto,
Pretto Cristina, Palmiero Lorenzo, Bellei dr. Elena, Caldonazzo Giovanni**

INTRODUZIONE

Penso che scrivere, raccontarsi, raccontare delle storie, delle esperienze, delle avventure, delle innovazioni del proprio mondo e della vita quotidiana possa essere utile a chi scrive e a chi legge.

La scrittura può sostituire la narrazione diretta e raggiungere più persone, a volte anche lontane. L'intento è comunicare ad altri dei percorsi di lavoro e di vita di un gruppo che ha realizzato una innovazione concreta e reale nella vita quotidiana tentando di trasformare e innovare il proprio modo di essere ed operare. Lo scopo, penso, possa essere condiviso ed apprezzato senza falsa vanagloria e pretesa di essere le eccezioni o l'eccellenza in un mondo ricco di persone ed opportunità certamente invidiabili. Queste righe sono la storia di un percorso e di un cammino che evolve con la crescita e la maturazione dei suoi componenti; sono la storia di persone che tentano, attraverso errori e sperimentazione, di creare una qualità di servizio e di relazioni migliori, più umane ed efficienti in un mondo globalizzato dove le persone sono alla disperata ricerca di identità e riferimenti precisi. E' il tentativo di far conoscere un percorso lavorativo che migliora attraverso la verifica continua, la ricerca di sicurezze e qualità. Sicurezza e qualità due termini che viaggiano a stretto contatto nel mondo sociosanitario e nel quotidiano in genere. Sono termini quasi inscindibili che conducono ad una continua attenta osservazione dell'agire per poter raggiungere gli obiettivi del cambiamento e miglioramento operativo ed esistenziale di coloro che sono gli attori e gli utilizzatori del servizio.

Il concetto di sicurezza in sanità è abbastanza recente nella sua esplicitazione più larga e la sua introduzione ha avuto come inevitabile ricaduta un aumento della qualità dell'operare sanitario. La sicurezza sta diventando un bene prioritario e ne sono consapevoli i cittadini e gli operatori nonostante la complessità del governo della sanità. Utilizzando la ricerca e gli interventi necessari a realizzare questa priorità ci incamminiamo verso una attenta analisi del mondo sociosanitario attraversando le aree del rischio clinico, dell'ambiente di lavoro e della gestione socioamministrativa: tre direttrici di ampio respiro che riassumono l'operare in questi sistemi ed in questi contesti. Dentro la sicurezza, e di conseguenza della qualità dell'assistenza, coesistono i temi dell'appropriata erogazione di interventi efficaci sotto il profilo clinico ed organizzativo, l'orientamento dello sviluppo e dell'utilizzo di tecnologie. Inoltre è necessario tenere conto della definizione dei bisogni assistenziali, della risposta giusta al momento giusto e nel luogo giusto; quindi è facile immaginare le difficoltà nel garantire risposte adeguate. Deve passare il concetto che la qualità dell'assistenza è il risultato dell'interazione tra elementi diversi come la formazione degli operatori, dell'organizzazione e delle loro relazioni funzionali, del loro essere e fare come gruppo.

Il concetto di clinical governance si può definire come il contesto in cui i servizi si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente favorevole all'espressione dell'eccellenza clinica. E' fondamentale una esplicita responsabilizzazione degli operatori che si esprime attraverso la disponibilità a monitorare le proprie prestazioni. E' altresì indispensabile un ottimo collante rappresentato dalle relazioni tra le persone attraverso uno stabile coordinamento e quella che si definisce resilienza ovvero la proprietà di mobilitare in maniera sinergica le risorse disponibili del gruppo.

La data ufficiale, " Novembre 2004 inaugurazione del centro medico di Brendola", segna il punto di arrivo e partenza di una esperienza nata nel lontano 1995. Dopo la nascita del SSN che aveva rivoluzionato il sistema sanitario e un discreto numero di anni in cui i medici del paese avevano lavorato in maniera autonoma, competitiva, senza legami di alcun genere iniziano a farsi vivi la volontà ed il desiderio di instaurare rapporti di buon vicinato tra i quattro medici che operano in paese. Brendola, comune di circa 6000 abitanti, si estende su una superficie di 25 Km con abitazioni sparse in collina e con due grossi agglomerati in località Vò e Brendola centro, dove insistevano i quattro ambulatori a distanze modeste e con caratteristiche simili. E' qualcosa che nasce dalla lettura dei tempi e dall'osservazione del servizio medico che mostra i primi segni di inadeguatezza, che mette in evidenza il profondo cambiamento dovuto alla cancellazione della figura del medico condotto, dall'impostazione ospedalocentrica della sanità, dall'aumento vertiginoso della tecnologia sanitaria, dai mutati bisogni della popolazione, dalla distanza tra erogatori dei servizi ed utenti, dall'aumento continuo del carico burocratico, dall'incremento della specializzazione. La percezione, la sensazione del nuovo che non c'è, l'attenzione al paziente richiedevano cambiamenti. Ma non è sempre facile tradurre le anticipazioni in eventi concreti e precisi. I primi approcci tra colleghi sono avvenuti in occasione di ferie ed assenze con sostituzioni reciproche e nel periodo di tempo in cui si è condiviso insieme un ambulatorio di proprietà comunale dislocato a Vò. Altro piccolo passo verso la collaborazione è stata la decisione di turnarci il sabato chiudendo gli ambulatori ed assicurando le urgenze. Occasioni di incontro e scambio che hanno portato alla conoscenza ed al rispetto reciproco, che hanno portato a qualche uscita serale, che hanno portato all'associazionismo. Non è facile abbandonare le proprie abitudini, il metodo di lavoro individuale, la libertà di agire senza interferenze, ma le esperienze comuni aiutano a dare valore diverso alle cose e quanto potrebbe sembrare una perdita si trasforma in un vantaggio per tutti. Ecco dietro all'angolo il passaggio alla medicina di gruppo nel 2001 con la presa in affitto di una sede unica e la relativa organizzazione lavorativa. La nostra è stata una vera medicina di gruppo con stesura di statuto e regolamento interno, con riunioni di gruppo, con decisioni condivise, con impegni comuni. Onestamente per difficoltà oggettive nel reperire locali adeguati ci siamo adattati a lavorare in un ambiente piccolo e non predisposto alle esigenze di servire l'intero paese. E' in questo momento che iniziano le trattative con l'ente comunale che percepisce l'occasione di creare un centro sociosanitario e l'opportunità di offrire nuovi servizi alla popolazione. Fondamentale è stato anche l'incontro con la direttrice Carraro avv. Daniela, nominata da poco alla direzione dell'Ulss n°5. Noi medici in contemporanea abbiamo intuito che senza un adeguato strumento giuridico non saremo mai riusciti a trattare e operare concretamente, aprire spazi operativi muniti di servizi e personale infermieristico e di segreteria. Dovevamo crescere ancora dando origine ad una società vera e propria; in considerazione del campo di azione del nostro lavoro abbiamo ritenuto la forma cooperativista quella più rispondente alle esigenze. E' nata la Cooperativa 81 Assistenza che come primo impegno ha preso in affitto dal Comune una sede, assunto un'infermiera professionale, un collaboratore di studio. Questo è un breve riassunto per risparmiare pagine e pagine di appuntamenti incontri, discussioni e trattative senza fine con l'amministrazione, con l'Ulss e tra colleghi. I verbali delle sedute sono conservati a testimonianza del tempo dedicato al progetto.

L' UTAP DI BRENDOLA HA SCELTO

un adattamento creativo al cambiamento

**per una integrazione
sociosanitaria**

L'accreditamento di eccellenza, insieme alla ricerca e alla formazione, rappresenta uno dei punti cardine su cui si fonderà il futuro immediato della medicina generale. Nell'ambito di una società che va alla ricerca di realtà sempre più qualificate il medico non può rimanere al palo. L'accreditamento diventerà in questo modo una tutela, una certificazione di qualità, innanzitutto per chi esercita la professione, ma anche per il cittadino che sa di rivolgersi ad un professionista sicuramente aggiornato. Lo scenario che si apre davanti al medico del terzo millennio è dunque completamente nuovo: un restyling non privo di incognite ma sicuramente affascinante e a cui, soprattutto, non si può prescindere. Bisogna spiegare ai medici l'importanza di questo passo e, come avviene negli Stati Uniti con l'American Medical Association Physician Accreditation Program, predisporre un sistema per arrivare ad accreditare i medici. Un sistema che si fondi su standard di giudizio condivisi dall'intera categoria: un grosso errore sarebbe infatti calarli dall'alto e pretendere che questi siano ben accetti da ciascun socio. **Noi dal canto nostro pensiamo che la certificazione di qualità passa attraverso l'analisi di 4 parametri:**

1. la Formazione continua;

Per la formazione continua individuale si dovranno prevedere dei programmi di formazione che considerino percorsi differenti. Il sistema usato all'Estero (Europa, USA, Canada) ed adottato anche da noi è quello dei punteggi o crediti, che un operatore deve acquisire in un certo periodo di tempo. Le possibilità di ottenere questi crediti sono diverse e vanno dai programmi di autoformazione alla partecipazione a Congressi, Seminari e Corsi con standard prestabiliti. *E' nostra intenzione istituire un registro comune per la registrazione di ogni iniziativa formativa.*

2. le Referenze professionali, che comprendono i titoli di studio e il curriculum professionale;

L'idea è quella di stendere una traccia di un curriculum del medico di medicina generale, e degli operatori, una sorta di "biglietto di ingresso. Il curriculum deve contenere un "concise report o curriculum breve" che riguardi, oltre ai dati anagrafici, i titoli di studio, l'esperienza professionale, gli incarichi istituzionali, l'attività scientifica e le posizioni professionali. Ecco di seguito un tentativo di stesura



Giuseppe Visonà, nato a Montecchio Maggiore il 16/07/51, laureato a Padova in medicina e chirurgia, è dal 1977 medico di famiglia. Impegnato nella vita di comunità da sempre è stato fondatore della Associazione Genitori, della Polisportiva, dell'Associazione Laboratorio Brendola, della Fondazione "P.Massignan Dopo di Noi", della Cooperativa Centro Studi Berici, membro del CdA della Cooperativa Sociale '81 e del CdA della Cassa Rurale. Ha pubblicato numerosi libri. E' animatore di formazione e referente della Cooperativa Sociale 81 Assistenza.



Giovanna Stefani nata a Noventa Vicentina il 12/09/1954 ha conseguito la maturità classica a Vicenza e la laurea in medicina e chirurgia presso l'Università di Padova nel 1979. E' titolare di un master in Patologia cardiovascolare svolto nel 1993 e di pubblicazioni scientifiche su riviste italiane ed internazionali. E' stata docente per un anno presso l'Università di Pavia in un master applicato alla comunicazione sociale. Ha una buona conoscenza delle lingue ed è stata consigliere comunale di Brendola. E' membro permanente ed amministratore di Tncr Ad Personam Services Srl.

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA



Giorgio Castegnaro nato a Wonthaggi (Australia) il 20/11/ 54, laureato in medicina e chirurgia a Padova è dal 1983 medico di famiglia. Ha ricoperto il ruolo di assessore e poi di consigliere comunale per due mandati. Attualmente è membro del CdA della Cassa Rurale . Ha inoltre lavorato dal 1989 come medico responsabile presso la casa di riposo S.Bertilla. Appassionato di informatica, partecipa a tante iniziative locali è vicepresidente della Cooperativa Sociale 81 Assistenza.



Vittorio Fantuz, nato ad Arzignano il 08/10/1960, laureato a Padova in medicina e chirurgia è dal 1992 medico di famiglia. Inoltre dal 1999 è responsabile medico della R.S.A. di Montecchio Maggiore e dal 2005 della Comunità Terapeutica Residenziale Protetta il “Girasole” di Montecchio Maggiore.



Cristina Pretto, nata a Montecchio Maggiore il 07/11/1973 ha frequentato l’Istituto “Fusinieri” e successivamente ha conseguito il diploma di infermiera professionale. Fin da subito ha cominciato a lavorare presso una cooperativa di servizi sanitari. In seguito ha lavorato per un lungo periodo presso la casa di riposo “S.Bertilla”. Nel novembre del 2004 su richiesta dei medici di Brendola ha accettato di svolgere l’attività di infermiera ambulatoriale presso il Centrosociosanitario, dove segue in particolare il punto prelievi. Dedicava parte del tempo libero ad attività di volontariato nella comunità brendolana.



Lorenzo Palmiero, nato a Vicenza il 15/06/1985 diplomato all’Istituto Tecnico per Geometri di Vicenza, ha svolto lavori occasionali prima di essere assunto presso il centro sociosanitario come collaboratore di studio, responsabile della segreteria e del Centro unico di prenotazioni (CUP).



Anna Biolcati, laureata in Scienze del Servizio Sociale presso l’Università degli studi di Verona è dipendente della Cooperativa Sociale 81 Assistenza dall’ agosto 2009



Giovanni Caldonazzo, nato a Montecchio Maggiore il 09/08/1961 conseguito il diploma nel 1993 ha lavorato nel reparto di ortopedia e in seguito nel reparto di Rianimazione ed Anestesia dell'ospedale di Montecchio Maggiore. Ha conseguito un Master in Rianimazione presso l'O.C. di Borgo Trento e dal 2002 è istruttore di rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione precoce. Ha lavorato come infermiere strumentista presso O.C. di Arzignano. E' inoltre istruttore d'alpinismo e di pronto soccorso in montagna presso il Club Alpino Italiano.



Gallo dr. Roberto, nato a Treviso il 19/02/60 laureato in medicina e chirurgia e specializzato in Pediatria presso l'Università di Padova. Ha svolto servizio in qualità di aiuto presso la pediatria O.C. di Chioggia, dedicandosi anche all'ambulatorio di allergologia e trattamento dell'obesità. Ha collaborato a pubblicazioni scientifiche. Dal 1998 svolge l'attività di pediatra e dal 2004 opera all'interno del centro sociosanitario collaborando con i colleghi della medicina di base.

3. la Struttura operativa, che va ad analizzare il luogo di lavoro con i cosiddetti standard gestionali ed operativi

L'analisi della struttura operativa è un grosso "nodo" da sciogliere in quanto gli indicatori per misurare il livello qualitativo non sono di facile intuizione. A mio parere possono essere degli indicatori strutturali che comunque devono essere sottoposti a critica e verifica, come il numero degli assistiti in carico, delle ore di apertura dello studio, degli anni di convenzionamento, la presenza di personale dipendente, l'informatizzazione dell'archivio dei dati, l'attività di ricerca che si svolge all'interno dello studio, *la carta dei servizi*. A questi potrebbero essere affiancati indicatori quali: l'accesso all'ambulatorio (libero, per appuntamento e misto); il tempo di attesa medio per ogni tipo di accesso (libero o per appuntamento); il tempo (giorni/ore) che intercorre tra la richiesta e la prestazione; il rapporto annuale tra il numero di pazienti in carico da più di 5 anni e il numero totale di assistiti; il rapporto annuale del numero di assistiti che hanno revocato in maniera non giustificata (non per cambio di residenza, matrimonio, iscrizione a termine, estero, morte) e il numero totale di assistiti in carico.

La medicina generale presenta caratteristiche molto particolari: ogni paziente è "diverso" dall'altro e anche i medici hanno atteggiamenti diversificati e discrezionali di fronte allo stesso problema. Attualmente abbiamo due grossi problemi: il primo è quello di accreditare le strutture e quindi di doverne anche certificare l'adeguatezza, l'altro quello di definire le procedure operative standard,

considerando anche l'ubicazione della struttura stessa (es.: città, campagna, distanza da un pronto soccorso, ecc.). Le interrelazioni che avvengono per un processo clinico sono numerose e coinvolgono diverse strutture che alla fine condizionano la qualità del servizio della medicina generale. Nell'ambito della certificazione di qualità (ad esempio ISO 9000) l'individuazione del cliente (utente/paziente) e del fornitore medico di medicina generale e struttura sanitaria è condizione fondamentale per iniziare il percorso di analisi. Nella medicina generale, oltre a questo rapporto diretto, esiste una grossa variabile che condiziona l'esito e che non dipende direttamente dal medico generale (fornitore): il tempo con cui alcuni servizi vengono erogati da strutture sanitarie presenti sul territorio che si interpongono come ulteriore fornitore tra il medico e il paziente. Una possibile soluzione potrebbe essere che il medico di medicina generale diventasse lui stesso un "cliente", quindi avesse la facoltà di scegliere i servizi in funzione della qualità. Non dico che la qualità migliorerebbe ma, senza dubbio, questo problema del tempo potrebbe essere riportato a parametri più accettabili.

Nell'ambito dell'analisi della struttura operativa rientra anche *la carta dei servizi*, lo strumento attraverso il quale si intende incidere sui rapporti fra i cittadini e chi eroga i servizi. Questa carta è a tutela dei diritti degli utenti che possono così attuare un controllo sulla qualità del servizio erogato. Per la medicina generale non c'è ancora molto, ma i principi fondamentali stabiliti dal decreto legge 502/92 e successivi che riguardano l'eguaglianza, l'imparzialità, la continuità, il diritto di scelta, la partecipazione, l'efficienza, e l'efficacia riteniamo siano applicati.

4. le Performances cliniche, che prevedono il raggiungimento di determinati obiettivi: i risultati della cura dei pazienti compresa la loro soddisfazione

Per l'accreditamento del medico generale si devono pensare criteri che valutino ciò che al momento è accreditabile. È possibile quindi accreditare le performances professionali attraverso l'analisi delle procedure e degli esiti (outcome, soddisfazione) e la formazione continua del medico stesso. Per il primo punto, è ormai necessario avere delle procedure di archiviazione dei dati standardizzate possibilmente su supporto informatico unico, tanto che possa essere prevista la costituzione di una banca dati nazionale. Gli indicatori di corretta performances dovranno poi riguardare criteri di operatività che verranno stabiliti dalle varie aree tematiche individuate e da outcomes valutati sul campo. Alcuni esempi di indicatori di processo che dovranno essere sottoposti a critica, riguardano il numero di richieste di emoglobina glicosilata nei diabetici, il numero di ecg richiesti negli ipertesi in relazione al loro grado di ipertensione, il numero di pazienti che sviluppano complicanze farmacologiche (evitabili) di qualsiasi tipo rispetto al numero totale dei pazienti sottoposti a terapia; il numero di pazienti che si rivolgono in studio per lo stesso problema entro 7 giorni, tranne i controlli, rispetto al numero totale degli accessi; il numero di pazienti che abbandona lo studio prima della consultazione; il numero dei reclami rispetto a quello degli accessi; il numero di elogi rispetto al numero degli accessi e quant'altro possa essere utile per valutare la capacità operativa del medico e la soddisfazione del paziente nei confronti del medico stesso. È essenziale comprendere che il salto qualitativo della professione del medico di medicina generale deve essere fatto per far sì che la figura del medico di famiglia riacquisti un ruolo importante ed autorevole nel Servizio Sanitario Nazionale.

BRENDOLA

Il presupposto fondamentale per raggiungere l'obiettivo da parte dei medici e degli amministratori e' quello di poter effettivamente misurare gli interventi attuati attraverso la realizzazione di un MODELLO per l'eccellenza.

ABBIAMO COSTRUITO UN MODELLO AUTOREFERENZIALE MESCOLANDO INSIEME ALCUNI CONCETTI DEL

1. Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ)
2. Il modello E (European) F (Foundation) Q (Qualità) M (Management)

Il modello : Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ)

MCQ sostituisce i precedenti “Assicurazione della Qualità (QA)” e “Verifica e revisione della Qualità (VRQ)”. Una delle più importanti iniziative intraprese nell'area della pratica clinica, negli ultimi anni, è stata senz'altro l'introduzione del “clinical audit” inteso come un metodo sistematico di miglioramento della qualità delle cure fornite al paziente. Vengono ora analizzati alcuni concetti fondamentali della teoria delle attività di valutazione e miglioramento di qualità, che qui viene definita col termine Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ), in modo da renderla relativamente autosufficiente.

1. Dimensioni della qualità

È utile concettualmente distinguere le cosiddette tre dimensioni principali della qualità:

- qualità *professionale, gestionale* (o manageriale) e *percepita* dagli utenti (o relazionale) anche se nella realtà spesso si sovrappongono. Attualmente la maggiore attenzione va ancora alla valutazione e al miglioramento di:
 - qualità gestionale rivolta essenzialmente all'efficienza (contenimento dei costi e aumento della produttività, intesa come rapporto tra volume di prestazioni e costi) e all'integrazione tra i processi aziendali;
 - qualità percepita relativa alle comunicazioni con gli utenti e alla agevolazione dei loro rapporti con i servizi sanitari (aumento della soddisfazione degli utenti, riduzione delle attese).

2. Assi della qualità

Si riporta una sintesi aggiornata e maggiormente articolata della classificazione di Donabedian (1990) in struttura, processo ed esito:

□ **Struttura**

Risorse disponibili: personale, attrezzature, edifici, finanziamenti. Strategie di governo o *system design*: esistenza di un programma di redazione e aggiornamento di linee guida, presenza di un sistema premiante e di un sistema informativo orientato alla qualità, attenzione all'equità e alla continuità delle prestazioni, ecc.

□ **Processo**

Anche se ci sono spesso sovrapposizioni, è utile la distinzione, implicita in Donabedian, tra processo organizzativo e processo professionale; con quest'ultimo si intende quello più legato alla correttezza degli atti sanitari:

a) *Processo organizzativo*

– Volume di prestazioni (o prodotto): ricoveri, giornate di degenza, visite ambulatoriali, ponderati o meno per complessità e uso delle risorse (es. per punti DRG (*Diagnosis Related Groups*)). Il rapporto tra attività effettuate e risorse impiegate corrisponde alla cosiddetta efficienza operativa o produttiva.

– Tempi di attesa per le prestazioni.

– Coordinamento e integrazione delle prestazioni.

– Continuità dell'assistenza.

– Appropriately generica

È relativa al livello di effettuazione delle prestazioni (ricovero, *day-hospital*, ambulatorio, domicilio) e all'uso delle risorse (es. appropriatezza delle giornate di degenza, appropriate, in questo senso, quando vengono effettuate prestazioni per le quali la degenza è indispensabile).

– Attività di supporto:

- Effettuazione delle attività formative: quantità e qualità.

- Effettuazione di attività rivolte alla valutazione e al miglioramento di qualità: partecipazione a comitati e gruppi di lavoro, effettuazione di progetti di MCQ (sinonimo: *audit*), rilevazione di indicatori a fini di valutazione e miglioramento.

- Qualità delle attività manageriali effettivamente svolte (es. modalità praticate per applicare il sistema premiante o per coinvolgere il personale).

b) *Processo professionale*

– Appropriately specifica delle decisioni di intervento. È la categoria più importante e va intesa come uso di prestazioni efficaci (idealmente, quelle con il rapporto efficacia/costo più favorevole) per le persone o nelle situazioni e nei tempi per cui sono indicate, alla luce delle evidenze della letteratura internazionale e/o, in subordine, del consenso professionale (es. effettuazione dell'esame del *fundus* in diabetici, somministrazione di terapia trombolitica tempestiva dopo infarto miocardico). Si noti che qualunque discorso di efficienza o di appropriatezza generica dovrebbe venire dopo aver considerato l'appropriately specifica: poche cose sembrano più insensate che fare con efficienza cose inutili o anche dannose.

– Correttezza di esecuzione (es. interventi chirurgici, psicoterapie, esami diagnostici).

– Tempestività e precocità delle prestazioni tali da ottimizzarne l'efficacia.

– Comportamenti dei professionisti sanitari attenti e rispettosi verso gli utenti e i familiari (es. dare informazioni, ottenere il consenso informato, coinvolgere nelle scelte, promuovere l'auto-aiuto).

□ **Esito**

– *Esiti finali* di salute, intesi come riduzione del malessere, della sofferenza, della disabilità funzionale (es. adeguato controllo del dolore, come punteggio di 3 o meno su una scala soggettiva del dolore da 1 a 10), come prolungamento della durata di vita e, per gli interventi preventivi, come diminuzione dell'incidenza delle malattie; o come complicazioni ed effetti collaterali delle terapie.

– *Esiti intermedi*, rappresentati da modificazioni biologiche (es. riduzione dell'ipertensione arteriosa o da mantenimento di livelli stabilizzati di glicemia) o da modificazioni comportamentali (es. riduzione delle abitudini di fumo, riduzione del consumo di alcol, aumento dell'esercizio fisico, aumento delle capacità di autogestione di una malattia) o da modificazioni ambientali, ad esempio riduzione dell'inquinamento atmosferico. Sono da considerare esiti intermedi solo se sicuramente o molto probabilmente associati cogli esiti finali.

– *Soddisfazione* degli utenti, dei familiari, della popolazione generale nei confronti della qualità complessiva e di vari aspetti dell'assistenza: accessibilità, informazioni ricevute, competenza e cortesia dei professionisti, possibilità di coinvolgimento nelle scelte, aspetti alberghieri, esiti di salute raggiunti.

Si possono considerare anche altri assi di classificazione, trasversali rispetto ai precedenti, in quanto possono dipendere da elementi sia di struttura, sia di processo, sia di esito, i seguenti *assi trasversali*:

- Accessibilità: orari di apertura, tempi di attesa, ma anche stadio di presentazione delle diverse patologie e tassi di ricorso a servizi fuori zona.
- Equità: variabilità nella domanda, nell'accesso e nella qualità dei servizi tra i diversi ceti sociali; variabilità della incidenza delle malattie, per i servizi preventivi.
- Sicurezza o riduzione dei rischi per gli utenti.
- Sicurezza o riduzione dei rischi per il personale.

Progetti di valutazione e miglioramento

Si ricorda che una iniziativa di valutazione e miglioramento, detta anche progetto di Miglioramento Continuo di Qualità o anche *audit* può essere articolata in vari modi. Comunque si parte sempre dalla definizione di un problema e si arriva all'accertamento dei miglioramenti (eventuali) ottenuti.

Nel modo più analitico si distinguono le seguenti fasi:

1. identificazione dei possibili problemi da affrontare;
2. scelta del problema prioritario;
3. definizione dei criteri, ossia dei temi (degli aspetti, degli elementi) da valutare;
4. definizione per ciascuno di essi di almeno una coppia indicatore-soglia corrispondente a buona qualità (cioè alla situazione che si vorrebbe presente o che si vorrebbe raggiungere in futuro);
5. progettazione dello studio per l'accertamento dell'entità del problema e per l'individuazione delle possibili cause;
6. effettuazione dello studio e sua successiva analisi;
7. progettazione dell'intervento migliorativo (specificare chi fa che cosa quando e chi ricorda a chi si è preso un impegno di fare quello che si è impegnato a fare);
8. effettuazione dell'intervento migliorativo su piccola scala;
9. valutazione dell'impatto a breve termine, cioè alla fine dell'intervento;
10. estensione dell'intervento, se i risultati sono stati favorevoli;
11. valutazione dell'impatto a medio-lungo termine (6 mesi - 1 anno dopo la fine dell'intervento; si è infatti constatato che i miglioramenti ottenuti possono non mantenersi nel tempo).
12. comunicazione pubblica dei risultati.

I ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) di Deming è analogo, solo che è meno articolato; le prime 7 fasi rientrano tutte in P (*Plan*).

Gli indicatori sono fondamentali in tre delle fasi precedenti:

- fase 4, loro definizione;
- fase 6, dove se ne rileva il valore iniziale;
- fase 9, dove se ne rileva il valore dopo l'intervento migliorativo.

Alcuni indicatori, probabilmente la maggior parte, dovranno essere rilevati *ad hoc*, mediante compilazione di moduli od osservazioni apposite o apposita estrazione di dati da documenti, in particolare dalla cartella clinica, altri potranno derivare dal sistema informativo. Quali e quanti saranno ricavabili dal sistema informativo, dipenderà ovviamente, oltre che dal problema in esame, anche dallo sviluppo del sistema informativo e dalla qualità dei dati da esso rilevati.

3. Definizione di dato, informazione e indicatore

Un istruttivo e diffuso aforisma è il seguente: “Un dato diventa un’informazione quando è capace di modificare la probabilità delle decisioni”, cioè quando fa cambiare o almeno sarebbe in grado di far cambiare le decisioni. Gli autori che si sono occupati di come mantenere e migliorare i risultati hanno quasi tutti sottolineato che uno strumento essenziale è rappresentato dalla disponibilità di “misurazioni”, capaci di monitorare l’attività in corso e di orientare i cambiamenti. Basti citare Berwick (1989): “Misurare senza cambiare è uno spreco. Cambiare senza misurare è scervellato”. Sempre secondo lo stesso Berwick (1996) misurare è indispensabile perché nell’atto di definire le misure si chiariscono gli obiettivi e perché le misure sono indispensabili per decidere se continuare a fare quello che si fa o se cambiare. Sono anche indispensabili per valutare una innovazione.

Ogni qual volta si voglia fare un progetto di monitoraggio o di miglioramento della qualità occorre porsi l’esigenza di individuare uno o più indicatori e di definire i relativi standard o soglie. Solo così si potrà sapere davvero se le cose vanno bene o male, qual è l’entità dell’eventuale problema o criticità e se gli interventi attuati sono stati capaci di risolverlo o quanto meno di ridurre la frequenza e/o la gravità. *Resta però da chiarire che cosa sia un indicatore e da trattare meglio il tema delle soglie.*

4. Concetto di misura e suoi attributi

Misurare non significa necessariamente, come invece si crede, quantificare, attribuire un numero. Significa essenzialmente descrivere un fenomeno consapevole del problema della riproducibilità e dell’accuratezza della descrizione. Nei libri e manuali che trattano di qualità, questi due concetti fondamentali nella metodologia di qualunque studio, ricerca o indagine che aspiri ad un minimo di scientificità, non vengono mai trattati o vengono solo accennati, eppure sono molto utili, se non indispensabili.

Riproducibilità

viene metodologicamente prima dell’accuratezza, anche se quest’ultima è concettualmente più importante. Non ha senso, infatti, chiedersi se una variabile è rilevata in modo accurato se prima non ci si è chiesti se è rilevabile in modo riproducibile. Porsi il problema della riproducibilità di una osservazione è secondo noi il primo segno di una mentalità scientifica. Una variabile è riproducibile se osservatori diversi (riproducibilità tra osservatori) e/o lo stesso osservatore in tempi diversi (riproducibilità entro osservatori) le attribuiscono lo stesso valore o valori simili di fronte allo stesso fenomeno. Così ad esempio un obiettivo sarà espresso in modo riproducibile se professionisti diversi – o anche professionisti che avevano opinioni molto diverse sul fatto che potesse o meno essere raggiunto o che fosse un obiettivo valido – saranno d’accordo sul fatto che sia stato raggiunto o meno. Si può essere d’accordo sul valore di una variabile *quantitativa* (come la pressione arteriosa), *ordinale* (come il punteggio da attribuire al comfort ambientale sulla base di una griglia di osservazione), *qualitativa* (come il gruppo sanguigno o la diagnosi; una “diagnosi” può riguardare non solo il tipo di malattia, ma anche al fatto che si sia verificato o no un effetto collaterale o una complicazione). Se misurare, quindi, significa rilevare in modo riproducibile, si misura anche quando si dice ad esempio “Questo paziente ha un diabete giovanile” o “In questo vetrino sono presenti segni di displasia grave”, solamente se si è d’accordo su “cosa” è un diabete giovanile o una displasia grave e se, di fronte agli stessi pazienti, si fanno le stesse diagnosi (i pazienti che hanno il diabete giovanile per l’uno lo hanno anche per gli altri; e lo stesso si verifica per quelli che non l’hanno; i patologi giudicano allo stesso modo presente o assente la displasia grave).

Accuratezza

Per accuratezza si intende invece la corrispondenza tra valore osservato e valore “vero”. Per valutare l’accuratezza occorre quindi conoscere il valore vero, il che non sempre è possibile e raramente è facile. Non si possono qui trattare in dettaglio le varie strategie di valutazione dell’accuratezza. Basti dire che si possono valutare:

– *credibilità o validità apparente* (face validity) ossia l'impressione degli esperti o degli utilizzatori che l'indicatore fornisca dati rilevanti, capaci di descrivere il fenomeno in questione;

– *validità concomitante*

(detta anche, con orribili inglesismi, “concorrente” o “di criterio”) per studiarla, si confronta il dato ottenuto con quello ottenibile con altre misurazioni più complesse che si considerano sufficientemente accurate; ad esempio si confrontano gli indicatori derivati dalle risposte ad un questionario autocompilato con quelli derivati da interviste approfondite o si confrontano gli indicatori derivati dalle risposte a un questionario sull'uso dei servizi con quelli costruiti con i dati forniti dal sistema informativo dell'organizzazione;

La riproducibilità e l'accuratezza vengono definite anche caratteristiche metodologiche o intrinseche o statistiche di un indicatore. A queste vanno aggiunte le caratteristiche applicative, dette anche estrinseche, che per chiarezza vengono divise qui in “legate alla potenziale utilità” e “legate alla rilevazione”. Si ribadisce che un indicatore prodotto dal sistema informativo o rilevato nell'ambito di una iniziativa di valutazione e miglioramento dovrebbe essere capace di dare luogo a decisioni diverse se assume valori diversi e che è difficile concepire qualcosa di più inutile di un indicatore che non porti a nessun cambiamento, qualunque sia il suo valore. Le caratteristiche (dette anche *attributi*) metodologiche e applicative di un buon indicatore sono riassunte nel seguente riquadro.

Le stesse caratteristiche possono a scopo mnemonico essere riportate sotto forma di acronimo MISURA DOC,.

m isurabile *rilevabile in modo riproducibile e accurato*

i mportante *rilevabile in modo riproducibile e accurato*

s emplice e chiaro

u tilizzabile *pertinente ad un problema frequente o con forti conseguenze sui pazienti o sui costi*

r isolvibile *relativo ad un problema per cui si può fare qualcosa con le risorse disponibili*

a cceettabile *da chi deve rilevarlo e applicarlo*

d iscriminante *capace di distinguere tra realtà diverse e mettere in luce i cambiamenti nel tempo*

o ttenibile *rilevabile con costi e tempi accettabili*

c ompleto *rilevabile e rilevato in tutti gli eventi /tutti i soggetti in cui lo si deve rilevare*

È relativamente facile suggerire indicatori, difficile formularli in modo da rispettare le esigenze accennate sopra (possibilità di rilevazione completa, riproducibilità, accuratezza, utilizzabilità). È stato anche proposto che chiunque suggerisca un indicatore debba farsi carico della sua definizione operativa e anche di uno studio pilota per accertarne le difficoltà di rilevazione, quanto meno la riproducibilità e la reali possibilità di utilizzo.

Per aumentare la probabilità che un indicatore diventi un'informazione utile, cioè la probabilità che possa modificare le decisioni, è opportuno che sia accompagnato da una soglia o livello soglia o valore soglia o standard (termini che possono essere considerati sinonimi), ossia un valore di riferimento tale che, se il valore osservato nella realtà è più alto (o più basso), ci si impegna a far qualcosa, se non altro ad accertare se si tratti di un fenomeno reale o se il risultato osservato sia invece dovuto al caso o ad errori di rilevazione.

Secondo Nelson *et al.* (1998) perché gli indicatori siano utili per gestire meglio i pazienti, valutare i cambiamenti dell'attività professionale nel tempo e contribuire al suo miglioramento e alla sua innovazione, occorre:

– cercare l'utilità e non la perfezione nelle misure;

– usare un insieme equilibrato di indicatori di processo, di esito e di costo;

– cercare di sfruttare il desiderio della maggior parte dei professionisti di migliorare le prestazioni e la loro curiosità sugli esiti; si è visto che i professionisti spesso accettano di rilevare e utilizzare indicatori di qualità professionale se ne riconoscono la validità scientifica;

- cominciare da dati semplici e facili da rilevare (pensare in grande, ma cominciare in piccolo);
- rilevare dapprima i dati non su tutti i soggetti o le situazioni, ma su campioni anche piccoli, purché rappresentativi;
- ottenere i dati come sottoprodotto del lavoro quotidiano;
- definire in modo operativo numeratori e denominatori degli indicatori;
- rappresentare graficamente i risultati (es. in carte di controllo,);
- collegare la rilevazione dei dati con progetti di miglioramento;
- formare un piccolo gruppo di professionisti che faccia da sostegno e da traino (un piccolo gruppo di persone impegnate può cambiare il mondo).

✚ Il modello : E (European) F (Foundation) Q (Qualità) M (Management)

è una struttura non prescrittiva, che riconosce la pluralità di approcci adottabili per raggiungere l'eccellenza duratura in tutti gli aspetti della performance. Tale modello è nato in Giappone per l'attività industriale, ma è adattabile alla nostra realtà. E' una struttura flessibile, uno strumento di valutazione comprensivo e pratico e l'auto valutazione assicura piani di azione per i servizi. E' apprezzabile l'approccio olistico e la possibilità di assorbire altre iniziative in tema di qualità.

I concetti fondamentali sono:

- Orientamento ai risultati
- Attenzione al cliente
- Leadership e coerenza negli obiettivi
- Gestione in termini di processi e fatti
- Coinvolgimento e sviluppo delle persone
- Apprendimento, innovazione e miglioramento continuo

Cuore di questo modello è il processo logico chiamato RADAR

Gli indicatori sono anche essenziali nel modello di accreditamento attualmente più avanzato, quello della *European Foundation for Quality Management* (EFQM) (Jackson, 2003), che è particolarmente attento ai risultati, che così specifica le aree e i tipi di indicatori:

- soddisfazione dei clienti e delle altre parti interessate (stakeholder): indicatori derivati da risposte a inchieste sull'opinione dei vari clienti, dalle lodi e dai reclami ricevuti, da dati relativi alla "fidelizzazione" dei clienti;
- soddisfazione del personale: indicatori derivati dalle risposte ad inchieste sull'opinione del personale (relativamente a condizioni di lavoro, retribuzione, relazioni coi capi e coi colleghi, comunicazioni interne, *empowerment*, possibilità di imparare e di crescere professionalmente, possibilità di carriera, equità della valutazione delle prestazioni, riconoscimento dei risultati ottenuti e degli sforzi fatti); da dati sulla partecipazione a gruppi di miglioramento; dai dati sull'andamento del turn over e dell'assenteismo; dai dati sugli infortuni sul lavoro, sui reclami, sugli scioperi;
- risultati per la società: indicatori derivati dalle risposte a inchieste e a interviste, da apprezzamenti e premi, da articoli di giornale;
- risultati "chiave" o principali dell'azienda. L'EFQM attribuisce il 50% del punteggio di questa area ad indicatori relativi agli "esiti", intesi qui come i risultati più importanti per la sopravvivenza dell'azienda dal punto di vista finanziario (profitti, prezzo delle azioni, rispetto dei vincoli di bilancio) e da altri punti di vista essenziali (quota di mercato – nelle aziende sanitarie, rapporti tra attrazioni da altri bacini di utenza e fughe dal proprio; volume di vendite - nelle aziende sanitarie, volume di attività, misurato ad esempio come punti DRG). Il restante 50% del punteggio viene

attribuito ai risultati “relativi alle prestazioni”, tra cui miglioramenti e innovazioni introdotti, tempo di uscita sul mercato di nuovi prodotti, percentuale di prodotti difettosi e di guasti delle attrezzature, miglioramenti nei rapporti coi fornitori, accessibilità, completezza e accuratezza del sistema informativo. Non ci dovrebbe essere dubbio che un'organizzazione sanitaria che voglia seguire il modello EFQM debba rilevare e analizzare anche i risultati ottenuti relativamente all'appropriatezza professionale e agli esiti di salute (eventi avversi, mortalità, riduzione della disabilità e della sofferenza, miglioramento della qualità di vita degli utenti).

Va sottolineato che, perché un'azienda possa avere il massimo punteggio nel modello EFQM, gli indicatori di risultato devono essere rilevati per almeno tre anni, in modo da verificarne l'andamento nel tempo, e dovrebbe essere possibile il *benchmarking* (cioè il confronto) con i valori ottenuti dalle aziende migliori del campo o dalla media dei valori delle aziende del campo.

L' **autovalutazione** rappresenta la principale strategia per migliorare consentendo all'organizzazione di individuare i punti di forza e le aree suscettibili di miglioramento e, ripetendo il ciclo di analisi, continuare nel tempo l'opera di innovazione giungendo al controllo

- degli aspetti organizzativi (qualità programmata e qualità erogata)
- dei rapporti con l'utente (qualità prevista qualità percepita)
- della competizione (qualità paragonata).(benchmarking)

La valutazione viene fatta su

- Fattori produttivi(strategie, gestione risorse umane e materiali, controllo dei processi)
- risultati (soddisfazione personale e clienti, impatto sulla società, finanziari)

Il nostro sistema qualità' e sicurezza

1. PREMESSA

I medici di Brendola, lungo il percorso di collaborazione instauratosi da anni, sono giunti alla determinazione che il loro lavoro e la loro professionalità necessitavano di un momento di riflessione e valutazione globale. Si sono di conseguenza attrezzati ed hanno adottato un modello di valutazione pratico e facile, ripetibile e quantificabile, datato maggio 2005 dal titolo “Progetto qualità - Idee per il presente ed il futuro”. Era un tentativo, una sperimentazione che a distanza di tempo ha portato ad un approccio più preciso ed adeguato con la formalizzazione in queste pagine di un nuovo progetto. Nel tempo il concetto di qualità si è trasformato evolvendo da una visione riferita soltanto agli aspetti tecnico-scientifici o professionali ad un sistema più complesso comprendente anche i problemi del management e la capacità di interagire con il paziente in modo da raggiungere la soddisfazione dell'utenza.

La definizione più moderna di tale concetto è probabilmente quella di Richard Baker, direttore dell'unità di ricerca e di sviluppo del Clinical Governance dell'Università di Leicester. *“La qualità può essere definita come il giudizio su un elemento dell'assistenza sanitaria. Tale giudizio è determinato dalla misura in cui gli aspetti tecnici dell'assistenza sanitaria concordano con le migliori prove oggi disponibili, oppure, in mancanza di prove, con l'opinione più accreditata, è conforme alle preferenze dei pazienti ed è autorizzato dai codici che regolano la pratica clinica, esplicitamente espressi mediante regolamenti e legislazioni o impliciti nell'opinione pubblica”.*

Il sistema sanitario, come comparto produttivo, è fra i più rischiosi ed imprevedibili poiché si occupa di persone con diversi e complessi problemi di salute: il 30% delle attività sanitarie può andare incontro ad eventi avversi e meno del 10% è dovuto all'incompetenza dei singoli operatori, il rimanente è legato al sistema organizzativo.

Riteniamo inoltre che questa prima iniziativa sulla qualità debba ora essere integrata e completata attraverso l'introduzione di un nuovo concetto: la sicurezza. Pertanto andremo a sviluppare un'analisi che prenda in considerazione la valutazione anche del rischio e la gestione del rischio.

Perché accade in Italia che

- **14.000 (AROI) – 50.000 (ASSINFOM) decessi anno in Italia**
 - 320.000 eventi avversi /anno
 - 30% delle risorse delle strutture pubbl. e priv. per errori, incidenti, sprechi : 10 mld € anno (1% PIL);
- **Cause civili e penali in Italia**
 - 12.000 cause pendenti (CINEAS 2002)
 - 2,5 mld € richiesta risarcimento danni;
- **Assicurazioni**
 - 413 milioni € di risarcimenti.

L'errore è il motore della crescita della conoscenza.

**Segnalazioni riguardanti la Medicina Generale
Italia 2002-2004**

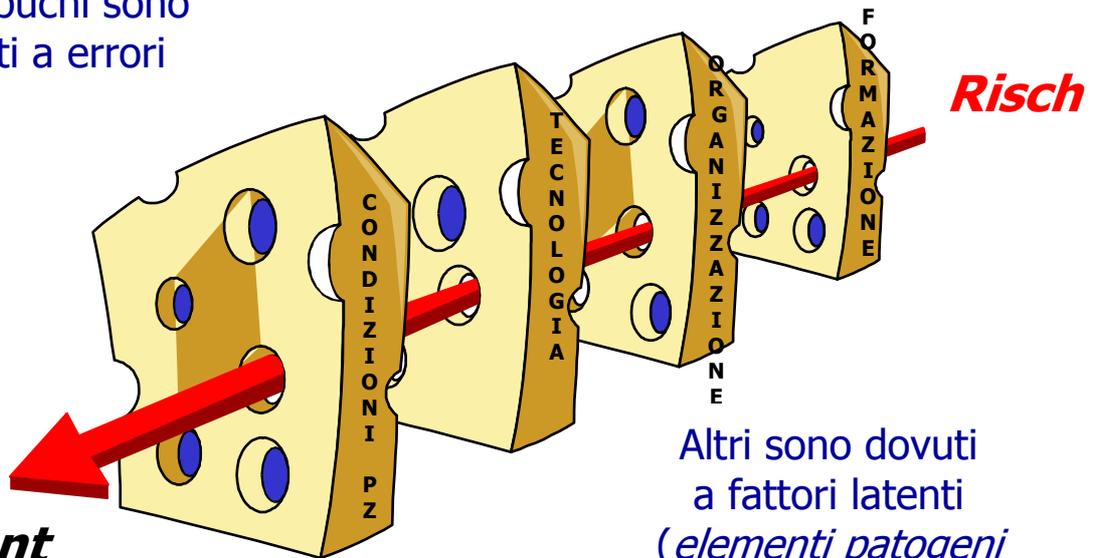
Oggetto	2004	2003	2002
Inadeguatezza degli orari di apertura degli studi	13.4	13.5	11.4
Inadeguatezza della visita ambulatoriale	38.1	38.3	40.5
Irreperibilità	6.7	6.9	6.1
Indisponibilità a domicilio	24.7	24.2	24.0
Richiesta di pagamento per visita a domicilio	3.8	3.9	4.0
Diagnosi tardiva	3.2	3.1	3.2
Diagnosi errata	1.1	1.3	1.2
Prescrizione di farmaci non corretta. Interferenza tra farmaci	1.5	1.5	1.6
Indisponibilità per programmi di ADI	4.3	4.0	4.5
Rilevazione di errori compiuti da specialisti o strutture ospedaliere	3.2	3.3	3.5

Perché l'errore è insito nella professione...

Il modello del: “formaggio svizzero”

Difese del sistema

Alcuni buchi sono
dovuti a errori



(Reason,

- *Quali interventi a scopo preventivo sono proponibili in MG per evitare il ripetersi di simili tipologie di errore? Quali sono i fattori che possono aver causato l'evento avverso?*

Strumenti di Prevenzione

Classificazione prevenzione	strumenti	di	% Staff	Segnalaz.	%	Segnalaz. Pazienti
Doppio controllo delle procedure		1			1	
Adesione ai protocolli		3			5	
Formazione e training dello staff		4				
Miglior comunicazione		5			0	
Maggior attenzione da parte dei medici		6			6	
Attenzione al dettaglio		7			3	
Prendere tempo e procedere con calma					4	
Miglior organizzazione		7				
Maggiore attenzione ammin. Staff		7			7	

Cause remote di errore in medicina

- Carico di lavoro eccessivo
- Supervisione inadeguata
- Struttura inadeguata o tecnologie inadeguate
- Comunicazione inadeguata tra operatori
- Competenza o esperienza inadeguate
- Ambiente di lavoro stressante
- Recente e rapido cambiamento nell'ambiente di lavoro
- Obiettivi in conflitto

Cause immediate di errore in medicina dovute all'operatore

- Omissione di un intervento necessario
- Errori per scarsa attenzione, negligenza
- Violazione di un procedimento diagnostico o terapeutico appropriato
- Inesperienza in una procedura diagnostica o terapeutica invasiva
- Difetto di conoscenza
- Insufficiente competenza clinica
- Insufficiente comprensione del quadro clinico
- Prescrizioni errate, illeggibili etc..

Una Buona Cartella....

- Deve aiutare il medico a ritrovare con rapidità i dati dei pazienti, specie quelli
 - Complessi, multiproblematici, in politerapia
 - Seguiti da anni
- Deve consentire la definizione efficace e rapida del “profilo” del paziente
- Deve aiutare il medico a seguire con precisione l'andamento dei singoli problemi, senza perdere di vista il paziente nella sua integrità e complessità
- Deve aiutare il medico a mantenere un corretto e preciso ragionamento clinico nell'approccio ai problemi degli assistiti
- Deve consentire attività di Audit, di ricerca, di didattica

La Cartella “per problemi” L.Weed 1969

- È organizzata “**per problemi**”;
- È adatta alla gestione
 - di **più problemi** nello stesso paziente
 - di processi assistenziali **protratti nel tempo**;
- Richiede un **brevissimo** tempo
 - per definire il “profilo” del paziente
 - per ricostruire il percorso assistenziale
- **Integra** gli elementi della Storia, dell'Esame obiettivo, dei Test di laboratorio e strumentali
- Consente di **definire il “razionale” delle decisioni** operative
- Consente attività di **Audit**, di **ricerca**, di **didattica**

Strumenti di prevenzione del rischio professionale

- Formazione/Audit
- Medici
- Personale
- Cartella clinica
- Regole e strumenti di:
 - Comunicazione esterna
 - Comunicazione interna

Il paziente “difficile”

- Il 14-21% dei pazienti non assumono la loro prescrizione
- Il 60 % dei pazienti non ricorda il nome dei farmaci che assume
- Il 30-50 % commette errori nell'assunzione dei farmaci
- Il 12-20 % assume farmaci di altre persone
- Il paziente non comprende la serietà delle sue condizioni
- Il paziente non comprende le istruzioni o la scrittura del medico
- Il paziente dimentica le istruzioni verbali
- Il paziente ha difficoltà ad assumere il farmaco
- Il paziente trova le regole di assunzione dei farmaci troppo complesse
- Il paziente non può comprare il farmaco
- Il paziente è arrabbiato o depresso per le sue croniche condizioni
- Il paziente può avere regole culturali o religiose che ostacolano l'assunzione di terapie
- Il paziente non ha mezzi di trasporto per andare ad acquistare il farmaco
- Il paziente o il medico sono distratti

strategia del MMG

- Determinare la comprensione che ha il paziente della propria condizione
- Educare il paziente e se possibile la sua famiglia
- Coinvolgere il paziente nella pianificazione del suo trattamento
- Stabilire con il paziente un obiettivo comune
- Fornire chiare istruzioni
- Assicurarsi che le istruzioni verbali siano accompagnate da istruzioni scritte
- Stabilire regole

“Mappa della realtà”

- I significati non condivisi delle parole dipendono dalla diversa “*mappa della realtà*” pertanto:
 - Trovare i termini giusti
 - Non esagerare con le spiegazioni
 - Non essere troppo scientifici
 - Non abusare del gergo medico
 - Riassumere le istruzioni
 - Utilizzare chiare istruzioni scritte
 - Evitare frasi generiche e impositive
- Fornire informazioni, comprensione e rassicurazione sono componenti intrinseche del ruolo del medico
- Una comunicazione efficace sembra avere un impatto positivo sull'adattamento psicologico alla malattia in pazienti affetti da cancro
- L'adesione al trattamento non è un fatto scontato
- Una corretta informazione contribuisce ad aumentare la compliance alle prescrizioni

- Il rischio strutturale:
 - a) Rischio elettrico: è legato all'uso di attrezzature e tecnologie a scopo diagnostico assistenziale con potenziale folgorazione od innesco di incendio
 - b) Videoterminali : il rischio è legato strettamente al concetto ergonomico in senso estensivo, postura e vista, in sintesi alla postazione di lavoro.
 - c) Incendio: È un problema per l'alto numero di persone che possono essere coinvolte. La protezione deve essere passiva (estintori, sistemi di allarme..) ed attiva con redazione di un piano di emergenza ed istruzione degli operatori

- Il rischio biologico:

il rischio potenziale di contrarre una malattia in conseguenza all'esposizione a microrganismi è una situazione che interessa in maniera globale e variabile tutti gli operatori sanitari, ma d'altro canto tale evenienza è comune anche nella vita di tutti i giorni. E' evidente che le misure di prevenzione e protezione devono essere attuate in modo rigoroso per la tutela dell'operatore e del paziente attraverso le procedure di lavoro corrette, la formazione, l'uso di dispositivi (guanti...), lavaggio delle mani, adeguata aerazione dei locali.

Il decreto legislativo 626/1994 ha introdotto all'art.4 l'obbligo di effettuare la valutazione del rischio e di attivare una organizzazione permanente per la riduzione e la gestione degli stessi. Tale obbligo coinvolge il datore di lavoro, i dirigenti, i preposti e gli operatori per quanto di loro competenza. E' lasciata libertà di scegliere i criteri da adottare purchè preventivamente dichiarati e strutturati. Pertanto nelle pagine successive andremo ad analizzare i due aspetti qualità e sicurezza attraverso la logica radar applicata alle varie sezioni in cui è stata programmata tutta l'attività sociosanitaria all'interno del centro utilizzando sempre la tabella qui di seguito visibile. Le organizzazioni per valutare la qualità del sistema possono focalizzare l'attenzione sul processo di lavoro o sul prodotto. Molte volte i fattori di rischio che contribuiscono all'accadimento di un evento indesiderato sono al di fuori del controllo o non a conoscenza dell'organizzazione. E' perciò preferibile in ambito sanitario concentrare l'analisi in modo preventivo su come sono svolti i processi piuttosto che sui soli eventi avversi. L'obiettivo è quello di identificare preventivamente i potenziali inconvenienti e le caratteristiche qualitative presenti in un prodotto o connessi all'esercizio dell'attività.

2. TECNICA ANALISI OPERATIVITA'

Prenderemo in considerazione le caratteristiche della qualità ed il rischio di natura infortunistica, di natura igienico sanitaria, di tipo trasversale tra l'organizzazione, gli operatori e gli utilizzatori.

- descrizione del prodotto o processo in semplici attività
- valutazione qualitativa punteggio da 1 a 10 su Appropriatazza, efficienza, efficacia
- valutazione sicurezza punteggio da 10 a 1 su gravità, probabilità, rilevabilità
- stabilire un indice di criticità (valori bassi della somma dei punteggi VS e VQ)
- valutazione di tutte le possibili conseguenze
- porre un obiettivo di miglioramento utilizzando il metodo MCQ
- intraprendere azioni

quando questa analisi è ben applicata può produrre:

- un aumento della conoscenza dei processi
- una facilitazione delle attività
- una diminuzione della variabilità
- una riduzione del rischio di errori
- un risparmio di risorse

Questa analisi può essere usata per valutare prodotti, processi esistenti o nuovi sistemi. Per la valutazione della qualità e del rischio è inevitabile un peso e un contributo legati alla soggettività del team nell'attribuire loro maggiore o minore rilevanza e di conseguenza un equivalente valore nella programmazione degli interventi. Ove possibile si farà riferimento a metodi e criteri adeguati e riconosciuti in letteratura, ma ricordando che in nessun gruppo di medicina di base è stato costruito un sistema di valutazione della qualità e del rischio.

DEFINIAMO alcuni termini per poter effettuare una autovalutazione

- **APPROPRIATEZZA:** il grado di realizzazione del servizio coerente con le necessità del paziente ed in accordo con la miglior pratica clinica
- **EFFICIENZA:** grado di aggregazione delle risorse per conseguire un risultato con minimo spreco e sforzo.
- **EFFICACIA:** il grado di realizzazione di un servizio in condizioni abituali organizzative e di controllo, in accordo con la miglior pratica clinica.

- **GRAVITA':** entità del danno che si determina o che può realizzarsi
- **PROBABILITA':** calcolo delle combinazioni quali-quantitative che permette di stabilire il verificarsi di un evento dannoso
- **RILEVABILITA':** possibilità di annotare e rilevare eventi dannosi o rischi

Purtroppo i fallimenti sono in agguato e si presentano come

- Fallimenti attivi dovuti a distrazioni errori (informazione..)
- Fallimenti cognitivi violazioni (scarsa motivazione, cattivo esempio,...)
- Fallimenti latenti dovuti a Management e facilitatori (carico lavoro, ambiente stressante, rapido cambiamento organizzativo, comunicazione, edifici, attrezzatura inadeguata

In ogni caso vanno collocati in un quadro di riferimento in cui si deve tenere conto di

- Contesto istituzionale ssn
- Fattori gestionali ed organizzativi (risorse e vincoli, obiettivi, cultura,..)
- Ambiente di lavoro (personale, carico di lavoro, disponibilità e manutenzione attrezzature, supporto amministrativo,..)
- Team lavoro (comunicazione verbale e scritta disponibile leggibile adeguata, supervisione e struttura, equilibrio fra componenti il team..)
- Individualità (conoscenze, abilità, motivazione, salute,..)
- Compito (chiarezza, disponibilità e procedure, verifica,..)
- Caratteristiche paziente

3. CLINICAL AUDIT SU PRIORITA' EMERSE DALLA VALUTAZIONE CHE SARANNO PRESENTATI AL CONCORSO QUALITA' DELL'ULSS N°5

LA COOPERATIVA SOCIALE ' 81 ASSISTENZA

E' la nostra forma giuridica formalizzata presso il notaio, regolarmente iscritta nel registro provinciale ed all'album regionale delle cooperative sociali. Lo statuto è stato modificato in data dicembre 2004 secondo le nuove disposizioni di legge e tutta la documentazione inerente:

- **Statuto**
- **Regolamento interno**
- **Registro soci**
- **Registro verbali**
- **Iscrizione album regionale**
- **Consulenza commercialista**
- **Consulenza del lavoro**
- **Assicurazione**

è depositata presso il commercialista.

I soci sono:

Visonà Giuseppe presidente
Castegnaro Giorgio vicepresidente
Fantuz Vittorio segretario
Stefani Giovanna

La cooperativa con sede in via Sarpi 1 Brendola è titolare:

- contratto d'affitto dell'immobile posto in via Sarpi dove operano i medici di base, il pediatra, l'assistente sociale, l'infermiera, il collaboratore di studio
- contratti dei dipendenti Pretto Cristina infermiera professionale, Palmiero Lorenzo collaboratore di studio, Bellei Elena assistente sociale
- della strumentazione informatica
- di arredi
- di strumenti tecnici
- di convenzione per i servizi sociali
- rapporto continuativo con commercialista e consulente lavoro

Tutta la documentazione è conservata presso la sede in via Sarpi.

1. AREA AMMINISTRATIVA E PATRIMONIALE:

Responsabile è il presidente della cooperativa, che aggiorna tutto il gruppo e si avvale della collaborazione del commercialista, del consulente del lavoro e del collaboratore di studio

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	QUALITÀ			VQ	SICUREZZA			VS	IP	OSSERVAZIONI
	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA		GRAVITA'	PROBABILITA'	RILEVABILITA'	VQ * VS		
Statuto	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Cartella dedicata
Regolamento	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Cartella dedicata
Registro soci	10	10	10	30	10	10	10	30	60	commercialista
Registro verbali	10	10	10	30	10	10	10	30	60	commercialista
Iscrizione album regionale	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Ricordare date
Consulenza commercialista	8	8	8	24	10	10	10	30	54	Intervento MCQ (a)
Consulenza del lavoro	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Email presenze
Scambio email x paghe	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Banca Cra
Registrazione presenze	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in reception
Assicurazione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Intervento MCQ (b)
Conto corrente bancario	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Banca Cra
Contratto utap	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Gennaio 2007
Contratto dipendenti	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Cartella dedicata
Contratto affitto sede	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Cartella dedicata
Norme e leggi in materia cooperativistica	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Sito Regione
Convenzione Comune Servizi sociali	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Scade 30 settembre
Inventario beni	10	10	10	30	10	10	10	30	60	aggiornare
Strumentazione informatica	10	10	10	30	10	10	10	30	60	aggiornare
arredi	10	10	10	30	10	10	10	30	60	aggiornare
Entrata	10	10	10	30	5	5	10	20	50	Intervento MCQ (c)
Pavimenti	10	10	10	30	10	10	10	30	60	buoni
Pareti	10	10	10	30	10	10	10	30	60	pulite
Finestre	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Porte	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Chiavi nel quadro
Uscite emergenza	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Chiavi nel quadro
Circolazione interna	10	10	10	30	10	10	10	30	60	buona
Deposito	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Stanze	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Impianti elettrici	10	10	10	30	10	10	10	30	60	a norma
Utilizzo prese	10	10	10	30	5	5	10	20	50	Intervento MCQ (d)
Bancone	10	10	10	30	10	10	10	30	60	

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITÀ' E SICUREZZA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	QUALITÀ			VQ	SICUREZZA			VS	IP	OSSERVAZIONI
	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA		GRAVITA'	PROBABILITA'	RILEVABILITA'	VQ * VS		
carta dei servi	10	10	10	30	10	10	10	30	60	aggiornare
Depliant informativi	10	10	10	30	10	10	10	30	60	revisione
Quaderni patologie(Pt, diabete,	10	10	10	30	10	10	10	30	60	revisione
Linea adsl	10	10	10	30	10	10	10	30	60	buona
Questionari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Intervento MCQ (e)
Tinta pareti	10	10	10	30	10	10	10	30	60	controllo
Display	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Distributori numerici	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Mostra fotografica	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Server intranet	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Magazzino	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Rete ADSL	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Programmi prenotazioni	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Cancelleria	10	10	10	30	10	10	10	30	60	disponibile
Rifiuti speciali	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Lonigo
Sedie	10	10	10	30	10	10	10	30	60	sufficienti
Servizi igienici	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Pulizia interna	10	10	10	30	10	10	10	30	60	In appalto
Pulizia esterna	5	5	5	15	10	10	10	30	45	Intervento MCQ (f)
Microclima	10	10	10	30	10	10	10	30	60	buono
Illuminazione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	buono
Segnaletica	10	10	10	30	10	10	10	30	60	buona
Procedure di fuga	10	10	10	30	10	10	10	30	60	buono
Rumore	10	10	10	30	10	10	10	30	60	assente
Rischio biologico	9	9	9	27	5	5	10	20	47	Intervento MCQ (g)
Barriere architettoniche	10	10	10	30	10	10	10	30	60	assenti
Estintori	10	10	10	30	10	10	10	30	60	controllo
Attaccapanni	10	10	10	30	8	8	10	26	56	Rischio cadute
Pannelli informativi	10	10	10	30	10	10	10	30	60	aggiornare
Risanamento locali	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Ogni sei mesi
Ordine locali	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Punto ristoro	10	10	10	30	9	8	10	27	57	Scottature bevande
Centralina telefonica	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
fax	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Caldaia	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Quadro elettrico	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine
Quadro telefonia	10	10	10	30	10	10	10	30	60	in ordine

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITÀ E SICUREZZA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	QUALITÀ			VQ	SICUREZZA			VS	IP	OSSERVAZIONI
	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA		GRAVITA'	PROBABILITA'	RILEVABILITA'	VQ * VS		
Rapporti con Comune	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Rapporti con distretto	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Orientamento collaborativo	10	10	10	30	10	10	10	30	60	implementabile
Orientamento partecipativo	10	10	10	30	10	10	10	30	60	implementabile
Orientamento comunicativo	10	10	10	30	10	10	10	30	60	implementabile
Orientamento formativo	8	8	8	24	8	8	8	24	48	Intervento MCQ (h)

Area	Amministrativa (a)
Titolo	LA CONTABILITÀ È IMPORTANTE
Problema	Ritardi pagamento fatture commercialista,
Cause	Mancanza di preventivo di spesa annuale Ritardo di fatturazione e consegna dello studio Sfasamento tra consegna e riunioni del CdA della Cooperativa
Obiettivo	Ottenere preventivo di spesa Rispetto dei tempi di pagamento
Strategia	Comunicazione studio commercialista per messa a punto scadenze Richiedere preventivo ed emissione regolare fatture
Intervento	Incarico al dr. Fantuz di contattare commercialista ed emettere regolari assegni
Indicatori	Data fattura /data pagamento
Verifica	A fine anno prima chiusura bilanci
Area	Amministrativa
Titolo	MEGLIO NON RISCHIARE (b)
Problema	Mancanza di assicurazione per attività cooperativa
Cause	Tentativo di risparmio Sperimentazione del servizio per un anno Esistenza di assicurazioni individuali
Obiettivo	Copertura rischi della società e delle sue attività
Strategia	Richiesta di preventivi alle società di assicurazione
Intervento	Stipula di contratto
Indicatori	Contratto entro 30 ottobre 2007
Verifica	Pagamento ratei assicurativi

Area	AMMINISTRATIVA
Area	Amministrativa
Titolo	GUARDA DOVE ENTRI (c)
Problema	Porta entrata con pavimento scivoloso in caso di pioggia Porta scorrevole che non isola a sufficienza caldo/ freddo
Cause	Mancanza di antiporta Apertura automatica senza getto frangivento
Obiettivo	Evitare cadute Migliorare la climatizzazione (caldo/ freddo)
Strategia	Installazione seconda porta
Intervento	Preventivi ed ordine di installazione
Indicatori	Tempi di consegna
Verifica	Pagamento fattura lavori

Area	Amministrativa
Titolo	LA SICUREZZA E' ANCHE.... (d)
Problema	Utilizzo improprio delle triple nelle prese di corrente
Cause	Mancanza di attenzione Troppi strumenti elettrici in uso Dislocazione insufficiente prese
Obiettivo	Riduzione utilizzo del numero triple
Strategia	Censimento di tutti i punti utilizzo corrente
Intervento	Acquisto ciabatte in sostituzione triple
Indicatori	Fatture di spesa
Verifica	Entro fine anno

Titolo	LA PULIZIA E' FONDAMENTALE (e)
Problema	Scarsa pulizia esterna della struttura
Cause	Mancato rispetto contratto impresa appaltatrice
Obiettivo	Ottenere rispetto impegni e mantenere in ordine l'esterno della struttura
Strategia	Lettera di richiamo Rinviare pagamento fatture
Intervento	Comunicare situazione ad impresa incaricata Chiedere preventivi in alternativa ad altre imprese
Indicatori	Vetri esterni e porticato puliti
Verifica	Entro fine anno 2007

Area	Amministrativa
Titolo	IL RISCHIO E' IL MIO MESTIERE (f)
Problema	Rischio di contagio personale dipendenti ed utenti
Cause	Persone ammalate
Obiettivo	Ridurre rischio malattie
Strategia	Utilizzo guanti, mascherine e lavaggio frequente mani
Intervento	Acquisto materiali protezione ed igiene disposizioni verbali e scritte a tutti gli operatori
Indicatori	Consumo materiali protezione e lavaggio
Verifica	semestrale

Area	amministrativa
Titolo	E' SEMPRE POSSIBILE MIGLIORARE: FORMAZIONE (g)
Problema	Mancano interventi organizzativi pianificati rivolti alle risorse umane che operano su conoscenze, competenze e comportamenti del gruppo al fine di un miglioramento delle prestazioni.
Cause	Mancanza di iniziative di sviluppo del personale e di gestione delle carriere. Mancanza di programmazione formativa
Obiettivo	promozione risorse umane e professionali
Strategia	Partecipazione eventi formativi – training su diverse mansioni – cultura innovazione creando nuovi compiti e mansioni e, per quanto possibile, rotazione attività. Incontro mensile di tutti gli operatori
Intervento	Creazione registro comune eventi formativi e registro verbali incontri
Indicatori	Numero attestati registrati Numero incontri verbalizzati
Verifica	Annuale
Area	Amministrativa
Titolo	QUALITA' PERCEPITA (h)
Problema	la non conoscenza dell'opinione degli utenti
Cause	Non esistono forme documentate di gradimento
Obiettivo	Documentare i giudizi e raccogliere suggerimenti
Strategia	Costruzione di un questionario
Intervento	Distribuzione e raccolta dati
Indicatori	Risposte positive di almeno 75% degli intervistati
Verifica	Annuale

2. AREA RECEPTION:

Il responsabile e l'addetto ai lavori è il collaboratore di studio coordinato dal referente e dagli altri componenti il gruppo.

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITÀ E SICUREZZA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	QUALITÀ			VQ	SICUREZZA			VS	IP	OSSERVAZIONI
	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA		GRAVITA'	PROBABILITA'	RILEVABILITA'	VQ * VS		
Apertura locali	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Accensione illuminazione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Accensione filodiffusione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Accensione infopoint	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Internet :sito sociosanitario regione	8	8	8	24	8	8	8	24	48	Intervento MCQ (a)
Distribuire informazioni	9	9	9	27	8	8	8	24	52	Intervento MCQ (b)
Consegna referti P.P	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Tempi attesa consegna	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Registrazione consegna referti	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Ricevimento bollettini A.S.	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Comunicazioni brendolapost	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Registrazione presenze	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Spedizione presenze	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Ritiro e consegna posta	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Controllo email	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Diario attività	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Prenotazioni esami P.P.	9	9	9	27	9	9	9	27	54	Intervento MCQ (c)
Tempi attesa prenotazione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Prenotazioni cup	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Registrazione prenotazioni	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Gestione cartella modulistica	9	8	9	26	8	8	9	25	51	Intervento MCQ (d)
Gestione centralino	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Gestione fax	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Consegna ricette	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Inventario beni	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Ordinazioni materiale cancelleria	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Collegamento citrix	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Intervento MCQ (e)
Stampa carta servizi	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Stampa carte consigli	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Compilazione moduli A.S.	7	6	7	20	6	7	6	19	39	Intervento MCQ (f)
Agenda informatori	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Agenda infermiere domic.	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Salvataggio dati mensile	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Fotocopie	2	2	2	6	10	10	10	30	36	Intervento MCQ (g)
Conservazione programmi PC	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Incasso ticket	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Organizzazione tavolo	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Comunicazioni interne	10	10	10	30	10	10	10	30	60	

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	QUALITÀ			VQ	SICUREZZA			VS	IP	OSSERVAZIONI
	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA		GRAVITA'	PROBABILITA'	RILEVABILITA'	VQ * VS		
Stampanti	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Scanner	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Pc portatile	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Pc fisso	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
microclima	9	8	8	25	8	8	8	24	49	Intervento MCQ (h)
Segnaletica	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Distributori numerici	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Quadro chiavi	8	8	8	24	8	8	10	26	50	Intervento MCQ (i)
Impatto visivo	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Registro formazione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	da attivare
Collaborazione	9	9	9	27	10	10	10	30	57	migliorabile
Disponibilità	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Professionalità	9	9	9	27	10	10	10	30	57	migliorabile
Responsabilità	9	9	9	27	10	10	10	30	57	migliorabile
Formazione	9	9	9	27	10	10	10	30	57	migliorabile

Area	Reception (a)
Titolo	INFORMIAMOCI
Problema	Incostanza nel controllo e lettura del sito sociosanitario regionale
Cause	Interruzioni, distrazione
Obiettivo	Regolarità nella visualizzazione e consultazione del sito
Strategia	Dedicare un momento fisso della giornata all'apertura e controllo del sito
Intervento	Apertura mattutina all' inizio dell'orario di lavoro
Indicatori	Numero accessi registrati, numero stampate pagine utili
Verifica	semestrale
Area	Reception (b)

Titolo	RISPOSTE ADEGUATE
Problema	Non sempre ho risposte adeguate a soddisfare le richieste di informazioni degli utenti
Cause	Scarsa reperibilità di certe informazioni come orari di apertura,... Difficoltà di contatti con enti, istituzioni, ...
Obiettivo	Incrementare la conoscenza e trovare riferimenti
Strategia	Creare un database aggiornato con continua implementazione
Intervento	Cartella sul deskop, ricerca fonti e collegamento internet
Indicatori	Ampiezza del file creato
Verifica	semestrale

Area	Reception (c)
Titolo	PRENOTAZIONI FACILI
Problema	Discrepanza delle sigle e diversità di nomenclatura tra ricette e programma computer
Cause	Metodologie diverse ed uso di più termini per le stesse richieste
Obiettivo	Semplificare ed accelerare il processo di prenotazione
Strategia	Adozione di uno standard concordato
Intervento	Incontri e determinazione di terminologia condivisa ed univoca
Indicatori	Aumento della velocità di inserimento dati prenotazioni
Verifica	semestrale

Area	Reception (d)
Titolo	NEL MARE DI MODULI ESISTENTI
Problema	Non adeguato aggiornamento della modulistica esistente
Cause	La continua evoluzione e variazione dei moduli La mancata comunicazione da parte dei vari enti
Obiettivo	Incrementare la disponibilità di moduli adeguati ed aggiornati
Strategia	Richiedere periodicamente gli aggiornamenti
Intervento	Instaurare contatti continuativi e regolari con Ulss, Comune, enti di varia natura
Indicatori	Incremento moduli disponibili, assenza di segnalazioni di inadeguatezza o di variazioni da parte degli utenti.
Verifica	semestrale

Area	Reception (e)
Titolo	UN PROGRAMMA MAI USATO
Problema	Un programma "CITRIX" installato, ma mai usato
Cause	Manca ancora il collegamento di rete e la formazione per l'utilizzo
Obiettivo	Imparare ad usare in maniera adeguata il programma informatico
Strategia	Partecipare a corso di aggiornamento
Intervento	Iscrizione al prossimo corso ed attivazione collegamento
Indicatori	Certificazione di partecipazione, disponibilità di password accesso
Verifica	semestrale

Area	Reception (f)
Titolo	ASSISTENTE SOCIALE CERCASI.
Problema	A volte scarsa comunicazione e contatti saltuari con assistente sociale
Cause	Confusione alla reception, mancate annotazioni cartacee
Obiettivo	Migliorare i rapporti e rispettare le consegne
Strategia	Aumento comunicazione verbale e scritta
Intervento	Stesura moduli di comunicazione scritta Individuare un momento preciso e fisso per lo scambio di notizie e necessità
Indicatori	Riduzione segnalazioni di mancanze operative
Verifica	semestrale

Area Reception (g)
Titolo **UNA, MILLE FOTOCOPIE.**
Problema Brutte fotocopie, perdita di tempo, risultati di riproduzione pessimi
Cause Fotocopiatrice obsoleta
Obiettivo Fare fotocopie decenti senza perdere tempo
Strategia Convincere la cooperativa sociale ad investire soldi in una nuova fotocopiatrice
Con segnalazioni dei problemi
Intervento Nuova fotocopiatrice adeguata ai bisogni
Indicatori Aumento della velocità di esecuzione e fotocopie decenti
Verifica semestrale

Area Reception (h)
Titolo **ATTENTI ALLA TEMEPERATURA..**
Problema Difficoltà di gestione della temperatura interna
Cause Mancanza di termostati
Regolazione temperatura centralizzata
Obiettivo Clima ottimale nei locali
Strategia Richiedere installazione di termostati ambiente in più punti
Richiedere preventivo di spesa
Intervento Ordine alla ditta appaltatrice lavori termoidraulici
Indicatori Arrivo fattura lavori
Verifica Entro fine anno

Area Reception (i)
Titolo **MAI CERCARE LE CHIAVI.**
Problema Mancanza di alcune chiavi del centro
Cause Mancata consegna da parte dell'incaricato comunale
Assenza di un luogo preciso dove collocarle
Obiettivo Chiavi disponibili per ogni porta ed armadio
Strategia Richiedere copie mancanti e fare copia di quelle esistenti
Acquisire un contenitore adeguato allo scopo
Intervento Acquisto quadro porta chiavi e posizionamento all'interno della struttura con
regolare etichetta di individuazione su ogni singola chiave
Indicatori Disponibilità rapida e completa per aprire qualsiasi serratura
Verifica Entro fine anno

3. AREA INFERMIERISTICA AMBULATORIALE E PUNTO PRELIEVI

L'attività si svolge in un unico ambiente sotto la responsabilità dell'infermiera professionale e dei medici.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	QUALITÀ	VQ	SICUREZZA	VS	IP	OSSERVAZIONI
-----------------------------	----------------	-----------	------------------	-----------	-----------	---------------------

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA		GRAVITA'	PROBABILITA'	RILEVABILITA'		VQ * VS	
Prenotazione esami	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Ottimale
Modalità accesso	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Ottimale
Modalità Prelievo sangue	10	10	10	30	8	10	10	28	58	buona
Incasso ticket	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Ottimale
Giornale di cassa	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Ottimale
Stampa referti	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Ottimale
Controllo a video risultati	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Ottimale
Piegatura e chiusura buste	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buona
Etichettatura provette	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buona
Contenitori x trasporto	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Sicuri
Controllo impegnative	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Giornaliero
Medicazioni	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Giornaliero
Rimozione suture	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Sorveglianza medica
Materiale sanitario	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Controllo mensile
Disinfettanti	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Controllo mensile
Lettino	10	10	10	30	10	10	10	30	60	In ordine
Cambio lenzuola	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Rotolo
Diario attività	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Aggiornato
Vaccinazioni	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Controllo
Conservazione vaccini	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Controllo ogni 15 gg
Modalità vaccinazioni	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Migliorare orari
Iniezioni	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buona
Aghi e siringhe	10	10	10	30	10	10	10	30	60	In ordine
Ferri chirurgici	9	9	9	27	9	9	10	28	55	Intervento MCQ (a)
Modulistica	8	9	9	26	10	10	10	30	56	Intervento MCQ (b)
Esecuzione ecg	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buona
Materiale x ecg	10	10	10	30	10	10	10	30	60	In ordine
Esecuzione spirometria	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buona
Procedure spirometria	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buone
Tavolo di lavoro	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Instabile
Diatermocoagulatore	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Pc fisso	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Pc portatile	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Ottimo
Stampanti	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Migliorabile
Impatto visivo locale	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Modificare ad intervalli
Pulizia locale	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buona
Illuminazione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buona
Microclima	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Migliorabile
Farmaci emergenza	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Controllo mensile

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITÀ' E SICUREZZA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	QUALITÀ			VQ	SICUREZZA			VS	IP	OSSERVAZIONI
	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA		GRAVITA'	PROBABILITA'	RILEVABILITA'	VQ * VS		
Ambu	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Migliorabile
Ossigeno	7	7	7	21	8	8	8	24	45	Intervento MCQ (c)
Rifornimento materiale	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Controllo periodico
Disponibilità telefono	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Collegamento internet	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Lento
Ricettazione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Sterilizzatrice	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Piccola
Frigo	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Controllare
Prese elettriche	10	10	10	30	10	10	10	30	60	In ordine
Stick esame urine	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Misurazione Pao	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Stick glicemia	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Rilievo peso/h circonf	10	10	10	30	10	10	10	30	60	solo x diabetici
Registrazione pip	9	9	9	27	9	9	10	28	55	Intervento MCQ (d)
Cassa	10	10	10	30	10	10	10	30	60	In ordine
Lavaggi auricolari	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Flebo	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Sterilizzazione materiali	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Smaltimento materiali	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Controllare
Controllo INR	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Controllo diario
Comunicazione interna	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Collaborazione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Disponibilità	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Professionalità	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Responsabilità	10	10	10	30	10	10	10	30	60	Buono
Formazione	8	8	8	24	8	8	8	24	48	Intervento MCQ (e)

Area	Infermieristica ambulatoriale
Titolo	FERRI CHIRURGICI (a)
Problema	Mancanza di alcuni ferri chirurgici
Cause	Eliminazione di alcuni strumenti senza sostituzione Alcune tipologie sono occasionali e non previste
Obiettivo	Kit completo
Strategia	Fare un elenco completo di quelli esistenti Chiedere ai medici eventuali necessità
Intervento	Acquisto strumentazione e registro materiale disponibile
Indicatori	Elenco materiale inventariato
Verifica	Mensile

Area	Infermieristica ambulatoriale
Titolo	MODULISTICA (b)
Problema	Mancanza di alcuni moduli di strutture non ospedaliere
Cause	Lontananza di alcune strutture per rifornimento diretto Mancanza di presenza dei moduli in internet
Obiettivo	Modulistica aggiornata
Strategia	Fare richiesta alle strutture del settore Chiedere invio mezzo posta o posta elettronica
Intervento	Inserire nella cartella moduli acquisiti
Indicatori	Disponibilità completa
Verifica	Mensile

Area	Infermieristica ambulatoriale
Titolo	OSSIGENO (c)
Problema	Mancanza di bombola adeguata
Cause	Vecchia bombola mai utilizzata e senza certificazione
Obiettivo	Disponibilità di ossigeno in caso di emergenza
Strategia	Chiedere preventivo per nuova bombola
Intervento	Acquisto strumentazione e preparazione registro di controllo
Indicatori	Date verifica idoneità e caricamento
Verifica	Mensile

Area	Infermieristica ambulatoriale
Titolo	REGISTRAZIONE P.I.P (d)
Problema	Mancata registrazione nel diario
Cause	Alta affluenza di pazienti in successione rapida Mancata comunicazione con i medici
Obiettivo	Registrazione completa
Strategia	Registrare immediatamente eventi
Intervento	Apertura immediata scheda informatica ad ogni accesso
Indicatori	Assenza segnalazioni incongruenze
Verifica	Mensile

Area	Infermieristica ambulatoriale
Titolo	FORMAZIONE (e)
Problema	Scarse opportunità formative
Cause	Corsi organizzati infrasettimanalmente Corsi organizzati per dipendenti Ulss con difficoltà ad essere iscritta
Obiettivo	Formazione periodica
Strategia	Contatti frequenti con i responsabili formazione Ulss Chiedere di essere considerata come collaboratrice esterna
Intervento	Iscrizione a corsi di formazione
Indicatori	Certificati di frequenza
Verifica	Annuale

4. AREA SERVIZI SOCIALI

Responsabile dell'attività è l'assistente sociale ed il referente della Cooperativa

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITÀ E SICUREZZA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	QUALITÀ			VQ	SICUREZZA			VS	IP	OSSERVAZIONI
	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA		GRAVITA'	PROBABILITA'	RILEVABILITA'	VQ * VS		
Ricevimento persone	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Scambio posta Comune	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Capitolato servizi	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Pratiche amministrative	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Collaboratore	8	8	8	24	8	8	8	24	48	Intervento MCQ (a)
Pc fisso	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Salvataggio dati	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Diario attività	8	8	8	24	8	8	8	24	48	Intervento MCQ (b)
Gestione archivio generale	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Gestione archivio cartelle	8	8	8	24	8	8	8	24	48	Intervento MCQ (c)
Trattamento dati sensibili	8	8	8	24	8	8	8	24	48	Intervento MCQ (d)
Modulistica	8	8	8	24	8	8	8	24	48	Intervento MCQ (d)
Collegamento internet	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Collegamento intranet	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Visite domiciliari	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Rapporti ulss	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Rapporti assessore	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Rapporti segreteria comunale	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Rapporti enti	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Arredi	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Tavolo lavoro	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Stampante	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Illuminazione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Microclima	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Impatto visivo	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Classificatore	8	8	8	24	8	8	8	24	48	Intervento MCQ (e)
Formazione	8	8	8	24	8	8	8	24	48	Intervento MCQ (f)

Area Servizi Sociali
Titolo COLLABORARE E' MEGLIO (a)
Problema Mancato rispetto tempi e modi richiesti nelle pratiche
Cause Poca chiarezza nelle richieste
Dimenticanza collaboratore
Obiettivo Integrare il collaboratore e migliorare la sua padronanza in materia
Strategia Preparazione di comunicazioni adeguate sia scritte che orali
Intervento Predisposizione di un modulo con consegne e scadenze precise
Indicatori Rispetto dei tempi e dei modi stabiliti
Verifica Fra sei mesi

Area Servizi Sociali
Titolo CARO DIARIO (b)
Problema Mancata traccia dell'attività svolta e del carico di lavoro
Cause Assenza di strumento utile alla registrazione
Obiettivo Avere notizia precisa mensile ed annuale dell'attività svolta
Strategia Predisposizione di un diario informatico suddiviso per settori di intervento
Intervento Registrazione giornaliera eventi
Indicatori Conoscenza dei dati sul lavoro svolto
Verifica Fra sei mesi

Area Servizi Sociali
Titolo CARTELLA DOVE SEI? (c)
Problema Difficoltà gestione cartelle sociali
Cause Mancanza di un data base di verifica e mancato aggiornamento
Obiettivo Migliorare la gestione dell'archivio
Strategia Predisposizione di una cartella informatica
Intervento Registrazione dati su cartella informatica
Indicatori Conoscenza dei dati e minor tempo nel reperimento cartelle utenti
Verifica Fra sei mesi

Area Servizi Sociali
Titolo TRATTAMENTO DATI SENSIBILI E MODULISTICA (d)
Problema Mancanza tutela dati sensibili e consenso al trattamento
Cause Archivio nominativo alfabetico e modulistica consenso non aggiornata
Obiettivo Tutela dati e consenso con modulo aggiornato
Strategia Predisposizione archivio con cartelle numeriche nuovo modulo consenso
Intervento Utilizzo nuovo modulo e strutturazione archivio con file numerico e codice informatico
Indicatori Disponibilità nuovo modulo, assenza di nominativi in archivio
Verifica Fra sei mesi

Area	Servizi Sociali
Titolo	CLASSIFICATORE (e)
Problema	Mancanza di serratura, chiavi armadi senza etichetta di riconoscimento
Cause	Nessuno ci aveva pensato; mancata abitudine a chiudere a chiave
Obiettivo	Messa in sicurezza classificatore ed armadi
Strategia	Preventivo di spesa serratura e predisposizione rastrelliera chiavi con etichetta degli armadi
Intervento	Installazione serratura, rastrelliera ed etichette.
Indicatori	Chiave serratura classificatore, immediata reperibilità chiavi
Verifica	Fra sei mesi

Area	Servizi Sociali
Titolo	FORMAZIONE (f)
Problema	Mancanza di formazione specifica su alcuni settori operativi
Cause	Mancata partecipazione a corsi di formazione specifica
Obiettivo	Aumento di competenza e conoscenza
Strategia	Partecipazione ed iscrizione a corsi formativi
Intervento	Riorganizzare carico lavoro al fine di recuperare tempo per la formazione
Indicatori	Attestati frequenza
Verifica	Fra dodici mesi

5. AREA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Responsabile è l'infermiere professionale distacco dall'Ulssn°5 ed i medici

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	QUALITÀ	VQ	SICUREZZA	VS	IP	OSSERVAZIONI
-----------------------------	----------------	-----------	------------------	-----------	-----------	---------------------

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA		GRAVITA'	PROBABILITA'	RILEVABILITA'		VQ * VS	
Agenda computerizzata	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Modulo mensile	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Automezzo	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Registro consumi	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Vestiaro	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Rifornimento materiale	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Collegamento informatico	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Pc portatile	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Stampante	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Deposito	9	9	9	27	9	9	9	27	54	Intervento MCQ (a)
Rapporti distretto	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Registrazione citrix	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Medicazioni	8	8	8	24	8	8	8	24	48	Intervento MCQ (b)
Cambio catetere	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Fleboclisi	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Misura Pao	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Prelievi ematochimici	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Orario lavoro	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Comunicazione medico - infermiere	9	9	9	27	9	9	9	27	54	Intervento MCQ (c)
Formazione	8	8	8	24	8	8	8	24	48	Intervento MCQ (d)

Area Servizio infermieristico domiciliare
Titolo **DEPOSITO (a)**
Problema Mancanza di strutture adeguate a contenere materiale sanitario
Cause Assenza di scaffalature sufficienti
Obiettivo Individuare ripiani e scaffali adeguati e sufficienti
Strategia Pianificazione modalità di rifornimento mirato e preventivo scaffalatura
Intervento Posizionamento scaffali, divisione materiale per tipologia ed impiego
Indicatori Miglior visibilità e comodità del materiale, controllo disponibilità e scadenze
Verifica Fine anno

Area Servizio infermieristico domiciliare
Titolo **MEDICAZIONI PIAGHE ED ULCERE (b)**
Problema Riscontro frequente di piaghe da decubito ed ulcere
Cause Pazienti anziani, posture sbagliate, immobilizzazioni a letto, incontinenza
Obiettivo Prevenzione o riduzione rischi e fattori favorenti
Strategia Preparazione protocolli personalizzati, educazione ai parenti, documentazione delle dimensioni piaghe ed ulcere attraverso foto digitale
Intervento Elenco pazienti in trattamento, distribuzione fogli informativi, acquisto fotocamera
Indicatori Riduzione numero e dimensioni piaghe
Verifica Fra sei mesi

Area Servizio infermieristico domiciliare
Titolo **COMUNICAZIONE MEDICO – INFERMIERE (c)**
Problema Difficoltà di comunicare in modo continuativo e strutturato tra operatori sanitari
Cause Innovazione lavorativa, tempi di lavoro diversi, mancanza di modelli esistenti
Obiettivo Ottimizzare il rapporto con il pz con un linguaggio comune e concordato tra le parti
Strategia Utilizzo di foglio di lavoro informatico comune ed incontri periodici
Intervento Ogni primo mercoledì del mese riunione plenaria e registrazione su diario informatico unico per medici ed infermiere
Indicatori Riscontro sul diario degli incontri e delle registrazioni
Verifica Fra sei mesi

Area Servizio infermieristico domiciliare
Titolo **FORMAZIONE (d)**
Problema Difficoltà di reperire corsi specifici
Cause La novità del lavoro e la scarsa conoscenza di formatori ad hoc
Obiettivo Ottimizzare l'assistenza nel territorio, aumentare l'educazione alle famiglie
Strategia Contattare distretti, ospedali e ricercare attraverso internet modelli di riferimento
Intervento Iscrizione a corsi specifici
Indicatori Attestati di frequenza
Verifica Fra sei mesi

6. AREA MEDICA

Responsabili i quattro medici dell'Utap che operano in due ambulatori condivisi ed il pediatra

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ PEDIATRA	QUALITÀ			VQ	SICUREZZA			VS	IP	OSSERVAZIONI
	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA		GRAVITA'	PROBABILITA'	RILEVABILITA'	VQ * VS		
Turno per appuntamenti	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Ricettazione urgente	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Rifornimento ricette	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Reperibilità telefonica	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Carta x ricette bianche	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Compilazione ricette	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Disponibilità sabato	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Efficienza associazione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Lavarsi le mani	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Igiene lettino visita	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Bilance	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Approccio olistico	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Telefono	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Illuminazione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Rispetto orari	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Adeguatezza orari apertura	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Impatto visivo	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Pc	10	7	7	24	8	8	10	26	50	Intervento MCQ
Programma informatico	6	7	7	20	6	8	10	24	44	Intervento MCQ
Aggiornamento pc	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Salvataggio dati	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Password	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Prese elettriche	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Cartella clinica	6	10	10	26	6	8	10	24	50	Intervento MCQ
Elaborazione dati	6	6	6	18	5	5	10	20	38	Intervento MCQ
Elaborazione relazioni cliniche	5	5	5	15	5	5	10	20	35	Intervento MCQ
Spesa farmaceutica	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Conoscenza linee guida	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Ricoveri	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Impatto visivo	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Prese elettriche	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Arredi	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Scambio informazioni con nido	8	8	8	24	8	8	10	26	50	Intervento MCQ
Scambio informazioni con r. pediatria	8	8	8	24	8	8	10	26	50	Intervento MCQ
Scambio informazioni con specialista	8	8	8	24	8	8	10	26	50	Intervento MCQ
Scambio informazioni con scuola	8	8	8	24	8	8	10	26	50	Intervento MCQ
Scambio informazioni con colleghi MG	8	8	8	24	8	8	10	26	50	Intervento MCQ

I vari interventi MCQ segnalati nel foglio di autovalutazione vengono conglobati nel progetto sottostante che ricopre l'area pediatrica di intervento.

Area	Medica pediatrica
Titolo	Miglioramento di strumenti e metodi informatici per l'archiviazione dati pazienti e ricadute sull'attività, comunicabilità e condivisione dei dati, elaborazione dei dati; possibilità di una efficace revisione e riflessione critica circa la storia clinica del paziente.
Problema	Il metodo di archiviazione dati pazienti utilizzato nel mio ambulatorio (schede pazienti su palmare + copia pc) consente rapidità di inserimento, immediato accesso e utilizzo dei dati del pc anche quando il sanitario non è in ambulatorio o collegato al pc. Il tipo di software usato rende però laboriosa la trasformazione delle informazioni tale che queste possano essere immediatamente utilizzabili da altri colleghi o persone interessate. In caso di richiesta di ricovero o di consulenza specialistica, il metodo usato e i programmi di archiviazione disponibili, non sembrano permettere l'elaborazione in tempi brevissimi di una adeguata relazione clinica utile al consulente. La disponibilità di un tale documento risulterebbe utile anche nelle comunicazione ad esempio scuola, con i colleghi di MG in occasione del passaggio del paziente pediatrico alla loro assistenza, con i servizi.
Cause	Inadeguatezza do software presenti prevalentemente per l'archiviazione l'estrazione di dati, elaborazione di report, meno per la comunicazione tra medico e paziente, tra operatori sanitari, tra sanitario e servizi interessati al bambino.
Obiettivo	Immediata disponibilità di un testo che raccolga la storia clinica aggiornata del paziente, utile in caso di comunicazione di revisione/riflessione sulla stessa.
Strategia	Ricerca e utilizzo di adeguato software che implementi le funzione dei programmi di gestione di ambulatorio attualmente in uso in pediatria.
Intervento	Sviluppo e utilizzo di archivio informati adattato.
Indicatori	Consegna copia di relazione clinica al paziente in caso di necessità.
Verifica	Stampa di controllo di relazioni cliniche per 350 pazienti iscritti (circa i 130%), a 6 mesi dall'inizio del progetto.

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITÀ E SICUREZZA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ MEDICINA GENERALE	QUALITÀ	VQ	SICUREZZA	VS	IP	OSSERVAZIONI				
	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA	GRAVITA'	PROBABILITA'	RILEVABILITA'	VQ * VS			
Ricettazione inizio turno	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Ricettazione urgente	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Rifornimento ricette	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Moduli inps	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Carta x ricette bianche	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Compilazione ricette	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
spesa farmaceutica	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Ricoveri	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Registro tumori e osservazioni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Intervento MCQ (a)
Modulistica	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Un turno x appuntamento	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Turno x il sabato	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Microclima	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Illuminazione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Stampanti	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Scanner	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Impatto visivo	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Prese elettriche	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Programma informatico	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Aggiornamento pc	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Video pc	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Salvataggio dati	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Password	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Cartella clinica	8	8	8	24	9	9	10	28	52	Intervento MCQ (b)
Certificazione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Progetto Ipertensione	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Progetto diabete	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
prevenzione tromboembolia	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Lavarsi le mani	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Arredi	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Orario apertura	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Rispetto orari	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Direzione P.P.	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Regole x Informatori	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Telefono	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Reperibilità telef.	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
ADP	10	10	10	30	10	10	10	30	60	
Adimet	10	10	10	30	10	10	10	30	60	

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	QUALITÀ	VQ	SICUREZZA	VS	IP	OSSERVAZIONI		
	APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	EFFICACIA	GRAVITA'	PROBABILITA'	RILEVABILITA'	VS	VQ * VS
Prevenzione piaghe	10	10	10	30	10	10	30	60
Coordinamento	10	10	10	30	10	10	30	60
Verbali riunioni	10	10	10	30	10	10	30	60
Approccio olistico	10	10	10	30	10	10	30	60
Conoscenze linee guida	10	10	10	30	10	10	30	60
Intranet	10	10	10	30	10	10	30	60
Internet	10	10	10	30	10	10	30	60
Collaborazione	10	10	10	30	10	10	30	60
Disponibilità	10	10	10	30	10	10	30	60
Professionalità	10	10	10	30	10	10	30	60
Responsabilità	10	10	10	30	10	10	30	60
Formazione	10	10	10	30	10	10	30	60

Area	Medicina Generale
Titolo	ATTIVAZIONE REGISTRI TUMORI ED OSSERVAZIONI (a).
Problema	Mancanza di un registro informatico per la registrazione delle osservazioni e dei suggerimenti operati dagli utenti e di un registro per la rilevazione dei tumori
Cause	Inadeguatezza del software presente pensato prevalentemente per l'archiviazione l'estrazione di dati clinici . Disponibilità di cassetta di raccolta all'interno della struttura dei suggerimenti ed osservazioni senza aver mai pensato di registrare tali eventi
Obiettivo	Conservare osservazioni e suggerimenti, rilevazione casistica tumori
Strategia	Adozione di due registri informatici
Intervento	Registrazione immediata al momento del prelievo dalla cassetta delle osservazioni, suggerimenti e al momento compilazione certificati istat
Indicatori	Numero registrazioni
Verifica	A sei mesi
Area	Medicina Generale
Titolo	CARTELLA CLINICA (b).
Problema	Il problema della omogeneità e dei contenuti della cartella si è fatto via via più urgente ed importante in un mondo in cui l'informazione acquista sempre maggior importanza e l'informatica ci offre strumenti sempre più potenti. Si è avuta una evoluzione concettuale e contenutistica della cartella che consenta una valutazione della qualità e dei dati necessari per la pianificazione.
Cause	Inadeguatezza dell'uso dei vari aspetti della cartella Tempi stretti di visita e tentazione di un uso esclusivamente compilativo e prescrittivo Scarsa attenzione ai dati anamnestici Difficoltà di trasferimento dati clinici da sistemi informatici diversi
Obiettivo	Utilizzo completo del programma informatico come mezzo di raccolta dati, diagnosi, e terapia
Strategia	Revisione critica delle cartelle e completamento quadri ausiliari
Intervento	Individuazione giornaliera di 10 utenti con conseguente completamento della cartella clinica informatica in modo da rendere i contenuti omogenei e adeguati.
Indicatori	Numero cartelle in ordine
Verifica	A sei mesi

CONCLUSIONI

Questo lavoro di gruppo ha comportato un impegno individuale e collettivo di tutti i componenti che si è tradotto in una serie di valutazioni ed iniziative da realizzare in tempi brevi al fine di ottenere un reale, concreto e misurabile miglioramento del centro sociosanitario e dell'attività dell'Utap di Brendola. Pensiamo di aver tentato la costruzione di un modello innovativo in merito alla qualità e alla sicurezza della medicina convenzionata nel solco di una integrazione sociosanitaria dei servizi e della presa in carico della persona. Siamo consci che questa è una ricerca in un momento di estrema incertezza e cambiamenti con la conseguente possibilità di modificare il nostro approccio ed il nostro impegno. Questo lavoro si è in ogni caso tradotto in una aumentata capacità di analisi dei bisogni e dell'adeguatezza dei nostri interventi, in una ricerca continua di migliorare l'efficacia e l'efficienza senza perdere di vista la sicurezza. Quello che ha sorpreso un po' tutti i partecipanti è stata la constatazione di un profondo desiderio di migliorare e fare unità nel lavoro quotidiano con la convinzione che i comuni orientamenti ed impegni si tradurranno in soddisfazioni personali e risultati positivi per tutta l'utenza. In un mondo di liberi pensatori e professionisti i medici ed gli operatori sociosanitari hanno saputo superare individualismi stretti e limitativi per giungere alla elaborazione di un progetto unico e condiviso dopo numerosi incontri e discussioni che hanno arricchito tutti i partecipanti. E' eccezionale la richiesta generalizzata di formazione emersa, che esprime la volontà di procedere lungo la strada della qualità e della competenza, a conferma che il desiderio di imparare e migliorare è sempre presente quando le condizioni di lavoro sono buone e gratificanti. Possiamo concludere sostenendo che alle esigenze della buona medicina abbiamo tentato di associare le esigenze della buona organizzazione che implica un atteggiamento centrato sulla gestione e sulla responsabilità per un attento uso delle risorse, nel rispetto dei principi e delle necessità di tutti gli operatori e dell'intera comunità.

Ma ancora dobbiamo aggiungere.

Un percorso di crescita delle cure primarie passa necessariamente attraverso una revisione delle modalità dei medici e degli operatori di fare gruppo e di leggere la realtà territoriale con proposte operative calibrate ai bisogni dei pazienti, attualmente consumatori e non collaboratori. Dobbiamo pensare a cambiamenti nel gestire la quotidianità e questo modo di lavorare comporta necessariamente un ripensamento anche di tipo organizzativo. Dobbiamo confrontare il nostro vantaggio personale con l'interesse globale ricercando forme vantaggiose per tutti ed in funzione dell'apporto al buon andamento generale. Superando gli individualismi si ottengono vantaggi per tutti. **Dobbiamo rivedere il progetto qualità per verificare la nostra crescita e le nostre criticità. Siamo insieme da anni, ma non abbiamo ancora imparato a stare insieme: dobbiamo pensare come gruppo non come singoli. Abbiamo imparato a convivere, ma non a condividere. Abbiamo imparato a collaborare, ma non a lavorare insieme. Abbiamo adottato comportamenti comuni, ma non ad assumere la stessa filosofia. Tentiamo di incontrarci regolarmente, ma con la paura di confrontarci.** In questo periodo sono emerse delle criticità. Mai come in questo momento credo valga il concetto: **Se vuoi cambiare il mondo cambia te stesso.** La routine quotidiana, il carico lavorativo aumentato, le aspettative personali si scontrano con la visione e la lettura delle aspettative degli altri. Noi tutti vorremmo che fossero gli altri a capire e cambiare: i pz più pazienti ed intelligenti, l'infermiera ambulatoriale più contenta, il medico più preciso, il collaboratore più impegnato, l'assistente sociale meno esigente, l'infermiere domiciliare sempre presente. **Forse è giunto il momento di sviluppare alcune voci lasciate in sospenso come revisione personale in relazione ad un progetto comune.**

Verifichiamo i termini:

- Mansioni:

dal quadro personale del progetto qualità ognuno può verificare l'adeguatezza delle voci elencate e valutare il proprio operato con largo margine di aggiungere o togliere quanto ritiene necessario al fine di costruire un insieme gratificante e condiviso. Vorrei qualcosa di diverso? Vorrei dei cambiamenti possibili? Forse vorrei il lavoro degli altri diverso? Quali possibilità concrete per me esistono di fare diversamente? Penso che il mio ruolo sia considerato adeguatamente? Ho spiegato cosa sarebbe il caso di modificare? La crescita può indirizzarsi verso nuove attività?

- **Collaborazione:**

Significa confrontarsi su quanto si pensa e si ritiene necessario al buon funzionamento del centro. Il confronto deve avvenire in termini chiari e precisi senza riserve per paura, timidezza o per scarsa autostima. E' scontato che tutti i componenti sono importanti e che la voce di tutti contribuisce a fare il coro. Chi parla troppo deve imparare a moderarsi, chi parla poco deve imparare a dire: modulando il suono riusciamo a comprenderci. Io quanto parlo? Come costruisco rapporti di collaborazione? Ritengo importante incontrare regolarmente gli altri componenti? Perché non fissare dei momenti di incontro con cadenza regolare? Sono capace di accettare le differenze ed eventuali mancanze? So adeguare le mie aspettative a quelle altrui? Rispetto le regole e gli impegni?

- **Disponibilità**

Sono disposto a prendere in considerazione le proposte altrui? Sono disposto a pensare uno per tutti e tutti per uno? Sono disponibile a cambiare? Sono pronto a coprire i compagni di viaggio nel bisogno? Mi faccio carico del gruppo?

- **Professionalità**

Quali sono i caratteri che definiscono la professionalità? Il rispetto delle regole è importante? Come verifico la preparazione personale? Come premiare o richiamare i ruoli? Cosa fa crescere la professionalità?

- **Responsabilità**

Riesco a dare il mio contributo? Mi sono fatto carico personalmente del buon funzionamento? Penso che qualcuno debba sempre provvedere alle mie richieste o mi attivo per gli altri? Il lavoro è esclusivamente eseguire dei compiti o anche farsi carico dell'insieme?

- **Formazione**

Abbiamo realizzato il registro della formazione? Abbiamo pensato a formarci su qualche aspetto specifico? Il progetto di scuola permanente interessa? Quale valore aggiunto è il sapere educarsi ed educare?

- **Progettualità**

Abbiamo costruito qualche progetto insieme che possa premiare in base all'impegno profuso? Quali iniziative nuove? Quali speranze? Mi sono attivato per nuove iniziative ed ho provato a pensare cosa di nuovo si potrebbe aggiungere?

Perché non lavoriamo su patologie e su esami strumentali che ci coinvolgano tutti con equa divisione degli utili?

**Non dite che siamo piccoli, pochi e
che l'impegno è troppo grande per noi.
Dite forse che due o tre ciuffi di nubi
sono pochi in un angolo di cielo d'estate?
D'improvviso si stendono ovunque..
Guizzano i lampi, si odono i tuoni
e piove su tutto.
Non dite che siamo piccoli e pochi
Dite solamente che
"SIAMO"!**

Il lavoro sul progetto qualità, il primo esempio nella medicina di base, ha occupato parecchi mesi. E' stato un momento di riflessione e di nuovo slancio per tutti i componenti del gruppo. Dopo

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

esserci esaminati abbiamo ritenuto utile sentire un campione di utenti ed abbiamo costruito un test per verificare il gradimento. Ecco di seguito i risultati



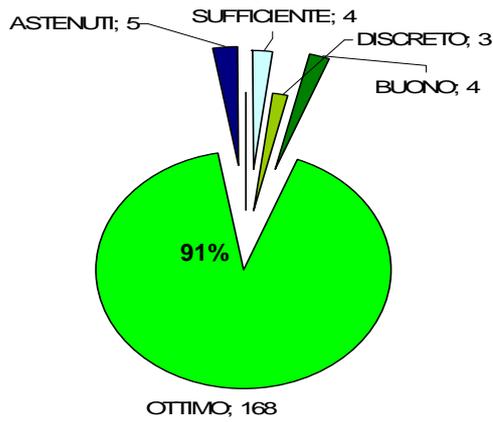
Regione del Veneto
UNITÀ LOCALE SOCIO-SANITARIA
ULSS 5
OVEST VICENTINO

Il progetto "Alla ricerca di un modello d'eccellenza: qualità e sicurezza" concluso recentemente prevedeva la realizzazione di un questionario di gradimento per valutare la qualità percepita e la soddisfazione delle persone che accedono al centro socio sanitario di Brendola. Di conseguenza abbiamo preparato e distribuito il questionario in sala d'attesa a quanti affluivano casualmente nella settimana dal 10 settembre al 15 settembre 2007. Sono stati consegnati, ogni giorno, alle prime 50 persone che hanno accettato. Quando abbiamo aperto l'urna a disposizione per la consegna in modo libero ed anonimo sono stati rinvenuti 210 questionari compilati sui 250 distribuiti.

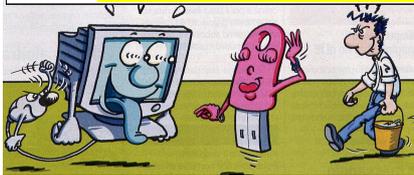
QUESTIONARIO DI GRADIMENTO	Valutazione					Astenu ti	Nulle
	1	2	3	4	5		
Quanto consideri utile il centro sociosanitario?	0	4	3	30	168	5	0
Quanto importante è la presenza del collaboratore nell'entrata?	0	5	12	58	131	4	0
Quanto ritieni valida la presenza dell'infermiera ambulatoriale?	0	1	2	32	171	4	0
Quanto ritieni valida la presenza dell'infermiere domiciliare?	0	--	8	25	159	17	1
Quanto ritieni valida la presenza dell'assistente sociale?	5	7	23	36	120	19	0
Quanto ritieni confortevole ed accogliente la sala d'attesa?	1	10	26	67	98	8	0
Quanto consideri utile il punto prelievi?	0	1	2	16	180	11	0
Quanto i medici e gli operatori sociosanitari rispondono in modo adeguato alle tue esigenze e richieste?	1	5	30	65	103	6	0
Quanto è migliorato il servizio sociosanitario rispetto al passato?	2	3	13	67	118	7	0
Quanto conosci la carta dei servizi?	26	29	37	35	45	38	0
	35	65	156	431	1293	119	1

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

UTILITA' CENTRO SOCIO SANITARIO

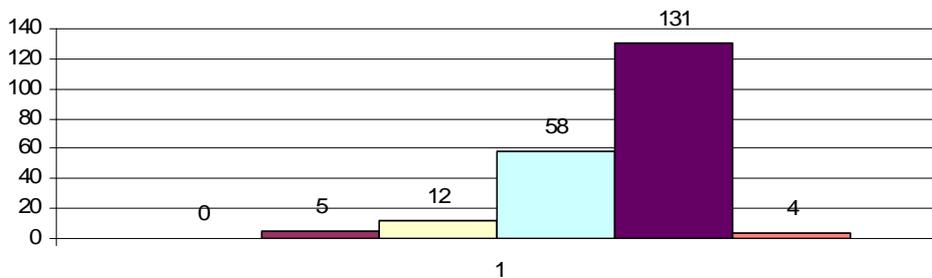


■ INSUFFICIENTE ■ SUFFICIENTE ■ DISCRETO ■ BUONO ■ OTTIMO ■ ASTENUTI



CREDO NON SI POSSANO AVERE DUBBI SUL PENSIERO DEGLI UTILIZZATORI E SULLA BONTA' DELL'INIZIATIVA CHE RAGGIUNGE IL 98% DEGLI INTERVISTATI

IMPORTANZA DEL COLLABORATORE

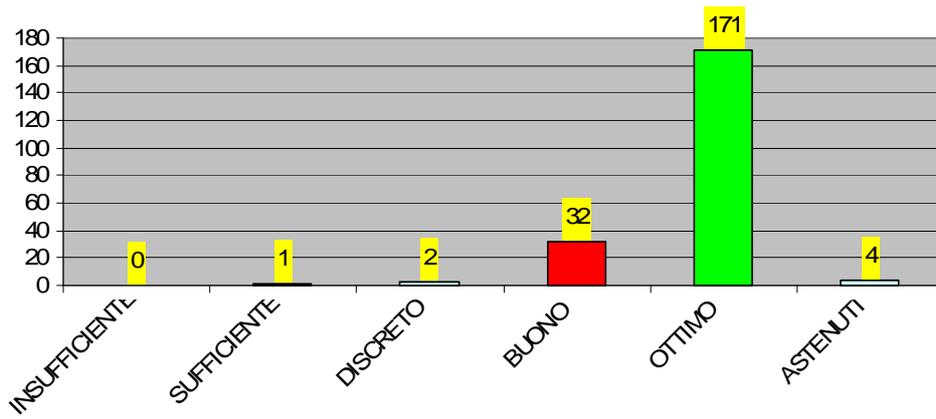


■ INSUFFICIENTE ■ SUFFICIENTE ■ DISCRETO ■ BUONO ■ OTTIMO ■ ASTENUTI



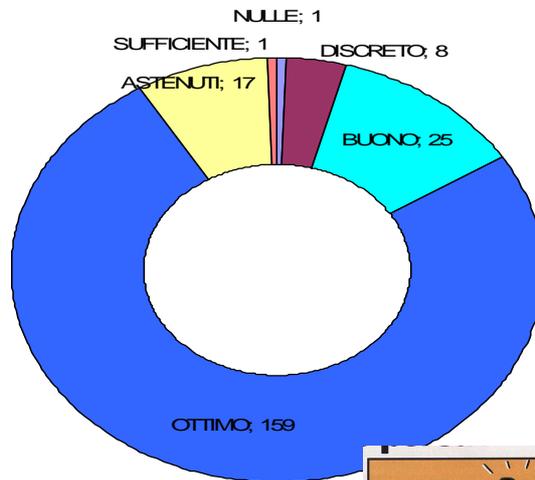
Sono riuscito ad ottenere un buon voto visto che 201 persone su 210 hanno espresso un parere favorevole alla mia presenza

IMPORTANZA DELL'INFERMIERA



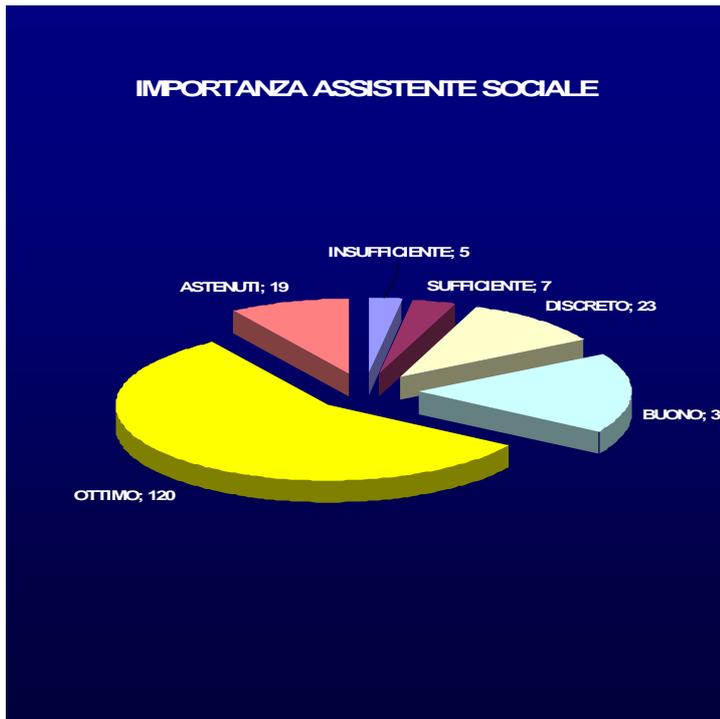
ANCHE PER L'INFERMIERA NON MANCANO LE SODDISFAZIONI SE 205 PERSONE SU 210 ESPRIMONO UN GIUDIZIO POSITIVO

IMPORTANZA INFERMIERE DOMICILIARE

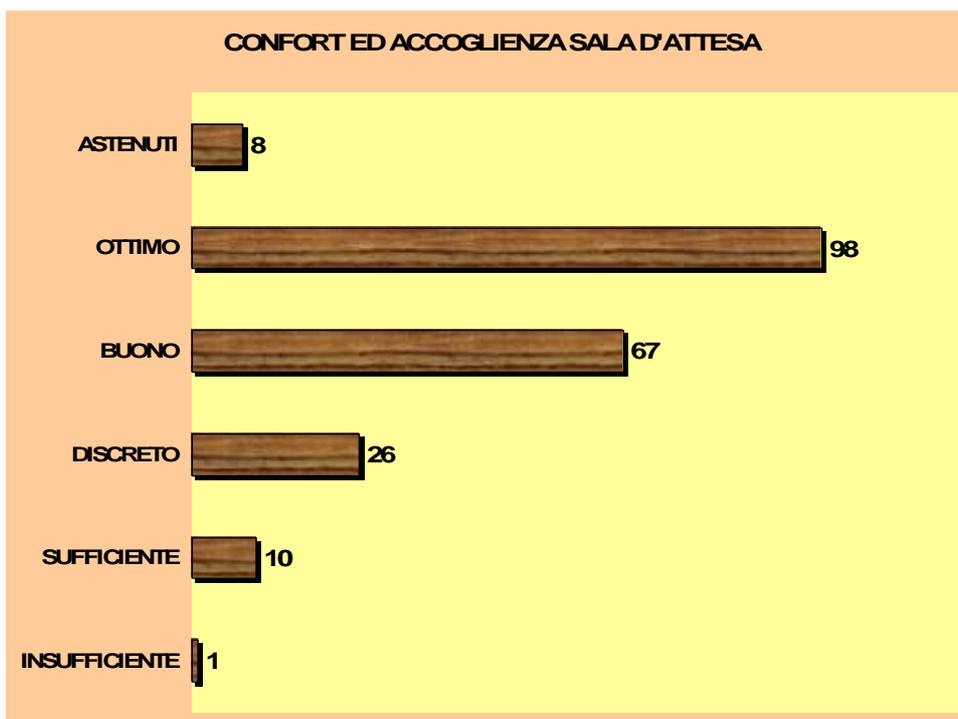


POCHI SANNO DEL NUOVO ARRIVATO, MA SONO ESTREMAMENTE SODDISFATTI DELLA SUA PRESENZA

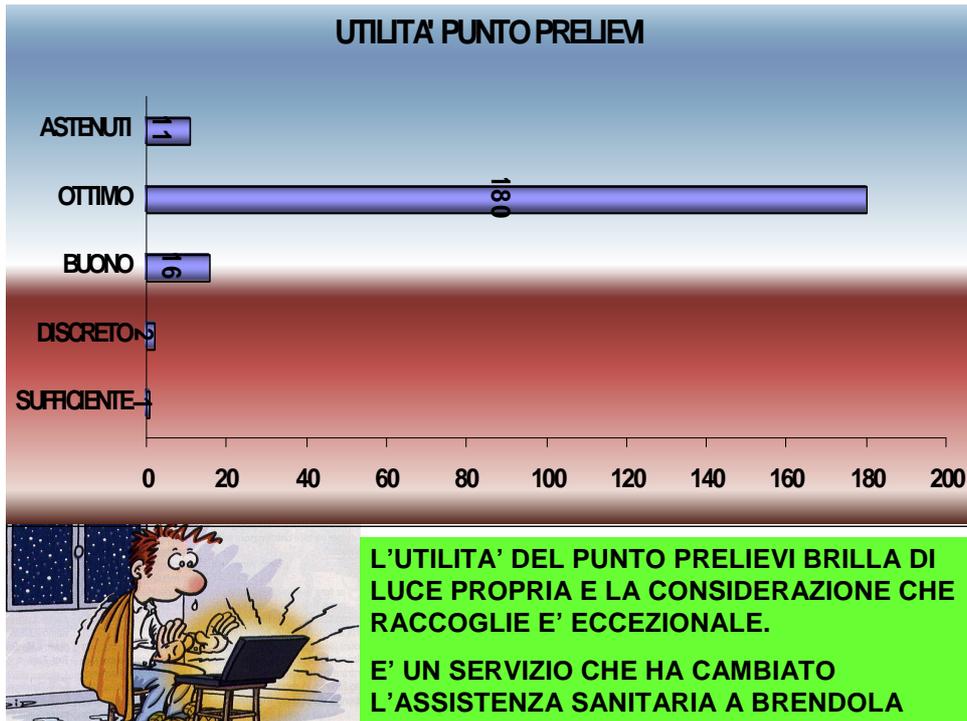


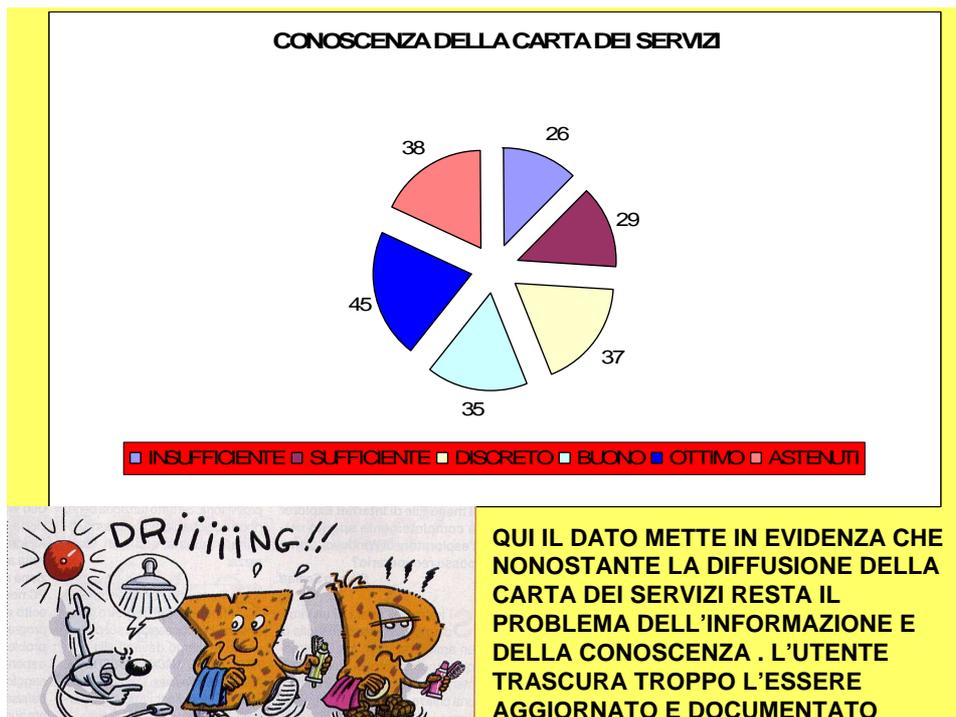
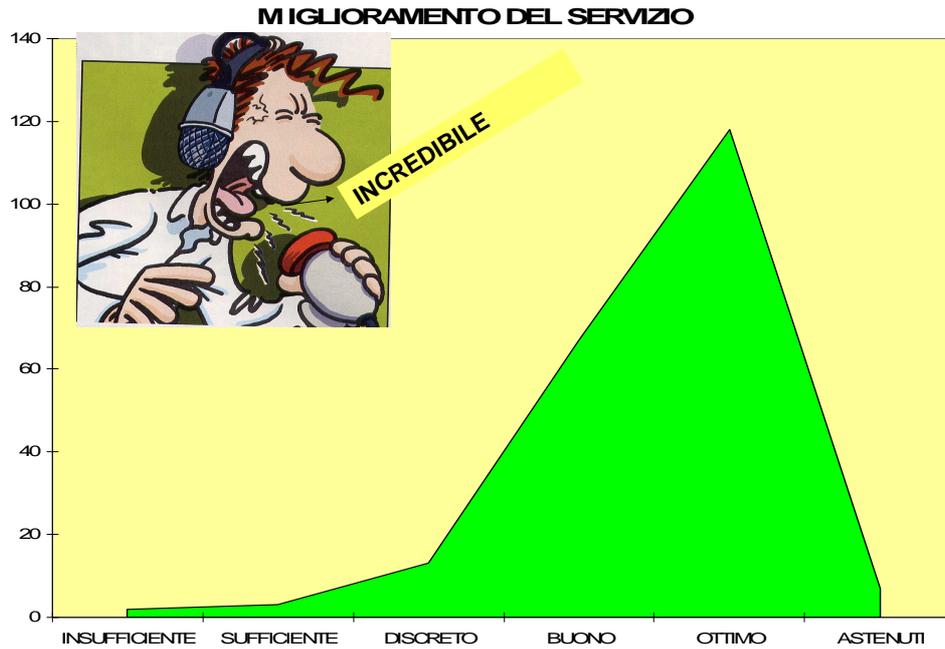


LA NOSTRA
ASSISTENTE
SOCIALE PUO'
ESSERE
CONTENTA
DEL
RISULTATO:
I NUMERI
PARLANO
CHIARO



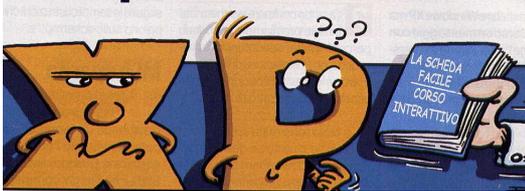
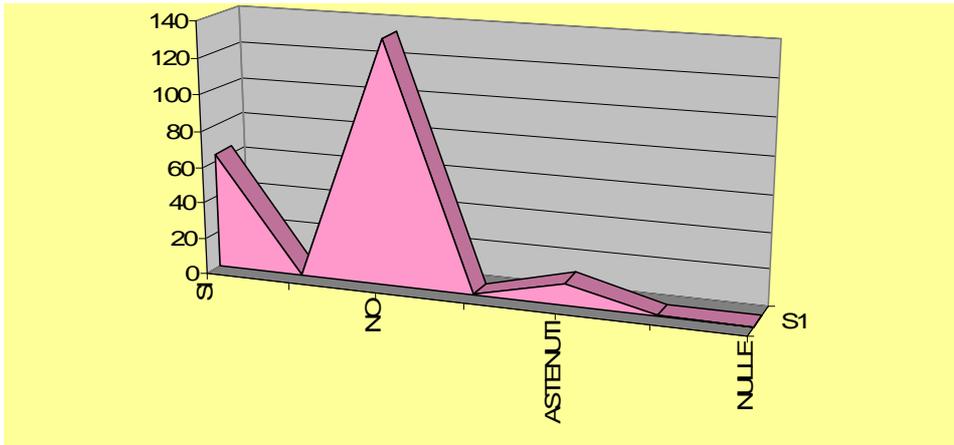
Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA





Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

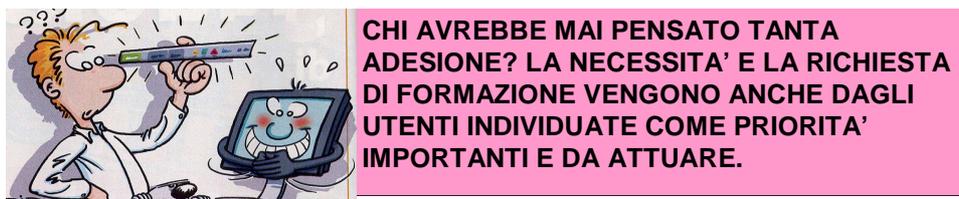
CONOSCENZA CENTRI SIMILI



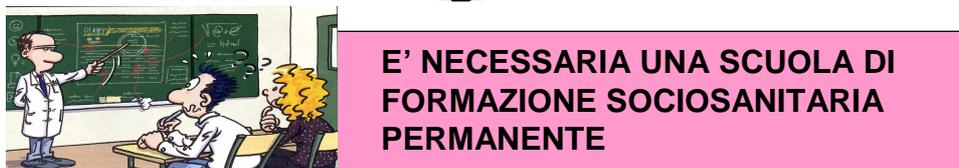
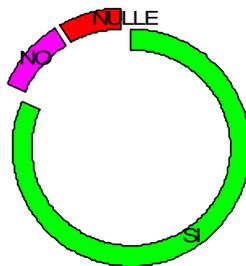
LA DOMANDA ERA PROVOCATORIA
IN QUANTO NON ESISTE IN VENETO
CENTRO SIMILE. DI CONSEGUENZA
LA RISPOSTA E' DI DIFFICILE
INTERPRETAZIONE



E' UN
PLEBISCITO



VUOI SERATE DI INFORMAZIONE



**IL CAMPIONE UTILIZZATO PER IL TEST DI GRADIMENTO
NON PUO' ESSERE LA FOTOGRAFIA PRECISA DELLA REALTA'
BRENDOLANA, MA CI CONFORTA E CI CONFERMA NELL'IDEA
CHE LE INNOVAZIONI PREMIANO QUANDO AL CENTRO
DELL'OPERARE TECNICO E PROFESSIONALE VIENE
POSTA LA PERSONA CON I SUOI BISOGNI E LE SUE NECESSITA'**



Siamo a settembre 2007 con ormai alle spalle un progetto qualità ed un test di gradimento che sono confortanti e lasciano spazio ad altre potenzialità.

In questo periodo iniziano ulteriori trattative per migliorare la gestione quotidiana del centro sociosanitario. Uno dei problemi in sospeso è la pulizia dei locali affidata dal Comune ad una cooperativa e che lascia a desiderare, meglio lascia parecchio sporco nei locali. La gestione dei servizi energia, centralino, pulizie, manutenzione ordinaria è ancora in carico all'Amministrazione comunale, a cui la cooperativa versa mensilmente le propria parte di competenza. Partendo da questa situazione si conviene di trasferire tutta la gestione e le utenze alla cooperativa sociale 81 assistenza che diventa intestataria di tutta la manutenzione e servizi. Il contratto di pulizia scadeva a fine 2007 e dopo aver dato regolare disdetta la cooperativa sociale 81 assistenza andava ad assumere a tempo indeterminato per tre ore al giorno un'operatrice. La differenza nei risultati si notò subito ed il centro continua a presentare un aspetto gradevole e pulito nonostante le migliaia di accessi all'anno.

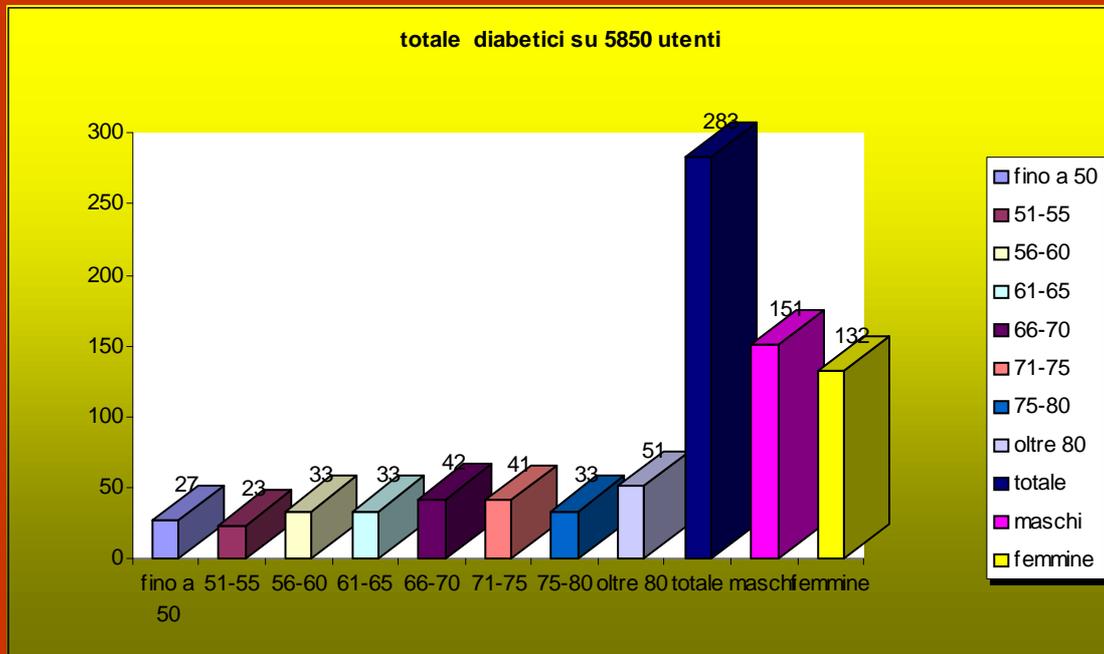
Purtroppo alla fine del 2007 c'è stato un cambio nella direzione Ulss con la partenza del direttore generale avv. Daniela Carraro. Certamente per noi è stata una perdita importante perché è venuta a mancare una convinta sostenitrice del progetto, ancora incompleto per la mancanza degli specialisti presso il centro. Vari progetti sono stati discussi e sollecitati, ma senza risultati concreti. Siamo ancora in attesa di concretizzare tale aspirazione, nonostante le promesse. Sia chiaro a tutti che il

blocco non è dovuto ai medici, ma alla dirigenza sanitaria che si muove sempre con tempi biblici. Torna il concetto che solo le sinergie producono effetti positivi, ma per interagire bisogna essere tutti disponibili. Nel frattempo siamo giunti agli inizi 2008 e qualcosa di nuovo si voleva produrre. Ci siamo orientati ad attivare qualcosa da soli, ma per questo non meno importante. Abbiamo pensato di costruire un percorso di ricerca epidemiologica ed una scuola di formazione permanente sociosanitaria in collaborazione con l'associazione laboratorio Brendola e la biblioteca comunale che hanno integrato il progetto con altri due corsi sull'economia domestica e sull'educazione ambientale.

Conoscere per capire è il filo conduttore di tante pagine. Conoscere l'epidemiologia, la prevalenza delle malattie, la situazione sanitaria del paese è un impegno destinato di solito ai ricercatori, agli addetti ai lavori per scopi statistici, raramente i medici si impegnano in questa attività. I medici di Brendola senza falsa modestia costituiscono una eccezione nel circondario e all'interno dell'Uls. Come gruppo abbiamo raccolto dati su alcune patologie che ci permettono di capire meglio la situazione ed elaborare piani di intervento mirati con vantaggio gestionale e per l'utente.

Presentiamo alcuni dati di lavoro e di ricerca epidemiologica dal 2006 al 2008.

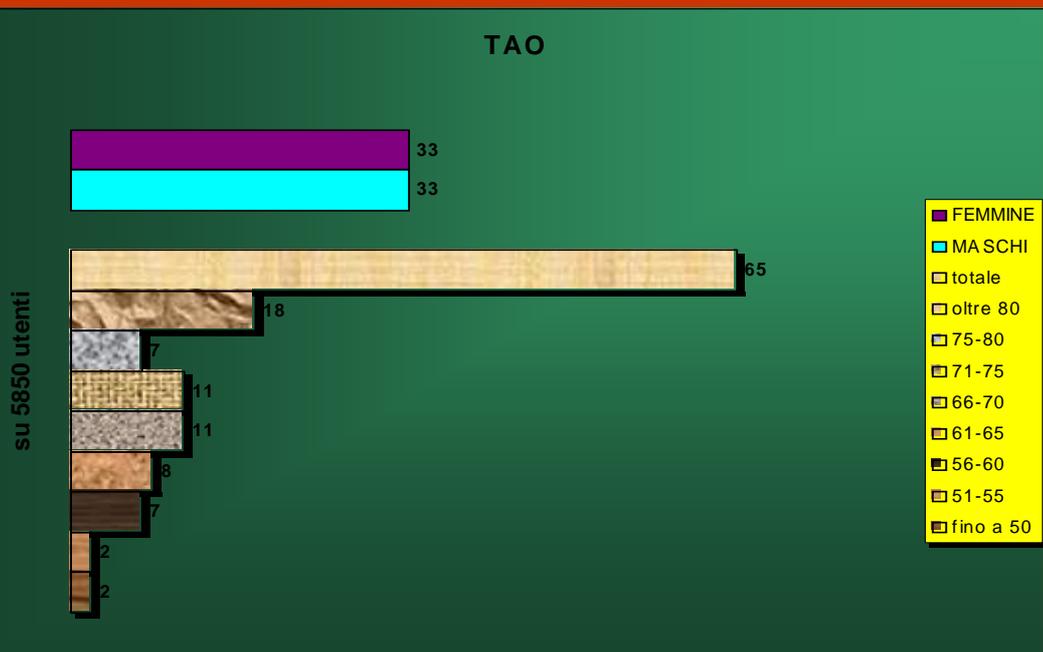
DIABETE



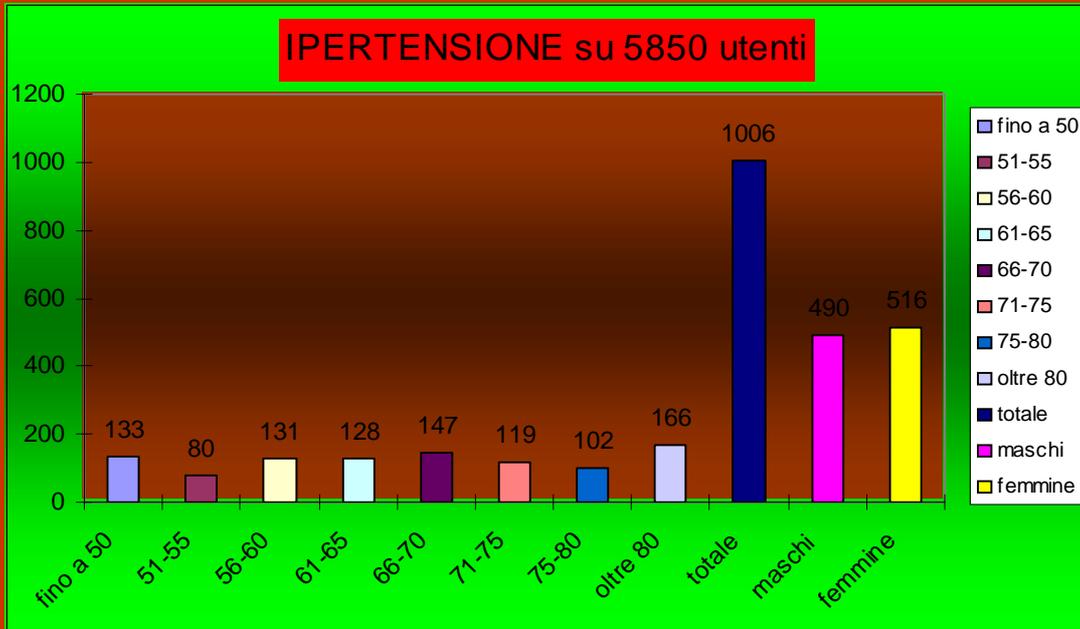
GLAUCOMA



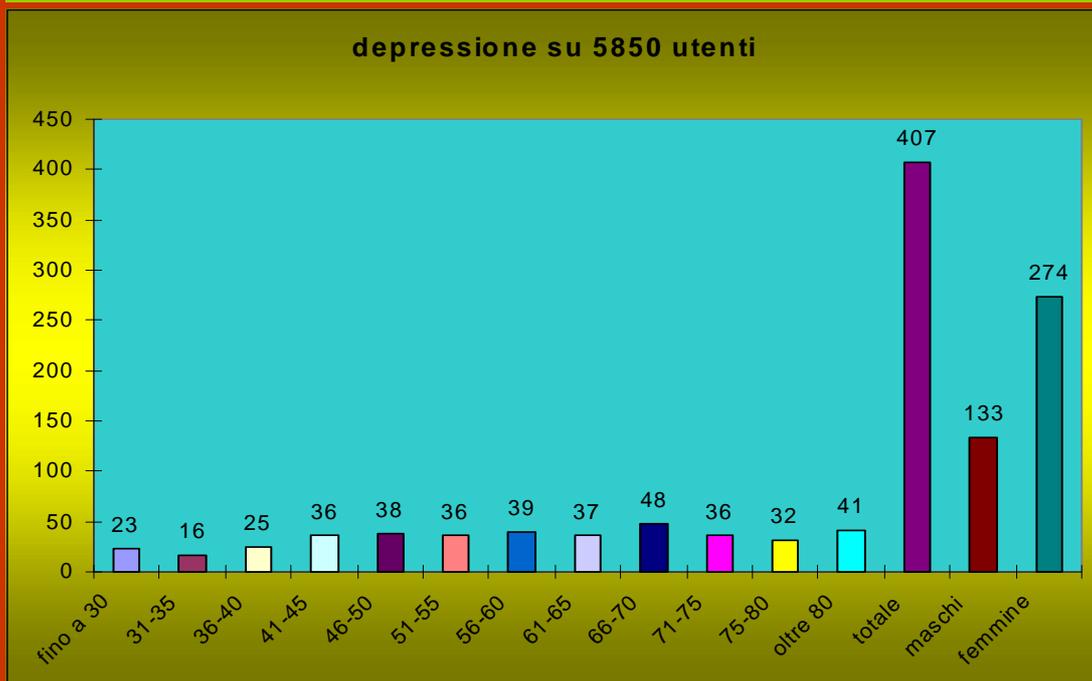
TERAPIA ANTICOAGULANTE

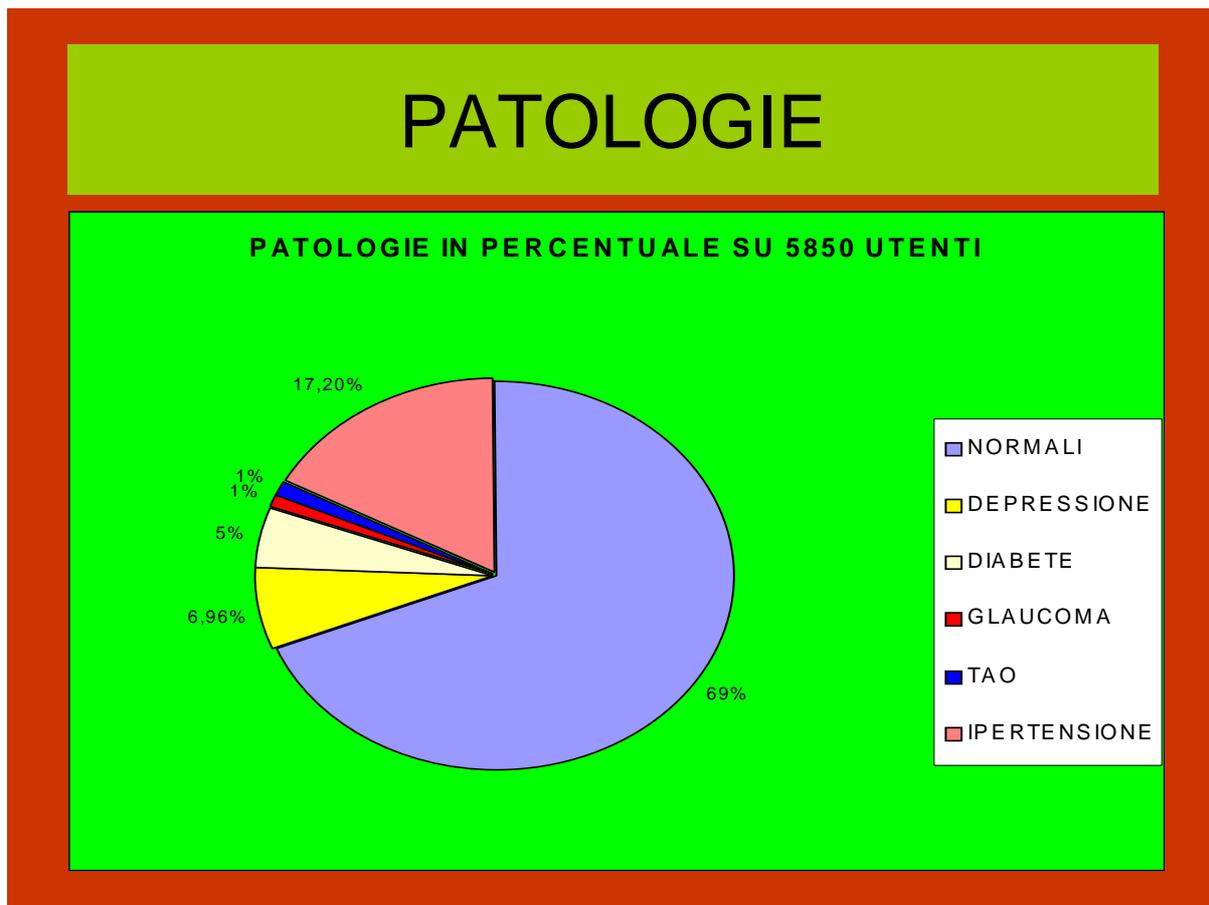


IPERTENSIONE



DEPRESSIONE



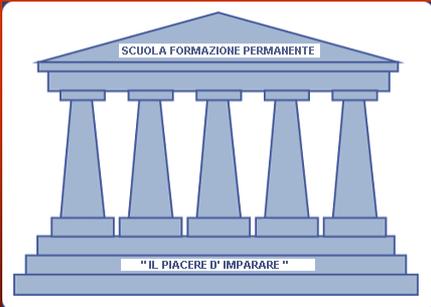


Queste sono tabelle riassuntive di un lavoro più ampio e complesso che ho ritenuto di riassumere al solo fine di dare un'idea dell'impegno comune. Evidentemente alcuni quadri patologici si traducono nella situazione più generale con sovrapposizioni e scostamenti di scarso rilievo, ma in altri casi sono tipici di un territorio. Resta ancora molto lavoro da fare, ma aver in questo periodo affrontato in maniera sistematica la materia fornisce la base per altre indagini e considerazioni.

La posizione di attenzione ed analisi dei bisogni, sostenuta anche da alcune rilevazioni fatte, ci induce a ritenere la formazione dell'utente, del cittadino sano ed ammalato, estremamente importante e dalle ricadute pesanti nella qualità della salute. Con tutti i limiti di tipo economico ed organizzativo esistenti ci siamo attivati a fondare una scuola di formazione permanente che ha avuto anche il patrocinio comunale. Siamo convinti che la crescita di conoscenze delle persone porti ad un miglioramento della salute e dell'operare medico. Anche quest'anno 2009 la scuola di formazione permanente continua anche se è venuto a mancare l'apporto dell'amministrazione comunale.

Progetto aggiuntivo d'iniziativa

SCUOLA DI FORMAZIONE PERMANENTE
PER TUTTI I CITTADINI

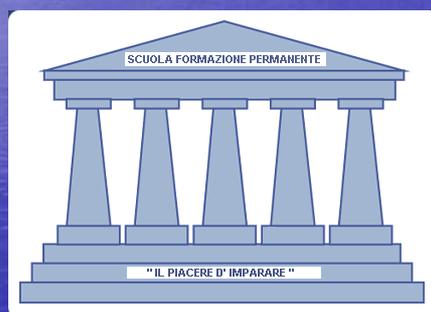


CORSO DI EDUCAZIONE SANITARIA

- Due serate al mese - dalle ore 20.30 alle ore 22.30 :
- **1° e 3° venerdì del mese, da ottobre a marzo.** Con la messa a punto delle conoscenze dei partecipanti, breve relazione animata da schede, slide videoproiezioni, documenti, dispense; Approfondimenti e studio personale a casa su testi e dispense.
- Programma:
 - (3-17/10) Apparato circolatorio Dr. Giuseppe Visonà
 - (7-21/11) Nozioni di base Giovanni Caldonazzo
 - (5-19/12) Apparato scheletrico Dr. Vittorio Fantuz
 - (2-16/01) Apparato motorio Dr. Giovanna Stefani
 - (6-20/02) Apparato respiratorio Dr. Giorgio Castegnaro
 - (6-20/03) Embriologia Dr. Roberto Gallo

ANNO 2008

CORSO DI ANIMAZIONE SOCIALE



PREMESSE

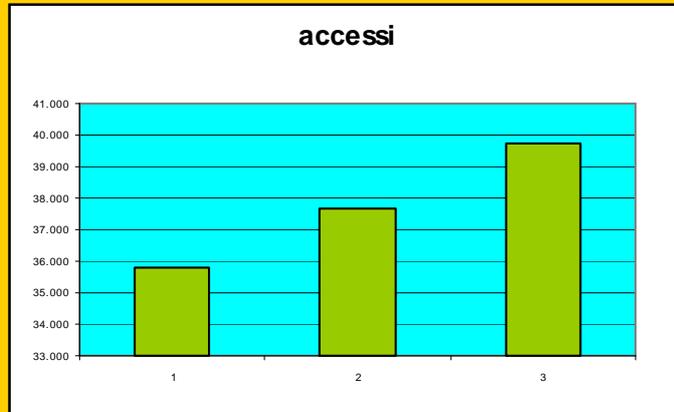
[FORMAZIONE X STORIA SOCIALE.ppt](#)

PROGRAMMA

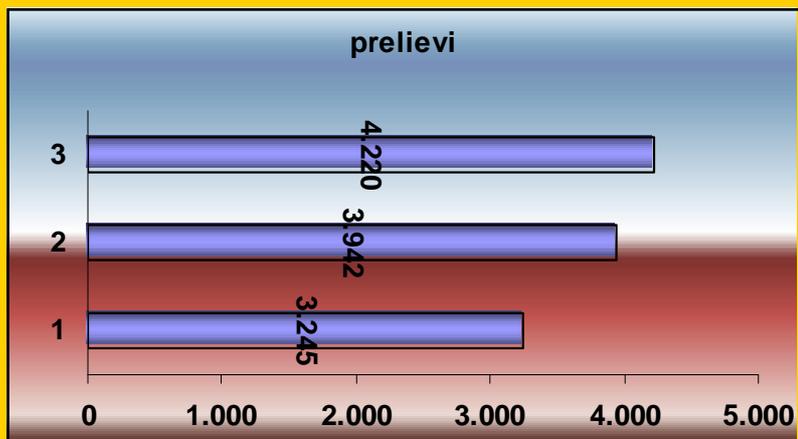
CORSO DI ANIMAZIONE SOCIALE:

- Due serate al mese - dalle ore 20.30 alle ore 22.30 ;
- 2° e 4° venerdì del mese, da ottobre a marzo.
- Programma:
- (10/10) Una nuova cultura dell'attenzione
- (24/10) Dipartimento sociale
- (14/11) Tossicodipendenze
- (28/11) Tossicodipendenze
- (12/12) Anziani: nuovi approcci culturali
- (09/01) Anziani: attività e servizi
- (23/01) Handicap: evoluzione culturale
- (30/01) Handicap: iniziative e servizi
- (13/02) Immigrazione: popoli in movimento
- (27/02) Immigrazione: risorsa o problema
- (13/03) Nuove povertà e nuovi bisogni
- (27/03) Terzo settore

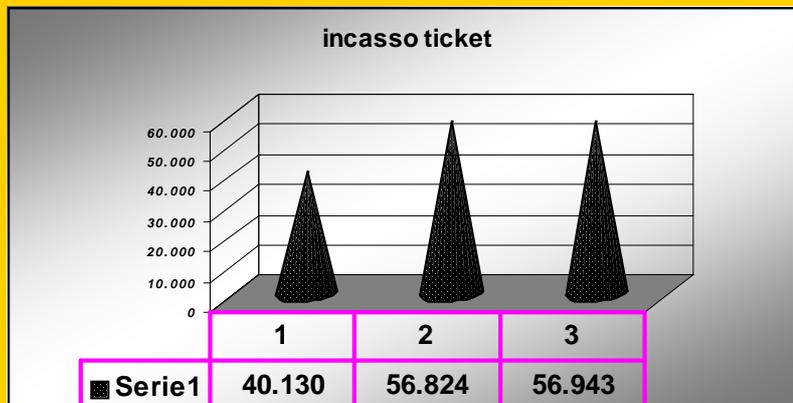
Accessi



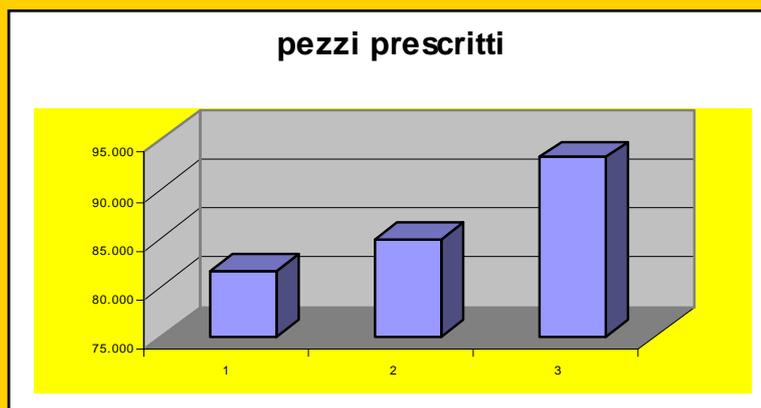
Dati prelievi



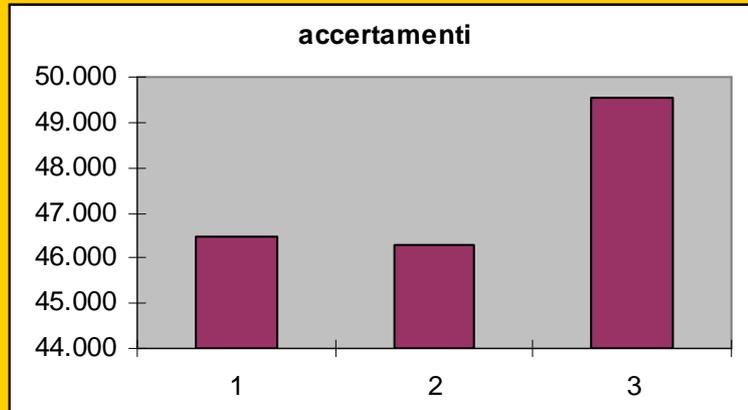
€ incassati per l'Ulss



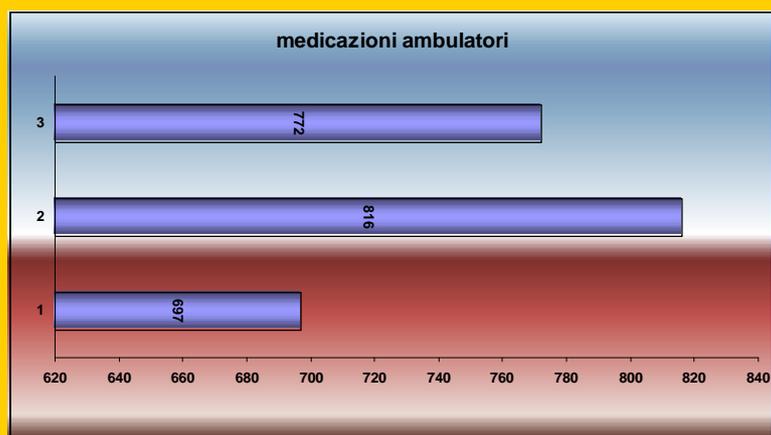
Pezzi di farmaci prescritti



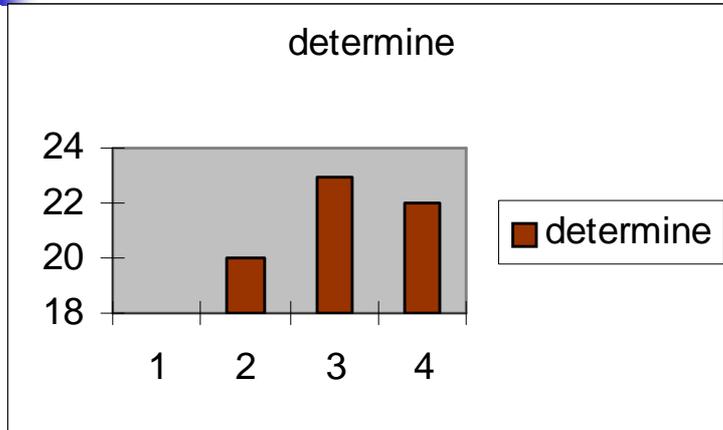
Numero accertamenti



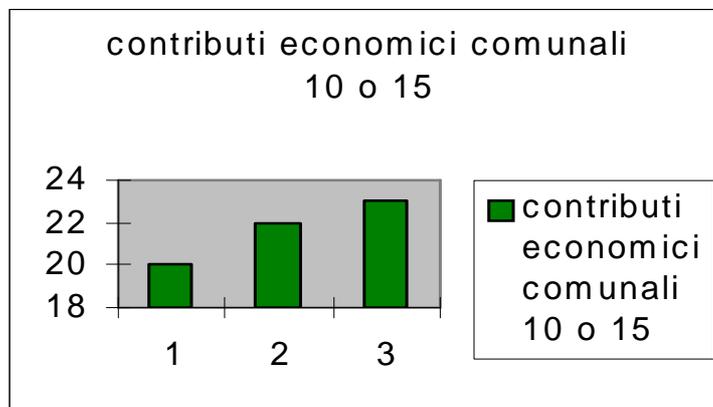
Dati medicazioni



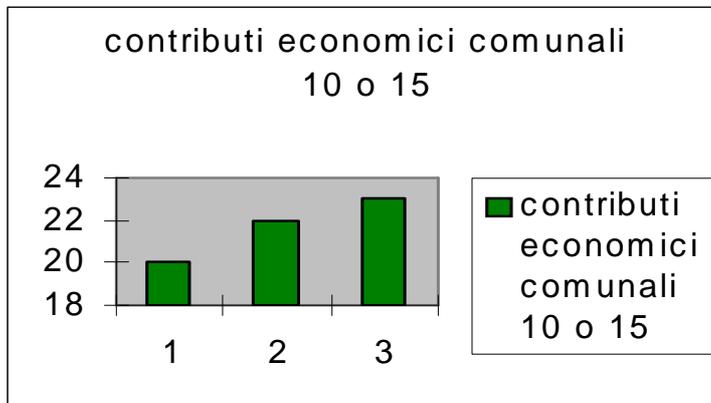
Alcuni dati servizi sociali



Alcuni dati servizi sociali



Alcuni dati servizi sociali



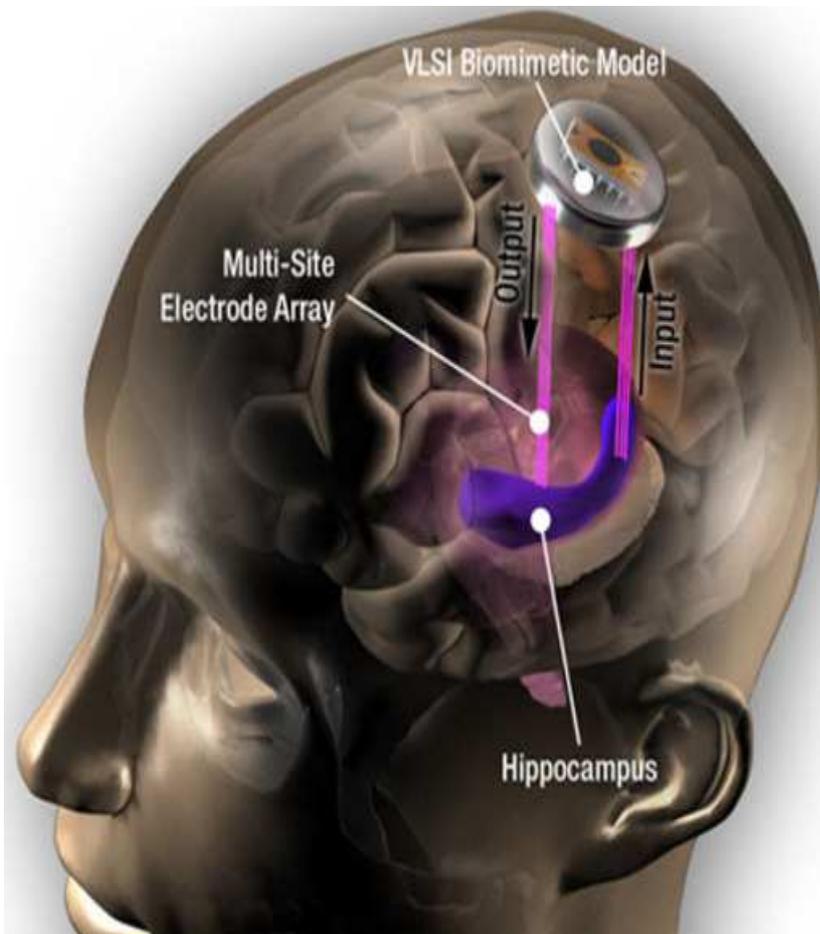
Alcuni dati servizi sociali



Questa sezione dedicata a grafici e tabelle riassuntive della nostra attività è parziale e indicativa di un sistema organizzativo e di monitoraggio del lavoro costante e continuo che permette in ogni momento di ricavare dati utili e sensibili per conoscere il territorio e la gente. Sono alcuni dei tanti quadri che abbiamo analizzato e verificato periodicamente per imparare noi per primi in quale direzione muoverci per rispondere alle nuove realtà ed ai nuovi bisogni. Sicuramente vale il concetto “conoscere per capire”, “comprendere per cambiare”. La conoscenza permette di rispettare il lavoro svolto ed assumere un atteggiamento critico positivo nella direzione di ottimizzare e non distruggere una realtà che potrà ancora dare soddisfazione agli operatori e a quanti, politici e dirigenti, vorranno dare un contributo allo sviluppo.

CONSIDERAZIONI

Non è facile per nessuno tracciare dei giudizi netti e precisi, ma è un obbligo di tutti verificare le intenzioni e l'operato professionale. In queste righe che seguono si tenterà una valutazione il più oggettiva possibile di questi anni di attività del centro sociosanitario riconoscendo i limiti e le criticità di ogni operare. L'unica cosa che potrebbe risultare offensiva per qualsiasi persona è la decisione presa a priori, senza aver considerato e pesato l'impegno, di ritenere il passato un errore da cancellare, un percorso da dimenticare, un tentativo personalistico e non ancorato ai bisogni della gente, un progetto costruito unicamente a fini di lucro.



"Siamo sollecitati continuamente a monitorare: i parametri della nostra salute, dal colesterolo alla pressione arteriosa; i parametri della nostra economia personale e familiare; i parametri del nostro impegno professionale, *ma mai sentiamo la necessità di monitorare o semplicemente di rilevare quali siano le regole che seguiamo nel nostro comportamento.....*".

Il medico di famiglia è in agonia...

- Vittima di un'idea buona, ma

Negli anni Cinquanta il filosofo esistenzialista **Karl Jaspers**, provenendo dalla sua esperienza di medico, tenne alcune conferenze sui problemi cruciali della medicina:

la figura del medico,

il rapporto medico-paziente,

il medico di fronte alla tecnologia.

Al proposito la sua diagnosi è pessimistica: l'avvento dell'assistenza medica è avvenuto a spese dell'impegno umano del medico.

Nelle sue parole:

L'umanità presente nell'idea di un'assistenza medica generalizzata, estesa a tutta la popolazione, si trasforma in disumanità a causa delle modalità di tale assistenza“

(il medico nell'età della tecnica)

- Vittima della tecnica.....

Cominciano a vacillare sia i presupposti dell'Umanesimo, che aveva esaltato l'uomo, sia l'idea tipicamente illuministica del progresso come fonte di felicità.

Il dominio incontrastato del mondo della tecnica, nel quale siamo immersi, ha alimentato gravi problemi.

E' un fenomeno da cui la medicina è tutt'altro che immune.

La tecnica, da mezzo pratico della scienza finalizzato a ogni sorta di beneficio fattuale, è diventata essa stessa un fine che ha nello spirito di competizione il suo motore.

La competizione è ormai una necessità, un imperativo per battere la concorrenza, per aumentare la produzione a vantaggio del consumo.

Si tratta di una stortura che non trova una giustificazione morale, e tuttavia, trattandosi di un meccanismo che sfugge sempre più al controllo, una stortura difficilmente evitabile.

- Vittima della società....

La società determina i mezzi e le modalità della professione medica. Con il decreto legislativo 502, che nel 1992 introdusse il concetto di "autonomia imprenditoriale" delle Unità Sanitarie Locali (art. 3 comma 1-bis), il sistema sanitario è stato assimilato a un'impresa di produzione, per la quale la qualità sanitaria (art. 10) non è più relativa al rapporto medico-paziente, ma a quello tra il numero e il costo delle prestazioni sanitarie. **E' questo il “ tradimento etico ” della società attuale nei confronti della medicina.**

"La scienza medica è l'unica in fondo a non produrre nulla", dice Gadamer, il suo nucleo essenziale è la clinica, strutturata nella relazione tra medico e paziente, e il suo fine è il benessere del paziente. Nella realtà, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è attento più agli aspetti burocratici delle prestazioni mediche che non alle aspettative principali del malato, che sono la dedizione, la capacità di ascolto e la solidarietà del medico che ha di fronte.

- Vittima di sé stesso perché ...

"Solo il medico che si relaziona ai singoli malati adempie all'autentica professione medica. Gli altri praticano un onesto mestiere, ma non sono medici". Peraltro, le vicende giudiziarie, che più volte hanno portato alla luce un intreccio tra politica, malaffare e sanità, ci ricordano anche che un medico nominato nelle funzioni da un sistema di potere cui è estranea l'etica, tenderà ad avallare ogni richiesta (legittima o no) proveniente dallo stesso sistema di potere con ripercussioni negative sulla scienza medica, sul sistema sanitario e sul malato.

- Vittima del sindacato....

Se oltre alla società, anche al sindacato attuale (difende tutto e tutti) mancano dei principi etici su cui fondare il comportamento medico, come non esserne disorientati? Per i medici che "gestiscono" (prenderci cura e termine ormai obsoleto) un paziente concreto è difficile applicare categorie meramente economiche al lavoro quotidiano di diagnosi e cura dei propri assistiti.

- Vittima di una classe dirigente debole....

Certamente uno dei problemi nazionali è la qualità della classe dirigente, che non eccelle per innovazione e capacità manageriali, legate in maniera stretta agli assetti politici con una visione senza ampi progetti a medio e lungo termine. Una classe dirigente incapace di adottare criteri meritocratici e di svolgere controlli adeguati. Una classe dirigente scarsamente attrezzata per revisionare il proprio operato e rinnovare l'organizzazione.

- Vittima di una formazione universitaria che lo ignora....

Una fetta ampia e determinante, la medicina di famiglia, non vede ancora riconosciuto una formazione adeguata e strutturata. L'università sforna medici e specialisti in funzione della visione ospedalocentrica della sanità. La medicina di famiglia non possiede ancora un curriculum formativo specifico ed appropriato.

Un'utile base di partenza può essere una mentalità svincolata da ogni condizionamento ideologico, una mentalità laica nel senso etimologico di questo termine (in greco laikos significa "popolare"), che può essere identificata con l'atteggiamento mentale "che va bene per tutti gli uomini che cercano di ragionare con la propria testa, di percepire con i propri sensi e di amare con il proprio cuore.

La ricerca, la sperimentazione, la cura dei malati non sono nelle mani di Dio, ma nelle mani dell'uomo. Una retta prassi medica deve essere consapevole di questa verità elementare.

E' da tale convinzione che ha preso le mosse questo nostro contributo sul tema tanto delicato del rapporto tra medico e paziente nella società di oggi. Un rapporto che è entrato, giocoforza, in crisi e che richiederà forse decenni per risolversi.

Ma l'assistenza medica non si può fermare.

Che fare?

Da secoli è nota la figura del medico umanista. E' a questo modello tradizionale che il medico di medicina generale dovrebbe ispirarsi.

Anzi, se v'e tra i medici una persona più adatta a impersonare le caratteristiche del medico umanista, questa è proprio il medico generico e non lo specialista.

Una lunga tradizione vuole infatti che il medico generico nutra interessi anche estranei alla sua professione, mentre lo specialista tende più ad essere monopolizzato dalla sua specializzazione

La mancanza di tempo di fronte alla moltitudine di pazienti, l'eccessiva burocratizzazione per cui si è oberati da lavori estranei alla finalità medica, la routine della professione, non possono allontanare da quei requisiti di minima che un medico deve soddisfare:

il paziente, considerato sempre come fine e non come mezzo, rimane l'obiettivo essenziale.

E' un compito che il medico può realizzare più facilmente se resta saldo nella convinzione che il suo dovere fondamentale è la professionalità e non l'ossequio a una qualche ideologia.

Il paziente è il destinatario dell'attività del medico, ma con il suo potere di revoca ne è anche un partner alla pari. Le lagnanze dei pazienti nei confronti del medico sono ben conosciute e ormai di vecchia data, a partire dall'accusa di incomprensibilità della calligrafia. Ma non è solo questione di calligrafia. Il gergo grecizzante delle diagnosi insieme ad altri **atteggiamenti pratici ed organizzativi** può creare una barriera di incomprensibilità tra medico e paziente.

Viene in mente Heidegger quando scrive che c'è una differenza abissale tra il parlare della morte altrui e pensare alla morte propria. Non molto diverso è il caso della malattia: quando un individuo ne è colpito direttamente, cessa di parlarne con obiettività e distacco. Ma l'esigenza del paziente di non essere per il medico un semplice cliente contrasta con il quadro normativo attuale per il quale il paziente è esattamente ciò che lui non vorrebbe essere: un cliente. Basti ricordare l'importanza che il sistema sanitario attuale dà a processi quali la fidelizzazione e il marketing rivolti al paziente: processi non diversi da quelli che ogni altra azienda (alimentare, di abbigliamento, ecc.) utilizza per mantenere e incrementare il numero dei propri consumatori.

In tale contesto è auspicabile un maggiore spirito critico anche da parte del paziente perchè si accosti ai servizi sanitari con uno sguardo più ampio. **Egli non deve cioè limitarsi a reclamare i suoi diritti di malato, ma deve essere pure consapevole dei suoi doveri**

Il venir meno del concetto di sacralità ha trasformato la vita e la morte, rispettivamente in salute e malattia. La prima deve essere progettata, promossa e protetta, la seconda deve essere scoperta tempestivamente, circoscritta, curata e possibilmente guarita. Questa logica ci porta inevitabilmente tutti alla disfatta.

Bisogna educare la persona alla salute, aiutarla a sviluppare conoscenze, ad assumere responsabilità. La vantata, ma poco realistica, onnipotenza della medicina moderna capace di guarire ogni malattia, di evitare ogni dolore e di prolungare all'infinito la vita biologica ha creato nell'immaginario collettivo un'illusione: non si può più ammalarsi, soffrire e morire. Il marketing medico (Tv, giornali e media) ha trasformato i destinatari degli interventi in oggetti di consumo

Proviamo a vedere per blocchi il percorso impostato. Analizziamo quelli che sono stati alcuni degli elementi portanti del progetto.

Avevamo dichiarato queste

Motivazioni assistenziali:

- **Qualità e globalità dell'assistenza**
- **Mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e nel proprio domicilio**
- **Continuità nella gestione delle patologie croniche**
- **Promozione di stili di vita "sani"**
- **Gestione delle urgenze minori a livello territoriale**
- **Integrazione del sanitario con il sociale**
- **Prestazioni coordinate e integrate (ADI, anziani, malattie croniche): un paziente, diversi problemi, un solo tipo di risposta.**

L'impressione che questa nostra esperienza non interessi realmente più di tanto in campo sanitario ed a livello generale trova riscontro in una filosofia che si ferma prevalentemente sul piano economico più che motivazionale. Il massimo della sensibilità è rappresentato dall'implementazione dei servizi più che dalla qualità. La visione è limitata e contingente al momento in cui si realizzano le sperimentazioni senza ipotesi e previsioni per il futuro. Intanto partiamo, poi si vedrà. Non c'è la visione di un percorso e di una progettualità che devono durare nel tempo con eventuali correttivi. Il più delle volte si subiscono i cambiamenti richiesti, non si favoriscono processi di innovazione che tendenzialmente vengono ostacolati, salvo dover accettare che i risultati siano positivi. La sperimentazione è finalizzata quasi a se stessa nel senso che non c'è il tentativo di prevedere le conseguenze e le ricadute limitandosi alla routine dello scorrere degli avvenimenti o alle motivazioni altrui. Noi abbiamo avuto l'impressione che questa Utap era da fare

per un orientamento regionale più che per una partecipazione reale. L'unica ad aver avuto una condivisione motivazionale è stata la direttrice, mentre lo staff rimanente si è adeguato alla volontà del capo. Questa sensazione è giustificata dal tipo di approccio avuto in questi tempi fondato quasi esclusivamente sul piano economico con il richiamo frequente ai lauti compensi dei medici. E' sempre stato difficile spiegare che l'aspetto economico era successivo e conseguente ad un percorso ed impostazione motivazionali che andavano oltre il valore economico puro e semplice. Tanto è vero che se l'unica molla fosse stato il denaro, nessuno avrebbe speso tanto tempo ed impegno in questa direzione. Se l'obiettivo fosse stato solo il guadagno ci sarebbero state tante più strade e più remunerative. I medici quindi sono stati i principali attori in questa direzione. I medici forse a motivo della loro formazione e della loro forma mentis, della loro presenza nel territorio, della vicinanza alla gente e alle persone sono stati quelli che hanno sentito maggiormente le motivazioni assistenziali. **I medici di famiglia in virtù della conoscenza dei problemi fisici, psichi e sociali sono quelli che hanno sentito più forte il bisogno di integrazione sociosanitaria.** La parte pubblica amministrativa ha vissuto queste motivazioni in maniera più pragmatica, più funzionale e convinta che la cosa più importante era fornire opportunità di servizi alla popolazione. La dirigenza sanitaria ha sempre mostrato una certa resistenza a sostenere il progetto e, pur essendo del mestiere, non ha mai compreso a pieno il cambiamento che questa sperimentazione richiedeva. Un'attenuante per queste persone può essere rappresentata dalla mentalità e dall'attitudine a rapporti di dipendenza all'interno degli ospedali e delle strutture pubbliche. La logica del dipendente è molto diversa dalla logica del libero professionista. La struttura ospedaliera gerarchica ha difficoltà ad assumere atteggiamenti collaborativi tra pari e ragiona con la stessa metodologia anche al di fuori di tali spazi pubblici. Quindi la dirigenza aveva difficoltà a staccarsi dal rapporto di dipendenza consueto per costruire una collaborazione tra pari e tra compagni di avventura. Nello stesso tempo era più facile considerarci controparte e non soci in affari per un bene comune. Non è facile immaginare e lanciare un modo nuovo di lavorare in un quadro di riferimento così variegato e complesso. Le motivazioni dichiarate non si discostano molto da tante altre dichiarazioni di intenti e buone intenzioni, ma che normalmente restano nella maggior parte dei casi un desiderio diversamente da quanto si stava costruendo concretamente. **La nostra iniziativa sembrava quasi un'interferenza negli schemi classici di gestione della sanità ed in ogni caso è stata un tassello aggiunto non una riorganizzazione strutturale. Intendo dire che la comparsa di un nuovo attore che svolge un ruolo all'interno di una struttura comporta una revisione generale. Mi spiego meglio dicendo che se a Brendola si eseguono 4220 prelievi ematochimici, da qualche parte verrà a mancare tale carico di lavoro agli operatori. Una revisione di conseguenza si impone nel senso di rivedere come utilizzare il tempo reso disponibile dal lavoro altrui. Allora come azienda ho la possibilità di modificare gli assetti e ristrutturare l'attività.** Se questo fenomeno non si verifica avrò solo costi aggiuntivi, ma che non possono essere imputati al nuovo attore e collaboratore, ma al mancato riordino. Se l'esperienza Utap non si inserisce in questa logica globale non potrà tradursi in benefici globali, ma in un costo aggiuntivo che si tradurrà in un vantaggio diretto solo per i brendolani. L'approccio alla sperimentazione, anche se piccola e modesta, deve inserirsi in una visione generale che abbiamo l'impressione non percepita. Anche i medici corrono dei rischi e delle condizioni di incertezza legate al mantenimento del rapporto fiduciario diretto con il paziente. Bisogna porre molta attenzione al fatto che l'organizzazione associativa comporta dei rischi nei rapporti con gli utenti. Il rischio di diluire la responsabilità diretta nei confronti del paziente nella responsabilità comune e di gruppo è nascosto dietro l'angolo e favorito dalle nuove modalità di erogazione del servizio. Non è fantasia tenere in dovuta considerazione la possibilità che il paziente usufruisca della comodità rispetto al legame fiduciario, in particolare per tutte quelle necessità quotidiane di ricettazione, richieste di visite od esami strumentali che rivestono un'aria neutra rispetto alla comunicazione personale. Altro aspetto non secondario è il cambiamento di ruolo del medico nella relazione tra paziente ed azienda sanitaria. La figura classica di mediatore, al centro tra paziente e sistema sanitario, rischia di spostarsi verso il sistema che in seguito all'accordo richiede un atteggiamento di sostenitore e più di parte. Il medico che possedeva un senso critico

verso la struttura in particolare verso alcuni settori con inefficienze, deve non perdere di vista la criticità anche se per alcuni versi è più legato di prima al governo sanitario. Il senso critico deve raddoppiarsi sia verso il proprio operato sia verso l'azienda sanitaria. Ed ancora come non ammettere, i numeri sono documento certo, che l'ampliamento dei servizi e della qualità degli stessi comporta un aumento del carico di lavoro e del consumo. Altro rischio reale e da sorvegliare è l'utilizzo dei servizi da parte dell'utente. I cittadini in tutto questo percorso sono stati poco coinvolti e scarsamente informati con incontri e serate. La conferma è venuta anche dalla scarsa conoscenza della carta dei servizi che abbiamo distribuito in maniera massiccia e consistente. Il cittadino è ancora collocato nella logica del consumo. Il cittadino non è stato minimamente coinvolto come attore e corresponsabile in questa operazione. Il cittadino è ancora relegato in un ruolo passivo e di utilizzatore. La crescita culturale della gente, la formazione sanitaria generalizzata è un pilastro indispensabile nel cambiamento. Il bisogno di crescita dell'utente è inderogabile e sentito dallo stesso. In questa direzione si è posto il nostro tentativo limitato e semplice di fornire opportunità creando la scuola di formazione permanente per tutti. Evidentemente la cooperativa non ha i mezzi e le dotazioni necessarie per dare una giusta e ampia dimensione al fenomeno. Anche in questo caso le sinergie diventano essenziali per non sprecare risorse, tempo e dare una visione prospettica futura.

La nuova organizzazione non si è tradotta in una relazione diversa con gli ospedali, con i vari referenti sanitari. Avevamo pensato di costruire un protocollo di comunicazione con i reparti utilizzando gli strumenti tecnologici disponibili. Ma al momento è rimasta un'idea, una buona intenzione che il tempo ci permetterà di realizzare anche da soli. I cambiamenti sono difficili anche per i medici che nonostante gli anni di collaborazione e conoscenza hanno ancora bisogno di migliorare la comunicazione e la condivisione tra loro. Ritengo sia stata fondamentale la scelta di fondare la cooperativa perché è l'unica garanzia di durata che la sperimentazione può contare. Le strutture sono elementi capaci di reggere eventuali cedimenti individuali e assicurare la continuità dopo di noi o meglio oltre di noi. **La nostra sperimentazione è piuttosto complessa. Quello che spesso mi ha fatto arrabbiare è proprio che la maggior parte delle persone non hanno mai capito la complessità del centro sociosanitario. Non riesco a spiegare quanto lavoro esigeva la costruzione di tale esperienza in quanto alla maggior parte delle persone non è chiaro il concetto di complessità o confonde il termine con complicato. Le complicazioni si risolvono facilmente con specialisti e con interventi semplici e competitivi che quasi sempre riguardano il "fare". La complessità invece richiede relazioni, collaborazioni, pari dignità, integrazione, rispetto e tante altre caratteristiche innovative dell'essere, della persona, qualità umane non facilmente acquistabili sul mercato.**

La teoria della complessità, a livello scientifico, tratta di una visione interdisciplinare degli studi che si occupano di sistemi complessi adattivi, teoria del caos, teoria dei sistemi, intelligenza artificiale, cibernetica, meteorologia, ecologia, fenomeni termodinamici lontani dallo stato di equilibrio. Spesso è indicata anche con i termini scienza della complessità, sfida della complessità oppure pensiero della complessità. In questo ambito per "complessità di un sistema" non si intendono le sue proprietà intrinseche oggettive, ma piuttosto le proprietà dell'insieme costituito dal soggetto osservatore (e creatore del modello) ed il modello stesso. La cosa, quindi, è molto più difficile. In una prospettiva epistemologica la complessità svolge un ruolo fondamentale nel pensiero contemporaneo, introducendo novità molto rilevanti come:

- Una nuova collaborazione tra scienza e filosofia.
- Un nuovo modo di fare ricerca scientifica per mezzo del computer, della simulazione e dell'approccio "bottom – up" che consente la verifica di teorie altrimenti non verificabili.
- Una nuova visione dell'evoluzionismo.

Il termine *complessità* ha recentemente conosciuto una grande diffusione negli ambienti scientifici. Si trova, spesso unito ad altri termini più specifici, dando luogo a espressioni di moda in molti progetti di ricerca (*sistemi complessi, teoria della complessità, ecc.*) anche in campi molto diversi tra di loro, quali la Medicina, la Fisica, la Biologia, la Chimica, l'Economia, la Sociologia.

Su un dizionario, la definizione di *complesso* è analoga in italiano (Vocabolario della Lingua italiana, *Istituto della Enciclopedia Treccani*: "Che risulta dall'unione di più parti o elementi") e in inglese (*Chambers Dictionary*: "Ciò che è composto da più di una cosa, ovvero di molte parti"), mentre il termine contrario *semplice* è definito come "*ciò che è costituito da un solo elemento*" ovvero, rispettivamente, "*ciò che consiste di una cosa o un elemento*". Vi sono però almeno due diversi significati, che si possono dare a questo termine. Il primo e più comune modo di intendere la complessità è legato alla interdisciplinarietà con il compito di trovare un linguaggio unificante che consenta una formulazione chiara e rigorosa, al fine di poter pervenire a risposte unitarie che si possano poi, eventualmente, frammentare in risposte specifiche per i vari settori. L'altro significato, che fa riferimento a proprietà "interne" ad un sistema (qualunque fenomeno questo sistema voglia descrivere), è invece correlato a fenomeni in cui intervengano effetti di *multiscala*, cioè effetti legati a proprietà che si esplicano a livelli di scala diversi. Si tratta di riuscire a stabilire una formulazione che tenga conto – ad uno stesso "livello" – dei fenomeni che avvengono a livelli diversi, con interazioni reciproche che portano a esiti non descrivibili da modelli semplici. Ben diversi sono i problemi relazionali, economici e finanziari a livello di famiglia, di piccola attività artigianale, di piccola azienda, di media azienda, di grande multinazionale, per non parlare di economia a livello di amministrazioni locali, nazionali, sovranazionali. In entrambi i casi cui si è fatto cenno si vuole operare nel senso contrario a quello seguito nel modellare i fenomeni, quando si cerca di spezzettare i problemi nelle loro componenti più piccole al fine di semplificare al massimo l'analisi. Molto più difficile è rimettere assieme i pezzi, cioè ricostruire la complessità dalla semplicità. L'approccio è quello di studiare il fenomeno nella sua interezza e nella sua complessità, anche se con questa affermazione non si vuole dire che bisogna ogni volta ricorrere a una visione olistica, totale, del mondo nel suo insieme, rischiando di sconfinare nella metafisica. Si tratta di riuscire a individuare i principali fattori di complessità e di trattare il problema specifico in modo unitario, cercando di mettere in evidenza gli effetti di interazione tra questi fattori, che non sono in generale rilevabili con una analisi frammentata di modelli semplici indipendenti. Si osservi ancora, che *semplicità e complessità* non sono necessariamente correlate a facilità di risoluzione o a complicazioni di calcolo. Non necessariamente complesso significa complicato. È ovvio che problemi complessi possono richiedere tecniche risolutive complicate, ma non sempre più complicate di quelle usate per risolvere problemi "semplici".

È interessante il fatto che non solo la gente comune ma anche gran parte delle élites faticino ad accettare l'idea che non tutto ciò che accade sia il prodotto di decisioni politiche. Essi mostrano di non riconoscere che molti accadimenti sono semplicemente il frutto del reciproco adattamento «spontaneo» fra i comportamenti di milioni e, a volte, miliardi di persone, l'esito aggregato, per lo più impreveduto e imprevedibile, di un gran numero di azioni ispirate da altrettante menti singole. Nonostante la secolarizzazione, gente comune ed élites continuano a credere che tutto si debba alla volontà degli Dei. Il guaio è che questa idea di onnipotenza è stata trasferita, proiettata, su uomini in carne ed ossa, i cosiddetti potenti della Terra.

Le parole cambiano di significato nell'era della conoscenza: perché la conoscenza è fatta di idee, parole e logiche, che hanno una loro storia e le cui implicazioni sono relative ai diversi contesti nei quali sono pensate. E non è quindi un caso che quello della complessità si dimostri un approccio apparentemente adeguato ai bisogni crescenti di comprensione che viviamo. "Stiamo vivendo in un momento di complessità senza precedenti, dove tutto si trasforma più rapidamente di quanto riusciamo a comprendere", scrive Mark Taylor. Perché ne soffriamo? "E' una

fase di transizione da un'epoca che appariva stabile e sicura a un'altra in cui, come tanti sperano, tornerà l'equilibrio". Doppio errore di prospettiva: non ci vedo niente di stabile nella storia del Novecento; come non credo che la stabilità sia la condizione alla quale possiamo davvero aspirare nel futuro immaginabile. E Taylor sembra concordare: "Nel mondo che sta emergendo, la complessità è una condizione irriducibile quanto ineluttabile, che, se da una parte genera confusione e incertezza, dall'altra ci offre, nelle attuali trasformazioni sociali, economiche, politiche e culturali, la possibilità di ripensare noi stessi in modo nuovo".

In effetti, la dimensione temporale è decisiva nella comprensione dei fenomeni se si segue un approccio basato sulla complessità. "A caratterizzare il momento della complessità non è il cambiamento in sé, quanto il ritmo del cambiamento. Ogni cosa si muove sempre più rapidamente, fino a rendere la velocità un obiettivo in sé. In questo modo, tutto ciò che abbiamo di più solido sembra dissolversi nell'aria, generando un senso di vertigine che alcuni accolgono come la morte di ogni falsa coscienza, mentre altri denunciano come l'avvento di un nichilismo catastrofico". La globalizzazione, l'internetizzazione, l'interdisciplinarietà, la multiculturalità e la crossmedialità innescano tendenze che alimentano la complessità delle interrelazioni tra i fenomeni e i pensieri. La reazione di fronte alla complessità può essere quella di rifiutarla. In quel caso, la semplificazione è banalizzazione: si affida il pensiero a qualcosa di radicale (un'interpretazione integralista della religione, o un pensiero unico economicistico o politico, oppure un'abitudine mentale ipnotica come quella della vecchia cultura televisiva) e si va avanti pensando di avere pensato il pensabile. Con conseguenze disastrose per la pace e per la visione del futuro.

Il criterio che permette di differenziare complicatezza e complessità dovrebbe comunque scaturire anche dall'evidenza del limite intrinseco alle spiegazioni che si danno della nostra esperienza, quelle cioè che puntano a semplificare, a ridurre, a sminuire la portata di un fenomeno, ad ignorare le innumerevoli relazioni possibili fra fenomeni ed eventi diversi. Quindi, nel momento in cui si prende coscienza dell'esigenza di una nuova situazione si dovrebbero, per così dire, ridisegnare anche gli strumenti e le procedure d'indagine e il sistema delle pratiche sperimentali di ogni disciplina. Ecco alla fine la spiegazione di tante "incazzature" durante le trattative: troppe persone non posseggono il concetto di complessità, che ha delle caratteristiche come

- tante componenti più o meno complesse,
- interazioni tra le componenti
- assenza di gerarchia piramidale
- interazione adattiva all'ambiente
- auto organizzazione dal basso all'alto, che significa costruire un modello in base alle conoscenze locali che si possiedono

Motivazioni professionali:

- **Assunzione di ruolo guida**
- **Superamento dell'individualismo professionale**
- **Confronto sui percorsi professionali (assunzione di linee guida di percorso)**
- **Condivisione di strumenti (percorsi diagnostico -terapeutici, linee guida, attività di programma, attività di progetto)**
- **Responsabilizzazione globale (anche nell'orientamento dell'uso delle risorse)**

Ci sono molti modi di definire il medico di famiglia ed ogni persona ha delle preferenze, ma quello che noi preferiamo è proprio *medico di famiglia*, perché mette l'accento sul paziente come persona. Il medico di famiglia prima ancora che le malattie cura il malato, nella sua interezza di persona, biologica, psichica, spirituale. Un medico olistico, insomma. Siamo convinti che questa definizione calzi perfettamente con il nostro operare. Ma vediamo altre definizioni.

Medico curante testimonia la centralità del medico di famiglia nel prendersi cura del paziente. Un secolo fa un medico poteva pensare di conoscere tutto lo scibile della medicina, e trent'anni fa poteva pensare di essere un esperto della propria specialità. Oggi la medicina acquisisce ogni giorno nuove conoscenze, nuove tecniche ed esperienze rendendo necessaria una specializzazione estrema. In questo scenario è determinante la presenza di un medico *della persona* in grado di gestire la necessità di approfondimento diagnostico, così come la sintesi terapeutica e la storia naturale. Una sorta di *avvocato difensore* del paziente nel tribunale della malattia, in antitesi con il paziente *fai da te* che stratifica senza orizzontarsi visite specialistiche e terapie ad orecchio.

Medico di fiducia è determinante. Se non c'è la fiducia (reciproca) fra medico e paziente, è meglio cambiare medico (e paziente).

Medico di Medicina Generale evidenzia la professionalità del medico, la sua esperienza specifica e la sua specialità

Medico della mutua sottolinea la realtà della limitatezza delle risorse (tempo e denaro) in cui il medico si trova a muoversi. Il medico mette a disposizione il proprio ambulatorio privato, la propria attrezzatura, gli strumenti di primo soccorso e delle cure ambulatoriali, la propria automobile, e persino dovrebbe farsi carico (se potesse) di personale pur essenziale come segretaria ed infermiera. Tutto questo in cambio di limitatissime risorse dal servizio sanitario nazionale. A causa della stessa povertà di compenso si trova a dover seguire un carico di 1500 pazienti, con la inevitabile frammentazione del tempo che può a dedicare ad ognuno.

Di tutte, le definizioni **Medico di base** è la più triste, perché è quella della ASL, è quella burocratica, è quella che mette in evidenza la cecità di un sistema statalizzato inefficiente e sprecone e naturalmente portato alla burocrazia. La burocratizzazione è oggi il veleno della sanità e la gran parte delle energie del medico di famiglia italiano non è mirata a visitare, diagnosticare e curare, ma a districare la tela burocratica degli amministrativi e dei politici - che si fa ogni giorno più opprimente. Persino la gestione dell'informatizzazione riesce ad appesantire, anziché facilitare, il nostro lavoro.

Per nostra fortuna i nostri pazienti ci vedono come *medici di famiglia*, per nostra sfortuna i nostri amministratori come *medici di base*. Ma quello che ci siamo posti come obiettivo è la riconquista di un ruolo guida nel territorio e a favore della comunità. Sicuramente dopo tanti anni di deriva non è facile acquisire capacità manageriali e di iniziativa in un sistema bloccato e rigido. Sicuramente non è facile anche per noi passare dalla competizione alla collaborazione, dall'individualismo al lavoro insieme. Sono stati anni di cambiamenti lenti e difficili, di approcci discontinui, di incontri di lavoro, di tentativi più o meno riusciti. Ma la logica è cambiata, l'impostazione è condivisa, le trasformazioni in atto.

Il lavoro di gruppo, per una efficienza operativa e motivazionale, richiede un continuo impegno relazionale :

- E' un lavoro improbo e logorante sanare eventuali imprevisti, disaccordi e problemi quotidiani di ferie, assenze, divergenze.
- Il centro sociosanitario è a tutti gli effetti **una microazienda** con tutte le relative implicazioni di qualsiasi azienda, con l'aumentata difficoltà legata alle piccole dimensioni.
- Non è possibile crescere in dimensioni perché si aumenta la burocratizzazione e si rallenta l'attività alla stessa stregua delle grandi aziende con i relativi incrementi di costo di gestione e allungamento dei tempi di risposta.
- Le piccole dimensioni comportano di conseguenza un carico di lavoro notevole destinato ad incrementarsi automaticamente sui singoli componenti.
- Inoltre il miglioramento del servizio agli utenti comporta un aumento di richieste improprie e di ogni genere giustificate dalla reale possibilità di accesso e di aumento delle opportunità. (A titolo di cronaca un'infermiera dell'ospedale chiede se, con impegnativa, eseguiamo I.S. a pz dell'Ulss).
- L'analisi degli impegni e del lavoro comporta una continua messa a fuoco di situazioni trascurate e con risposta parziale, costringendo gli operatori ha continui cambiamenti personali ed organizzativi per ottimizzare l'attività.
- Un processo di continuo e rapido cambiamento è estremamente logorante e, se viene aggiunto alla scarsa consapevolezza di quanti ruotano attorno alla sperimentazione, rende estenuante la marcia.
- Pensare che con i soldi si possa comperare tutto è un grave errore. E' difficile continuare a chiedere sempre agli stessi operatori modificazioni giornaliere nel tentativo di migliorare, non potendo contare su esperienze consolidate da copiare o riprodurre. Viene spontanea la risposta: tenetevi i vostri soldi che la nostra tranquillità non ha prezzo. L'opzione zero è la risposta che si rischia di ricevere inquadrando la situazione. L'atteggiamento di volere e pretendere è pericoloso in quanto provoca una rinuncia da parte di chi si sente appesantito eccessivamente.
- E' un processo che richiede notevole coinvolgimento personale oltre che professionale
- **La tentazione che bisogna sempre combattere è: OPZIONE ZERO (significa che si chiude tutto). Il mito della semplicità e del passato tenta sempre.**

Schematicamente ho riassunto alcune delle problematiche e delle complessità della sperimentazione. L'epidemiologia è uno degli strumenti che aiutano a capire la situazione. Non mi stanco di ripetere che la conoscenza è la base per crescere e migliorare. Avere dati è l'elemento essenziale per fare dei ragionamenti e per valutare il proprio operato. Questo non era mai stato fatto a Brendola. Solo adesso si incomincia a saper in maniera circostanziata e definita le dimensioni di alcuni problemi. Solo avendo acquisito il concetto di complessità si riesce a capire la quantità di passaggi necessari per giungere ad un risultato.

L'essere custode della salute del cittadino rientra sicuramente tra i compiti del medico di famiglia. Non solo, quindi, un medico che fa diagnosi e prescrive cure, ma anche colui che indirizza e segue a 360° i percorsi del paziente. Il processo di devoluzione in atto e le pressioni economicistiche non aiutano di certo per due ordini di motivi: la devolution è un processo irrazionale, illogico, e lo sta dimostrando, proprio in questi giorni, il dibattito. Diverso è il caso di un vero federalismo solidale che garantisca standard medi uguali per tutti, lasciando poi a singoli la possibilità di scegliere l'eccellenza. In secondo luogo, se è vero da una parte che i bisogni sono infinitamente crescenti e le risorse non aumentano in modo proporzionale, dall'altro è parimenti vero che esiste un'exasperazione dell'economia sulla sanità, del razionamento sulla razionalizzazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ci ha collocato al secondo posto al mondo, ma non tanto per la qualità del nostro sistema quanto per essere coloro che, sulla base delle scarse risorse esistenti, ottengono i migliori risultati. Ma le risorse sono davvero poche? La spesa per il welfare in Italia è in realtà assolutamente comparabile al resto d'Europa, ma la parte da padrone non la fa

l'assistenza sanitaria bensì la previdenza. Noi medici sentiamo un fiato sul collo opprimente, continuo e soprattutto su alcuni settori - penso ai farmaci, ad esempio - nei quali, o blandendo i medici o minacciandoli, si cerca di contenere a tutti i costi la spesa.

Motivazioni istituzionali:

- **Organizzazione coordinata del lavoro**
- **Riduzione del costo organizzativo**
- **Strumento attuativo dei programmi assistenziali (distrettuali ed aziendali)**

- Di questo abbiamo già parlato nel senso che la costituzione della cooperativa è stato un dei primi passi di tutto il percorso. La cooperativa sociale⁸¹ Assistenza, regolarmente registrata a livello provinciale e regionale, con un proprio consiglio di amministrazione, con un commercialista, con una partita Iva e con una normale gestione economica, sostenendo i costi di costituzione e gestione ordinaria e straordinaria è la forma giuridica che ha permesso di superare tanti ostacoli. Naturalmente come tutte le organizzazioni ha: Atti costitutivi, iscrizioni, consulenza buste paga e bilanci, apertura cc bancario, assicurazione ed altro a carico. La forma giuridica cooperativistica continua ad essere un costo annuale finalizzata alla gestione dell'accordo intercorso tra le parti. Gestisce
- **Locali** La cooperativa ⁸¹ assistenza ha preso in affitto dall'Amministrazione Comunale di Brendola uno stabile idoneo a garantire lo svolgimento e la realizzazione dell'attività dell'Utup pagando un canone annuo in base al valore di mercato delle affittanze. La manutenzione ordinaria è a carico della cooperativa.
- **Utenze Energia, gas, rifiuti, acqua** La cooperativa ha sostenuto tutte le spese di passaggio di intestazione dei vari contatori ed il pagamento regolare delle utenze.
- **Collegamenti telefonici con centralina e linea ADSL** Le spese di apertura dei contratti, il costo dell'assistenza, il pagamento dei ratei mensili è sempre stato a carico della cooperativa
- **Dipendenti** La cooperativa per fornire personale di studio e collaboratori ai medici ha assunto dei dipendenti che comportano dei costi fissi ed una consulenza continuativa. Inoltre per garantire una adeguata pulizia ha assunto del personale con contratto a tempo indeterminato.
- **Punto prelievi:** L'attività di prelievi ambulatoriali comporta un costo ed una responsabilità che i medici si sono assunti garantendo la presenza continua, la prenotazione, il ritiro e lo smaltimento del materiale necessario, l'incasso ticket, il trasporto, il giornale di cassa, la stampa e la consegna dei referti, la disponibilità dei locali e dell'attrezzatura, del personale infermieristico ed amministrativo, oltre che della linea dedicata al collegamento ed i costi di gestione ordinaria (luce, riscaldamento, telefono,...)
- **Cup** Apertura di una linea per le prenotazioni delle visite specialistiche.
- **Attrezzatura informatica completa** Sono stati acquistati computer, stampanti, scanner, fax, router e materiale di consumo.

Questa organizzazione ha certamente permesso dei risparmi gestionali che, in ogni caso non essendo possibile dividere utili, ha investito nel migliorare il servizio e le condizioni dei dipendenti. Inoltre ha dimostrato una sostenibilità economica motivata da :

- Riduzione costi viaggi prelievi (4224)
- Riduzione inquinamento €
- Riduzione perdite di tempo €
- Riduzione fughe (56.000 € ticket)

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

- Riduzione spese telefoniche utenti €
- Riduzione spese per il personale infermieristico ed amministrativo Ulss(riorganizzazione aziendale) €
- Facilità e continuità di accesso €
- Garanzia di una risposta al bisogno €
- Concentrazioni di più servizi €
- Pari opportunità per tutti €
- Risparmi farmaceutici €
- Riduzione ricoveri €
- Riduzione accessi ps €

Possiamo senza dubbio prendere in considerazione gli obiettivi iniziali:

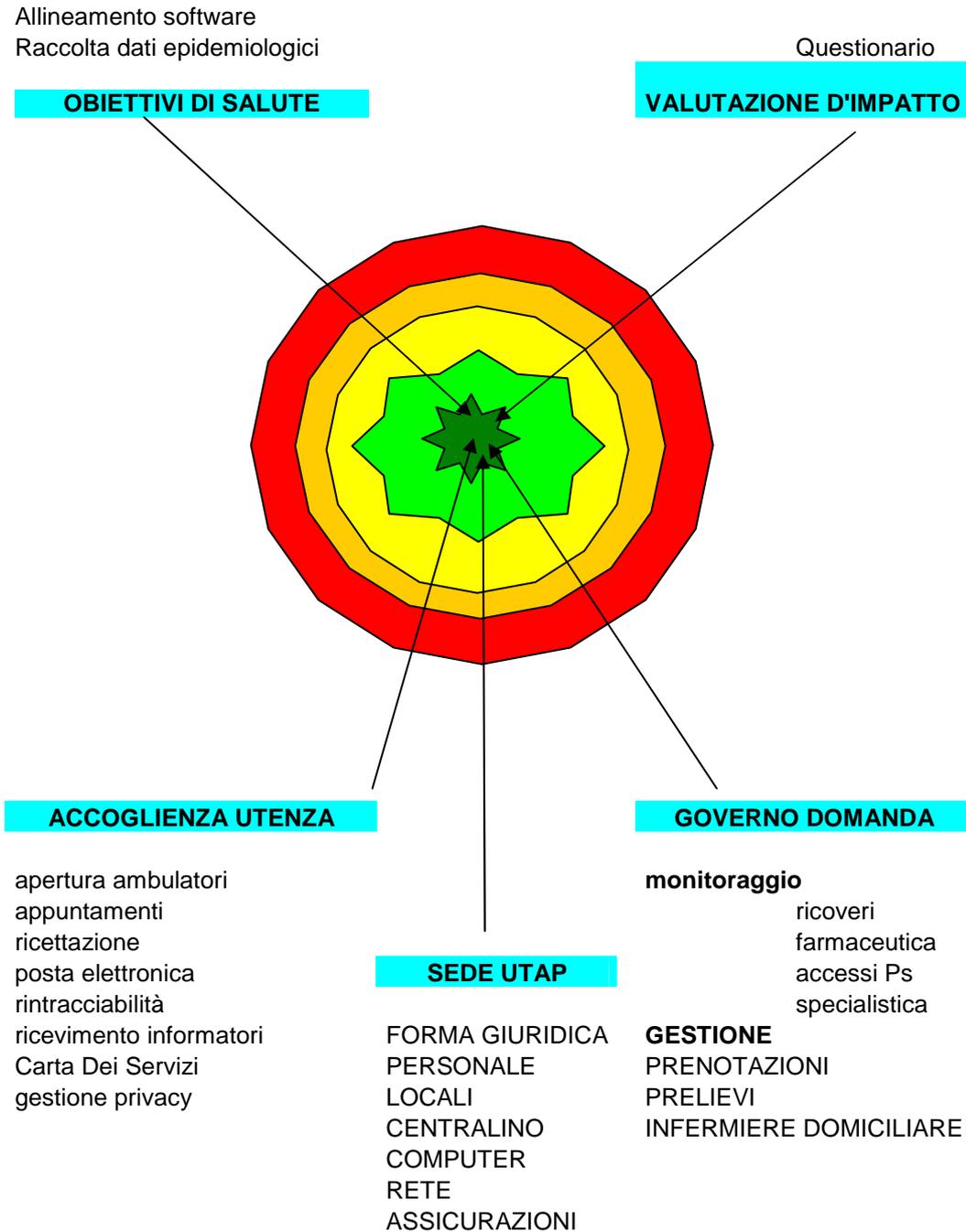
- **Integrazione professionale;**
- **Qualità assistenziale;**
- **Qualità professionale;**
- **Organizzazione del lavoro;**
- **Produrre assistenza e non prestazioni;**
- **Utilizzo corretto delle risorse.**

OBIETTIVI RAGGIUNTI ATTRAVERSO

- Disponibilità alla turnazione per coprire l'orario di apertura
- Disponibilità alla sostituzione reciproca in caso di bisogno del pz
- Reperibilità telefonica personale e di gruppo
- Modalità di ricetta ordinaria e straordinaria
- Realizzazione di un progetto qualità
- Realizzazione di test di gradimento
- Creazione di un protocollo UTAP per seguire i pz in TAO
- Creazione di quaderni educazionali
- Analisi epidemiologica
- Gestione diretta dell'attività infermieristica ambulatoriale e domiciliare
- Adozione di un programma informatico comune
- Controlli periodici delle prescrizioni
- Scambi continui con assistente sociale
- Riunioni periodiche di tutti gli operatori
- Riunioni mensili dei medici della Cooperativa

Alla ricerca di un modello d'eccellenza:
QUALITA' E SICUREZZA

Pensiamo di aver centrato il bersaglio e realizzato gli obiettivi del contratto di budget che sono stati sviluppati in questo triennio di lavoro come è rappresentato dalla figura sottostante.



E' stato un percorso difficile e complesso che ha comportato un impegno su tanti fronti ed una complessità culturale ed organizzativa notevole. Abbiamo costituito un network innovativo che non prevedeva passaggi automatici e scontati. L'idea che la costituzione di un gruppo comporti in maniera quasi spontanea la cooperazione e la collaborazione è assolutamente deviante. Non esiste ordine o comando che possa comportare automaticamente un impegno in tal senso. I concetti di competizione, conflittualità ed indifferenza non possono essere superati od aggirati da disposizioni più o meno autorevoli da parte di un ente od istituzione pubblica. La collaborazione non è una variabile scontata di un progetto o di un gruppo e costituisce un presupposto indispensabile per raggiungere un risultato misurabile e coerente con ogni progettazione.

Qualsiasi network sociale o sanitario è condizionato da una serie di fattori relazionali interni ed esterni di notevoli importanza. Tra i fattori interni voglio ricordare:

il peso della cultura condivisa tra i vari elementi componenti il gruppo,

il sistema di controllo,

la stabilità della leadership ,

la tipologia del vantaggio economico che i singoli percepiscono e realizzano.

Il concetto di cultura è piuttosto ampio e comprende non solo orientamenti personali e professionali, ma anche valori ed aspirazioni sulle modalità dei servizi, la loro applicazione e la loro modalità di erogazione. Per riuscire a conciliare distanze notevoli gli incontri ed i confronti devono susseguirsi in modo serrato e continuativo.

Il sistema di controllo non necessariamente è accettato ed accettabile senza un lungo lavoro di stesura di una modalità condivisa ed unica per tutti. Un controllo diretto ed indiretto attraverso il giudizio degli utilizzatori, sempre pronti a cogliere eventuali discrepanze e diversità logora se non c'è attenzione anche a quanto non è misurabile. Inevitabilmente i carichi di responsabilità sono diversi e mantenere per tanto tempo la stabilità e la continuità degli impegni diventa determinante, insieme ad un equilibrio dei riconoscimenti economici.

I fattori esterni si possono riassumere nella necessaria interdipendenza tra vari attori e nel rischio intrinseco ad ogni fenomeno sperimentale. L'interdipendenza richiede la capacità di trattare continuamente con soggetti diversi per obiettivi, finalità e disponibilità di risorse.

La base indispensabile di una possibile integrazione professionale, organizzativa e gestionale è rappresentata dalla fiducia tra attori e dalla fiducia di sistema che può portare all'integrazione sociosanitaria. La fiducia permette una semplificazione su questioni non regolate da norme, agevola interpretazioni di norme codificate, aumenta la disponibilità a rivisitare idee già condivise. La fiducia gioca un ruolo essenziale nelle relazioni e poggia su un complesso di aspettative positive di ciascun attore rispetto al comportamento degli altri compagni di viaggio. La fiducia è il risultato di un lungo percorso costruito e verificato nel tempo di collaborazione in un contesto che favorisce comportamenti cooperativi. L'integrazione è possibile fuori dal contesto "mercato", che tende a scaricare sugli altri i costi del proprio successo ed impedisce la condivisione di obiettivi comuni. La fiducia di sistema inoltre abbisogna di una stabilità nel ruolo dei vertici aziendali per evitare il continuo cambio di priorità e la perdita di competenze e capacità differenti dal modello gerarchico. **La cabina di regia aziendale deve adottare comportamenti regolatori chiari e stabili orientati ad una vera e reale integrazione sociosanitaria.** Non dobbiamo dimenticare che il peso del sanitario contribuisce per il 10-15 % sulla salute delle popolazioni. La governance sociosanitaria richiede un approccio interistituzionale, una coerenza che garantisca un collegamento tra programmi, valutazione e risultato. Ci siamo mossi lungo il percorso dettato dal contratto di budget attraverso alcune direttrici o dimensioni ritenute essenziali senza sacrificare il punto di vista dell'utente, la sua prospettiva, le sue aspettative.

- Valutazione della salute della popolazione (caratteristiche demografiche e sociosanitarie precedenti)
- Valutazione sociosanitaria aziendale (Analisi dati specialistica farmaceutica, ricoveri,..)
- Valutazione esterna (questionario)
- Valutazione interna (personale, professionale, organizzativa, gestionale, qualità, efficienza,..)
- Valutazione economica finanziaria (controllo di gestione, equilibrio economico, patrimoniale e finanziario,..)

Le riforme dei sistemi pubblici e di quelli del welfare in particolare negli anni '80-'90 sono state influenzate culturalmente dalle teorie proposte dal NEW PUBLIC MANAGEMENT (N.P.M.). Spingevano esplicitamente in direzione della specializzazione e frammentazione del sistema per generare molteplicità di attori e competizione tra gli stessi all'interno di logiche di mercato. Non c'è dubbio che questa impostazione viaggia in direzione opposta alla collaborazione ed alla integrazione. **La teoria della GOVERNANCE e dei NETWORK al contrario propone e richiede la collaborazione e la creazione di reti integrate professionali ed interistituzionali.** E' estremamente difficile conciliare tali orientamenti. Alcune precisazioni sono necessarie. I servizi sociosanitari sono basati prevalentemente su trasferimenti finanziari diretti alle famiglie (80% della spesa complessiva).L'INPS gestisce con logica verticale la gran parte di questo impegno finanziario.Di conseguenza diventa difficile utilizzare una logica integrativa sul rimanente 20% da parte di altre istituzioni come l'ULS, i Comuni, altre agenzie di servizio. Nel caso degli anziani una recente ricerca del CERGAS ha mostrato come solo il 33% dei bisogni sia coperto da servizi del welfare pubblico. A titolo di curiosità basta ricordare che i dipendenti del SSN sono 670 mila e le badanti sono 700 mila. **In questo quadro frammentato abbiamo tentato di invertire la logica diffusa della frammentazione e della specializzazione creando una vera integrazione sociosanitaria locale.** La cooperativa '81 assistenza si è proposta come case manager, responsabile unico di una presa in carico della persona. L'istituzione di un catalogo delle prestazioni sociali ha permesso di inquadrare l'attività svolta e a volte sconosciuta del servizio sociale precedente inquadrandola in un nuovo contesto di interdipendenza. E altrettanto chiaro che questo processo di interdipendenza ha costretto i vari attori a cedere una quota di autonomia ed indipendenza individuale per raggiungere gli obiettivi. **La cessione di prerogative individuali si realizza solamente se tutti i partecipanti hanno la chiara percezione e la fiducia nella controparte al fine di ottenere una convenienza collettiva che premia le aspettative di tutti.** Si crea in sostanza con la partecipazione delle parti un capitale sociale in grado di rendere realmente un vantaggio per tutti, un valore aggiunto estraibile dall'interdipendenza. E' l'organizzazione che crea valore per la rete e per i singoli con una equa distribuzione fra i vari attori. E' qui si è constatato il salto culturale nella percezione e acquisizione di questi nuovi schemi concettuali, a volte tanto dichiarati, ma di difficile realizzazione. L'idea della integrazione delle strategie e delle scelte ha significato per ognuno la conoscenza delle proprie ed altrui convenienze, la negoziazione delle soluzioni in grado di garantire valore aggiunto. A titolo di esempio un'assistenza domiciliare efficace, frutto del coordinamento locale del servizio di assistenza domiciliare comunale con l'assistenza domiciliare integrata garantisce un risparmio per tutti per una riduzione dei ricoveri. Integrazione, quindi, ha significato trovare un sistema capace di elaborare un piano diagnostico ed assistenziale unitario. **Questo è anche quello che si attende l'utente che vuole essere guidato lungo un percorso coerente. Questo significa anche continuità delle cure.** A questo proposito emerge con stridente evidenza la cattiva gestione degli ausili protesici. Com'è possibile che colui che si è fatto carico delle cure non possa decidere la fornitura di ausili protesici e debba ricorrere a procedure burocratiche che implicano interventi di specialisti esterni al territorio e alla persona, al fine di certificare quanto non conoscono e sanno per concedere strumenti indispensabili. L'utente in questi casi non è disponibile a pagare il prezzo della mancata integrazione e maledice quanti sono preposti a questa gestione insensata. L'utente ha difficoltà ad accettare la necessità di innumerevoli passaggi nel processo di fruizione di un servizio. L'unitarietà infatti significa ottenere il servizio nel minor numero di passaggi e consultando meno operatori possibile. Aver creato il centro sociosanitario ha significato concentrare in un unico luogo più servizi e ridurre molti passaggi per ottenere risposta al bisogno. La cartella modulistica disponibile presso il centro ha evitato centinaia di viaggi inutili alla ricerca di un banale modulo necessario per ottenere altre prestazioni. In generale vi è una scarsa attenzione culturale e politica all'integrazione e al finanziamento della presa in carico, al favorire processi di aggregazione ed interdipendenza presso un unico gestore. **Resta latente l'idea di mercato che comporta competizione e quindi risparmio, ma che in quadro generale comporta frammentazione delle prestazioni ed un aumento globale dei costi non evidenziati perché**

scaricati su altri soggetti od utenti. Emerge da questa riflessione che molto spesso che le richieste di ingresso sono discretamente organizzate con centri di raccolta precisi , **ma non collimano mai con i centri di produzione dei servizi e con la presa in carico reale dell'utente in un processo di continuità delle cure.** Continuità delle cure che è assicurata dalla individuazione di un unico e preciso responsabile, non dal tempo di apertura del servizio. La complessità relazionale ed istituzionale è sostenibile solo con l'integrazione degli attori lungo il percorso di presa in carico. Quindi l'intero tool box delle logiche e degli strumenti di integrazione non può che essere promosso ed incentivato tra gli attori del sistema del welfare e a dimensione locale, in modo coerente con la storia e le competenze proprie del luogo.

Nella nostra esperienza l'integrazione sociosanitaria si può considerare soddisfacente in considerazione della innovativa collaborazione all'interno della cooperativa '81 assistenza gestore del centro sociosanitario. **Il servizio sociale meriterebbe una rivisitazione con il superamento della logica dell'assistenza per categorie. Sarebbe necessario rivisitare il concetto di prestazione definendone i connotati, i tempi, le modalità, i responsabili, per giungere a gruppi di prestazioni orientate a settori della società civile e a temi di interesse generale come problemi educativi, violenza e criminalità, solitudine e dipendenze, fragilità e devianza.** L'approccio quindi avrebbe la possibilità di intervenire in maniera coordinata e sfruttando l'interdipendenza dei vari attori ed operatori. **Una delle funzioni fondamentali sarebbe proprio quella di costituire un nodo della rete con funzione di server centralizzato che evita di duplicare iniziative ed interventi inadeguati su una categoria di persone ignorando situazioni altrettanto critiche.** Se il sostegno economico ad una famiglia è svolto da un'associazione di volontariato come la caritas è inutile erogare un contributo economico aggiuntivo; meglio sarebbe spendere quei soldi per creare occasioni di autonomia. E torniamo a ribadire il concetto che la conoscenza è fondamentale in relazione ad un intervento coordinato ed organizzato tra attori. Interdipendenza fautrice di crescita di patrimonio sociale è condizione indispensabile in tempi di scarse risorse ed in prospettiva progettuale a medio – lungo termine. E' falso pensare che alcuni orientamenti e considerazioni siano frutto di fantasia personale in quanto l'Italia è un grande paese dove si possono trovare tanti esempi di buona programmazione e gestione: basta aver il coraggio di copiare od imitare con modesti ritocchi e cambiamenti giustificati dalla realtà locale. Nell'immediato è necessario realizzare la ricomposizione del quadro delle conoscenze relative all'offerta. La ricognizione funzionale alla ricostruzione del budget deve fare i conti con l'inadeguatezza e la disomogeneità dei dati e dei flussi informativi disponibili. Noi ci siamo arrangiati in qualche modo a raccogliere report indicativi della situazione del territorio e dei servizi erogati senza che nessuno ci abbia sostenuti ed aiutati in tale direzione. Ora se qualcuno non vuole sapere per non dover evidenziare differenze anche sostanziali nell'erogazione dei servizi onde evitare la responsabilità di premi e castighi ai vari attori almeno abbia la decenza di dichiarare la propria incompetenza ed eviti di trincerarsi dietro posizioni ideologiche. I costi di produzione di un servizio non corrispondono alle cifre di disponibilità finanziarie messe a bilancio. Troppo spesso i finanziamenti messi a bilancio, cifre anche importanti, non corrispondono assolutamente a reale produzione, ma ad intenti progettuali che disperdono in mille rivoli risorse senza giungere mai all'obiettivo concreto, alla produzione vera e propria. Quindi la voce di bilancio non spiega la realtà produttiva dell'impiego di risorse, anche perché esiste la brutta abitudine di non verificare le reali ricadute degli investimenti. E' facile stanziare risorse è difficile controllare il risultato. Di conseguenza i documenti contabili della gestione aziendale , pur evidenziato il consumo di risorse per la produzione, non dicono i contenuti assistenziali realizzati nel territorio. Queste voci riflettono sostanzialmente solo la struttura organizzativa dell'ente. Noi crediamo di aver realizzato una produzione verificabile e reale corrispondente al contratto di budget difficilmente riproducibile, agli stessi costi, da altri.

E' ormai convinzione comune e diffusa che alla domanda di salute deve essere fornita una risposta globale, integrata dato che la salute dipende solo per il 25- 30% dagli interventi sanitari. Per migliorare è necessario agire anche su altri determinanti abitazioni, inquinamento, mobilità. Ecco

quindi la necessità ulteriore di integrazione sociosanitaria. Ecco la necessità di uscire da una logica di mercato che ha portato ad un lievitare delle spese sanitarie fino a raggiungere in qualche paese il 15% del PIL rischiando di far esplodere i sistemi sanitari universalistici. E' l'idea ormai diffusa della medicina dell'onnipotenza. In concreto analizziamo i problemi dell'ipomobilità, a cui abbiamo finora dato risposte solo di tipo sanitario: fisioterapia. Questo sta portando all'esplosione del sistema fornendo risposte improprie a chi non ne aveva bisogno, negando risposte appropriate a chi dalla fisioterapia avrebbe ottenuto reali vantaggi. Perché allora non sfruttare l'Utap come organizzazione in grado di gestire un servizio non strettamente sanitario per lo sviluppo di un programma di esercizio motorio adatto, capillare e territorialmente dislocato, continuativo. Il coordinamento e le modalità di accesso (inclusione esclusione) potrebbero essere svolte dalla struttura utap che si avvalebbe di altre strutture esistenti sul territorio con programmi condivisi oppure nel caso di condizioni cliniche ad alta complessità inviare direttamente al reparto di riabilitazione. Erano solo alcune banali idee su quanto l'Utap potrebbe sviluppare potendo contare su collaborazione ed integrazione già esistenti tra gli attori. Bisogna capire che solo la fiducia può produrre altre iniziative; bisogna capire che è necessario un investimento iniziale per ottenere produzione nel tempo; bisogna capire che solo l'interdipendenza può creare valore aggiunto. Rilevanti sono infatti i rischi di conflittualità, contraddittorietà, ridondanza, inefficienza in un sistema istituzionale complesso, soggetto ad una domanda sempre più pressante e diversificata. La frammentazione e la specializzazione incrementano questi rischi, mentre la collaborazione, la cooperazione e l'integrazione possono fornire valide alternative ed una adeguata risposta. **Tornare al proprio studio, alla visione individualistica può premiare transitoriamente ed economicamente, ma farà precipitare la situazione generale rapidamente e distruggerà un patrimonio costruito lentamente nel tempo lasciando i posteri tutti più poveri.**

FUTURO' RIPRODUCIBILE

SI, A CONDIZIONE DI APPORTARE ALCUNI INTERVENTI CORRETTIVI

Dopo anni di abbandono e di continui cambi di assistenti sociali per trasferimenti, nonostante il blocco delle assunzioni ritorna la presenza costante ed attenta di un assistente sociale coordinata ed interattiva con i medici, conoscitori delle problematiche delle persone e delle famiglie; dopo anni di lavoro individuale e competitivo torna la collaborazione e l'unità di intenti dei medici; dopo anni di confusione dei ruoli e delle competenze si realizza un sistema complesso di risposta ai bisogni in un unico luogo di facile accesso e di continuità operativa. E' concretizzata una esigenza dei brendolani che sanno dove trovare tante risposte e supporti in un rapporto di collaborazione diffuso: Servizi sociali – servizi sanitari- servizi di trasporto- collegamenti con associazioni di volontariato- riferimento con gli amministratori- servizi domiciliari- servizi specialistici

Questa realtà è il risultato del lavoro e della collaborazione di tanti attori e può vivere solo grazie alle sinergie esistenti e al mosaico di scambi reali quotidiani finalizzati ad un unico scopo. Il puzzle di elementi è fondamentale per dare una operatività e concretezza al centro sociosanitario. Chiunque tentasse di togliere un solo piccolo tassello alla composizione ridurrebbe il quadro ad un ammasso informe ed insostenibile. Chiunque avesse desiderio di migliorare l'attuale assetto non deve mettere in discussione l'impianto

unitario, ma sviluppare tutte quelle potenzialità inutilizzate e verificare tutte le opportunità inespresse od incomplete. Chiunque sia ben intenzionato ad contribuire in maniera critica e propositiva dovrebbe ricordare che costruire è difficile e faticoso, al contrario per distruggere basta un minuto. Chiunque voglia dare un giudizio è libero a condizione che abbia preventivamente verificato la realtà al di fuori del circuito paesano. Attualmente non esiste nella regione Veneto una realtà di uguale portata e consistenza.

Bisogna eventualmente avere il coraggio di rivedere il capitolato di servizio e gli impegni richiesti all'assistente sociale per qualificare la professionalità e scaricare parte del carico amministrativo. La criticità, ancora sostenibile, si colloca in questo ambito di attività.

CORRETIVI CON I MEDICI

Aumentare

- La formazione manageriale
- La formazione al lavoro di gruppo
- La quota di tempo da dedicare alla ricerca e allo studio epidemiologico
- L'attenzione alla formazione degli operatori

CORRETIVI CON L'UTENZA

Aumentare:

- La partecipazione attiva e la responsabilizzazione
- La conoscenza medica di base
- L'adozione di forme di auto controllo
- Il concetto di salute come benessere e non come bene di consumo

CORRETIVI CON LA PARTE PUBBLICA

Aumentare:

- La visione globale della riorganizzazione attuando modifiche al proprio interno
- La disponibilità alla collaborazione e alla flessibilità con gli sperimentatori
- Gli interventi con una logica non solo di mercato e ospedalocentrica
- La disponibilità tecnologica del territorio
- La progettazione a medio e lungo termine

Noi siamo interessati alla salute della popolazione e non solo all'aspetto sanitario, nel senso di insorgenza e diffusione di malattie da curare. Attualmente sta emergendo un concetto di nuova Sanità, secondo cui la salute rappresenta un investimento per la vita della comunità e si evidenzia l'attenzione sul comportamento degli individui nel loro ambiente e sulle condizioni che influenzano detto comportamento. Oltre alla nozione classica di prevenzione delle malattie, il nostro lavoro si occupa di promuovere la salute fisica e mentale degli individui. Tali obiettivi si traducono nel cercare di influenzare le abitudini e le condizioni di vita, ma anche nel promuovere l'auto-stima, la dignità umana ed il rispetto con la profonda convinzione che il benessere non può riguardare solo la sfera clinica, ma globale della persona.

Le famose sinergie non possono più essere trascurate e si prospetta sempre di più la necessità di interagire con l'intero quadro generale: politico, associativo, economico e sociale. La Salute è e dovrebbe essere considerata come un problema dell'intera società dal momento che ne tocca tutti gli

aspetti. Sono necessarie collaborazioni non solo tra politica, attività operative e ricerca, ma specialmente tra differenti discipline. Le future politiche dovrebbero ri-orientare le capacità dei sistemi sanitari di migliorare la salute delle popolazioni legando insieme la creatività e l'energia di differenti settori della società, come il trasporto, il turismo e le attività economiche per promuovere la Salute. *Il ruolo dei professionisti della Sanità dovrebbe essere allargato per fornire un'attività di consulenza per gli altri settori della società. I professionisti dovrebbero andare dai politici e dagli operatori di tutti i settori e consigliarli su come promuovere la Salute ad ogni livello della società.* All'interno della comunità dovremmo intervenire per illustrare e suggerire orientamenti ed interventi, magari pensando ad una forma ufficiale di società di consulenza

Si dovrebbe pertanto incoraggiare la ricerca sul campo aumentando lo studio epidemiologico con la conseguente valutazione dei problemi prevalenti e gli opportuni interventi correttivi da perseguire a lungo tempo. I benefici di ogni politica o intervento non possono essere sempre misurati nel breve periodo. Ad esempio, gli effetti di una campagna contro la diffusione del fumo di tabacco saranno visibili attraverso una riduzione della mortalità per tumore polmonare solamente molti anni dopo l'inizio dell'intervento.

Le nostre scelte ed il modo in cui organizziamo la struttura operativa e ne regoliamo il funzionamento giocano un ruolo importante per la salute di ogni individuo. La sanità dovrebbe essere inclusa e formare parte integrante di tutte le decisioni politiche locali, ma dobbiamo imparare a suggerire ai politici che la salute è una risorsa non un costo.

Attualmente, le politiche sanitarie si concentrano sulle malattie. L'attenzione è maggiormente diretta verso le malattie acute e le azioni immediate. Tali azioni si basano sulla cura più che sulla prevenzione. Nel futuro non dovremmo fondare le nostre azioni sulle carenze (le malattie), quanto invece sugli aspetti positivi (buona salute). Le comunità raramente progrediscono sulla base delle loro debolezze, ma viceversa sui loro punti di forza. Occorrerebbe spostare l'attenzione dalle difficoltà (handicap, età avanzata) a quello che può essere ancora realizzato. Un fattore importante che è necessario sviluppare è la creazione di un ambiente positivo per gli individui (e.g. un ambiente dotato di impianti sportivi, ma anche di possibilità di crescita individuale, scuola di formazione)

- Le conoscenze sui determinanti di salute, sulle cause delle malattie e sui modi per evitarle crescono continuamente, ma facciamo ancora troppo poco per utilizzarle. Come nel passato, la ricerca di buona qualità è il presupposto di interventi efficaci. La ricerca epidemiologica, in particolar modo, aiuta ad identificare i fattori di rischio delle malattie e a valutare l'impatto delle misure di promozione della salute
- È necessario realizzare studi sul carico di malattia nella popolazione (che comprendano non solo la valutazione del rischio attribuibile ma anche quella del rischio evitabile in qualsiasi patologia: Ipertensione, depressione, ecc)

Esiste un notevole gap tra la ricerca (mai strutturata) da una parte, e le attuali pratiche operative dall'altra. Dovremmo anche modificare le modalità con cui presentiamo i risultati. Questi dovrebbero essere interessanti per i decisori e gli operatori, che non desiderano leggere lunghi documenti in cui sono descritti tutti i dettagli, le limitazioni dello studio, etc.. Un'interazione continua, preferibilmente personale, dovrebbe realizzarsi tra la comunità e gli operatori. La presentazione delle ricerche dovrebbe essere non solo breve e concisa, ma anche avere un formato attraente

Essere innovativi è un aspetto importante nello sviluppo della sanità. Ciò che si è dimostrato efficace nel passato (e.g. prevenzione della trasmissione dell'HIV attraverso l'uso di profilattici) può non essere preso nella giusta considerazione dalle nuove generazioni (risultando così in un incremento dei rapporti sessuali non protetti e delle infezioni da HIV). Devono pertanto essere continuamente sviluppati nuovi modi di trasmissione dello stesso messaggio o messaggi diversi. La ricerca per l'ulteriore sviluppo di strategie di intervento dovrebbe andare oltre le domande essenziali (l'intervento è efficace? in quali condizioni?) per includere un approccio creativo alla

risoluzione dei problemi. In futuro, dovremmo anche considerare la gestione del contesto e dei fattori positivi (così da realizzare un approccio integrato).

Le pratiche dovrebbero essere fondate sulla flessibilità e sul pragmatismo. Le politiche vengono realizzate a livello nazionale od internazionale, mentre la loro implementazione avviene a livello locale e dovrebbe essere modificabile secondo i diversi contesti. Al fine di seguire il principio: "Pensa in maniera globale, agisci secondo il contesto locale":

Sarà di cruciale importanza sviluppare una comune visione per il futuro e superare i disturbi di crescita. Come si può raggiungere questi obiettivi?

Forme associative dell'assistenza primaria in Italia

Allo stato attuale, l'auspicata trasformazione della medicina generale convenzionata sta assumendo sempre più la connotazione di un processo essenzialmente organizzativo che si basa, quasi esclusivamente, sulla promozione di forme associative il cui fine dichiarato è quello di garantire una maggior disponibilità oraria di apertura degli studi medici, con l'obiettivo di andare incontro alle richieste sempre maggiori dell'utenza, di diminuire così l'accesso al Pronto soccorso e, quando sia possibile, di diminuire i ricoveri ospedalieri.

Il lavoro in forma associata, quindi, dovrebbe portare a una maggiore efficienza dell'intero sistema delle cure, in termini di un maggior numero di prestazioni erogate da un lato e da una riduzione degli accessi impropri all'ospedale dall'altro.

Ma il bilancio di questi ultimi anni pone molti dubbi al riguardo e questa ipotesi presenta molte criticità, come più volte evidenziato dalla stessa professione

Risulta quindi evidente che efficienza non è sinonimo di efficacia e di qualità. Così come è evidente che **le forme associative della assistenza primaria sono uno strumento di management utile e probabilmente indispensabile per il futuro, purché siano chiare strategie e alcuni presupposti.**

- Obiettivo prioritario delle forme associative è la sostenibilità economica di servizi sanitari aggiuntivi che decentrano l'erogazione delle cure: il bringing care closer to the people, indicate dall'OMS nel Report 2008 sulle Cure Primarie. **La nostra esperienza brendolana è sostenibile.**

- Qualsiasi forma associativa privata di quei contenuti professionali aggiuntivi indirizzati alle strategie di prevenzione e al disease management delle malattie croniche rischia di essere solo una scatola vuota, che perde gran parte dei suoi potenziali benefici gestionali rispetto al tradizionale studio del medico single e lascia anzi spazio all'emergere di criticità che rischiano di peggiorare l'efficacia del sistema. La vera sfida futura per la medicina di famiglia italiana sta quindi nella capacità di calibrare il rapporto tra domanda espressa e la struttura dell'offerta nel suo complesso. In termini organizzativi questo vuol dire la capacità di organizzare il proprio lavoro in forma associata attraverso la messa in opera di **precise strategie gestionali:**

- Condivisione progettuale (Ulss – Amministrazione Comunale – Operatori) con un tavolo permanente di confronto

- Attivazione guardia medica in stretta collaborazione all'interno dell'Utapp

- Archivi informatizzati (condivisione con i diversi livelli assistenziali);

- Orientamento preventivo (med. di iniziativa);

- Attivazione registri per patologia;

- Ambulatori specialistici gestiti dall'Utapp

e **precisi orientamenti :**

- formazione di base dei pazienti/clienti per salvare la sostenibilità (Lea condivisi) e per responsabilizzare gli stessi nell'uso dei servizi. La scuola di formazione permanente che abbiamo iniziato a sperimentare dovrà assumere dimensioni e caratteristiche orientate ad accrescere le conoscenze di base, ad aumentare la maturazione generale e l'attenzione ad evitare gli sprechi. Il consumismo medico logora e porta scarsi risultati in termini di salute.

- costruzione di un percorso dottrinale e formativo medico che porti ad una chiara e definita disciplina umanistica supportata dalla tecnica, recuperando la relazione tra operatori e utilizzatori dei servizi. Progettazione di aree di ricerca in gruppo. Quindi noi diciamo

BASTA CON QUESTO AGGIORNAMENTO

La maggior parte di noi medici di medicina generale ha un curriculum universitario che fa riferimento all'università di Padova e non ha più bisogno di rifare tale percorso e nello stesso tempo non ha bisogno di formazione di tipo ospedaliero in quanto:

- il paziente ambulatoriale è in gran parte responsabile della propria cura, nel senso che :
 - deve autosomministrarsi i farmaci
 - deve monitorizzare l'evoluzione della sintomatologia e le variazioni del proprio stato
 - deve adattare la propria attività alle fasi della malattia.
- Esiste una bassa percentuale di patologie rispetto al numero di accessi
- Esiste una notevole differenza tra la valutazione del pz e quella del medico sui sintomi
- Il danno potenziale in caso di mancato intervento del medico è limitato al 20-30% dei casi
- Il medico deve:
 - per prima cosa valutare il risultato dell'autotrattamento
 - spendere più del 30 % del suo tempo a spiegare ed educare il pz
 - fare i conti con le aspettative del pz
 - valutare il sintomo recente
 - tenere presente una patologia asintomatica
 - valutare il risultato del trattamento
 - pesare i problemi intercorrenti, i fattori di rischio
 - risolvere il problema clinico, ma anche portare il pz alla normalizzazione della vita sociale.

DIAGNOSI

E' fondamentale quindi per il mmg sapere focalizzare diagnosi probabili e non possibili come fa il medico ospedaliero.

Serve di conseguenza una buona conoscenza della prevalenza delle malattie e di studi longitudinali, di altri dati sull'acqua e sull'inquinamento dell'aria.

Serve un uso moderato di servizi (esistono oltre 200 professioni correlate alla salute e tutte vogliono allargarsi in continuazione. Allora l'unico modo per evitare l'abuso è fornire in tempi rapidi e privilegiati quanto il medico chiede senza passare necessariamente attraverso il mercato.

Gli specialisti devono evitare induzione di spesa con richieste al medico di ulteriori approfondimenti: se ritengono necessario lo prescrivano direttamente)

TERAPIA

Le due domande fondamentali del mmg sono:

Quale trattamento è opportuno?

Quale conseguenza è lecito attendersi?

Quale compliance?

Le informazioni fondamentali di conseguenza sul trattamento farmacologico sono:

Posologia

Effetti collaterali

Cause di inadeguata risposta (di scelta o di utilizzo).

Vogliamo di conseguenza un aggiornamento che rispetti queste caratteristiche tipiche ed in modalità diverse dalla conferenza frontale dell'ospedaliero di turno.

Trascurando la digressione sull'aggiornamento medico torniamo al centro sociosanitario e all'Utup di Brendola. Bisogna sottolineare che la sperimentazione di questi anni è prevalentemente impostata e

pensata come innovazione organizzativa alla modalità di lavoro individuale dei medici e dei vari operatori. In particolare bisogna riprendere alcuni concetti espressi all'inizio del capitolo.

Ma il medico è ancora la stessa persona che si intendeva un tempo? La modernizzazione della medicina chiede al medico di essere più diverso ogni giorno, chiede una esasperata specializzazione, una preparazione tecnologica sempre più spinta, un continuo rimodellamento in base a nuovi fattori economici e sociali. Se scompare il medico universale come preparare un medico per il paziente? E' opportuno chiedersi anche quali sono i limiti ed i confini di certi programmi ed interventi. E' importante che la medicina fatta dall'uomo accetti anche i limiti dell'uomo, che la morte non sarà mai sconfitta e che niente di conseguenza è eterno. La medicina è opportuno che si concentri su obiettivi possibili e che non pretenda con le proprie conoscenze e tecniche controllare tutti gli aspetti della vita ed arrogarsi il diritto di decidere per gli altri.

In ogni caso il processo di razionalizzazione interno alla sanità andrebbe associato ad un processo di razionalizzazione esterna nel senso che il concetto di salute ha un'accezione più ampia. Comporta infatti una declinazione diversa di punti di vista, obiettivi, metodi professionalità. Il sistema salute è corale, collettivo, figlio di alleanze e non solo di prestazione, un percorso nel tempo accanto alla persona. E' necessario fare della partecipazione popolare e della formazione un elemento portante coinvolgendo associazioni, ed elementi della società tutta. **Fare della partecipazione vera e reale l'elemento fondante del progetto salute è l'unica strada possibile per spendere meno in sanità.**

Un ampio fronte di consenso comune resta la strada possibile per un progetto possibile a cominciare dalla scuola fino alle ultime organizzazioni esistenti. E' opportuno insieme mettere a fuoco obiettivi semplici e raggiungibili in tutto il contesto sociale piuttosto che pensare ad imprese impervie dimenticando i limiti dell'uomo e dunque di ricordare che la morte non sarà mai sconfitta. Sarà utile focalizzare l'attenzione non sull'alta tecnologia e sulla superspecializzazione ma su sistemi semplici motorii, nutrizionali educativi. **Oggi ci troviamo diversamente dal paziente di un tempo di fronte ad una persona "esigente", per la quale il male non ha senso e non ci si può rassegnare a subirlo.** Per l'esigente il dolore non ha senso e l'impazienza è l'unico modo per non essere complici.

La medicina non è più concepita come "necessità", ma come opportunità e mezzo per sviluppare capacità. Ecco allora sempre sospesa la spada tra l'esigente e i conti dello stato ed il medico che deve mediare sospeso tra il problema etico sul prolungamento della vita, le aspettative di vita e una nuova domanda di utilità sanitarie, beni strumentali, opportunità di salute. Di fronte a questa maxi medicina il medico è sempre più un mini medico perché possiede sempre meno autonomia, perché sempre più pressato dalla politica, perché continuamente tirato da una parte e dall'altra da note, protocolli, linee guida. Qui diventa indispensabile un medico diverso pubblico e privato insieme in grado di accrescere il grado di vitalità delle persone. Serve un medico in grado di comunicare e fornire risposte veritiere. La medicina è diventata scientifica ed ha introdotto il metodo dell'evidenza dei risultati applicando i metodi della statistica e del calcolo probabilistico alle terapie e alla ricerca delle cause contagiando tutto il mondo. Questo può aver aiutato molto a prolungare la vita, ma è l'economia che determina per gran parte la degenerazione verso la medicina tecnologica che pone al centro l'organo malato e non la persona. E' l'economia, quella elettronica informatica che ora sempre più chiede di entrare nel processo sanitario e che ha come obiettivi fornire servizi immateriali. In questo contesto l'offerta di sistemi diagnostici, biochimici, strumentali e di immagine, terapeutici cresce indipendentemente dalle reali necessità sanitarie, che in tante parti rimangono la fame, l'acqua, l'abitazione, l'igiene e le malattie infettive. Di conseguenza la sanità viene spinta sempre più a ridefinire in termini allargati la nozione di malattia. Viene sempre più spinta a inglobare oltre il prolungamento della vita la qualità della vita, inclusa la concezione di aspetti più generali di tipo psicologico e sociale. Allora bisogna decidere se conservare il diritto alla salute o schierarsi per la libertà di cure. Io penso che non possa che essere la prima la scelta più opportuna e guidata dall'intervento pubblico. Solo la partecipazione più ampia possibile e consapevole potrà garantire questa scelta delegando al privato a proprie spese la libertà di cure. Prima il diritto alla salute per tutti e con pari opportunità, poi la libertà di cure depurata dalla spinta mercantile. Ma questo chiarimento deve avvenire in tempi rapidi e chiari per non mescolare in un enorme guazzabuglio tutto lo scomparto sanitario. Il sistema si sta frammentando e

mescolando in maniera anomala a livelli locali e regionali creando un groviglio inestricabile di possibili futuri diversi. La diversità è una risorsa se inserita in un contesto complesso ed unitario che garantisca i fondamentali per tutta la popolazione, altrimenti diventa un metodo per scardinare il sistema. **I continui cambiamenti di umore e direzione delle varie aziende sanitarie e regionali sta gettando nella confusione più totale operatori e sanitari stracchiati continuamente verso il diritto o verso la libertà.** Non si può ridurre tutto a clinica perché il rimedio è quasi sempre legato alla natura, alla medicina, alla società che decide se e come curarlo. Siamo ancora orientati alla persona, al paziente o "all'esigente? Siamo interessati a prenderci cura di tutti e non di tutto? Siamo pronti a fare scelte, a stabilire priorità per una vita che in ogni caso è limitata, naturalmente limitata? Il malessere della medicina deriva forse da questa mancata scelta di priorità e da un cambiamento sponsorizzato della società che chiede ed esprime attese fuori dal buon senso legate alla speranza ed illusione dell'immortalità scientifica, della vita senza fine. Con tutti i mezzi che abbiamo non si può morire; questa è la convinzione profonda di tanti personaggi che alimentano di conseguenza il consumo ad ogni costo di risorse e tecnologia. Questa convinzione spinge a ritenere sempre inadeguato, insufficiente il sistema e gli operatori che non hanno altra scelta che una medicina difensiva, sprecona e delegata a cascata ad altri attori in un percorso senza fine che si autoalimenta all'infinito: indagini, consulenze, altre indagini, altre consulenze per non incorrere nelle ire e nelle denunce di chi crede che la morte sia sempre malsanità. La tecnica infatti concentra la sua attenzione sui mezzi più efficaci ed efficienti per raggiungere dei fini che però non vengono mai chiariti. **Una ridefinizione degli scopi si impone di conseguenza per superare la crisi attuale e per trasformare una situazione in un percorso dinamico dove convergeranno tanti fattori, che non potranno non essere che complessi e diversi.** Medicalizzare la vita è negare l'uomo e i suoi limiti, rimuovere la morte, considerare la malattia una sconfitta. In realtà la malattia è un evento che non riguarda solo la persona malata, ma riguarda anche la famiglia, le istituzioni, gli operatori sanitari ed ogni altro contesto con cui la persona si relaziona. La malattia si inserisce quindi in un sistema dove ogni elemento modifica e viene modificato dalla relazione. A questo punto non può non essere chiaro come questa sperimentazione si ponga l'esigenza pratica di riflettere sugli scopi della medicina ben oltre i meri e sterili parametri economicistici e di sostenibilità. La scelta vera è una scelta etico politica fondamentale. Siamo chiamati a definire quale politica sanitaria è realisticamente preferibile ed adeguata all'assetto economico, culturale e morale della nostra società. Questa sperimentazione non risponde a questi quesiti, ma si limita a migliorare l'efficienza del sistema come attualmente è strutturato con i suoi equivoci ed incertezze tra diritti e libertà di cure. Non può dare risposte universali e chiamarsi fuori dalla confusione decidendo in proprio tra diritto e libertà, tra controllo della spesa ed incentivazione del consumo, tra ragionevole e possibile, tra società e sistema. La tensione di queste mancate scelte si ripercuote sull'organizzazione e sulle motivazioni degli operatori sanitari sempre in balia del controllo e della domanda, sempre pressati dalla necessità del risparmio e dall'aumento delle richieste, sempre più caricati delle ansie dei dirigenti e delle ansie degli utenti, sempre più oppressi dalla litigiosità dei singoli e dalla necessità economica. La scelta del miglior posizionamento in questa situazione è molto complessa e rischia di distruggere l'incontro medico, il rapporto terapeutico medico paziente. I contatti rischiano di trasformarsi in un dialogo difficile, frammentato e frustrante per entrambi. Non so quanto questo stato di cose potrà continuare senza la rottura di alcuni passaggi fondamentali nella pratica quotidiana con la rinuncia ad una rielaborazione delle parti, con la eliminazione del medico di famiglia che si trasformerà di conseguenza in dipendente o libero professionista. Sarà necessario un passaggio alla dipendenza? Si scelga, ma non si può ignorare il carico di stress esistente che pesa molto di più di tante motivazioni economiche, etiche e sociali. Questa sperimentazione ha evidenziato proprio questo carico emozionale legato alla delega, anche se parziale, del sistema sanitario aziendale che in linea con il momento storico non ha saputo definire gli scopi e i fini della medicina. **Ad una sanità politica alla ricerca di consensi e di voti che non ha il coraggio di fare scelte possibili e precise per il futuro; ad una sanità che vuole risparmiare, ma nello stesso tempo accontentare "l'esigente", ad una sanità che considera troppo onerosa l'utap, ma che vorrebbe dare tutti i servizi che le utap hanno fornito chiediamo**

un orientamento più definito e chiaro per poter sopravvivere nella quotidianità. Siamo più che convinti che il lavoro svolto merita un riconoscimento che va ben oltre la quota utap riconosciuta dalla convenzione stipulata.

FUTURO' RIPRODUCIBILE

SI, A CONDIZIONE DI APPORTARE ALCUNI INTERVENTI CORRETTIVI

Dopo anni di abbandono e di continui cambi di assistenti sociali per trasferimenti, nonostante il blocco delle assunzioni ritorna la presenza costante ed attenta di un assistente sociale coordinata ed interattiva con i medici, conoscitori delle problematiche delle persone e delle famiglie; dopo anni di lavoro individuale e competitivo torna la collaborazione e l'unità di intenti dei medici; dopo anni di confusione dei ruoli e delle competenze si realizza un sistema complesso di risposta ai bisogni in un unico luogo di facile accesso e di continuità operativa. E' concretizzata una esigenza dei brendolani che sanno dove trovare tante risposte e supporti in un rapporto di collaborazione diffuso: Servizi sociali – servizi sanitari- servizi di trasporto- collegamenti con associazioni di volontariato- riferimento con gli amministratori- servizi domiciliari- servizi specialistici

Questa realtà è il risultato del lavoro e della collaborazione di tanti attori e può vivere solo grazie alle sinergie esistenti e al mosaico di scambi reali quotidiani finalizzati ad un unico scopo. Il puzzle di elementi è fondamentale per dare una operatività e concretezza al centro sociosanitario. Chiunque tentasse di togliere un solo piccolo tassello alla composizione ridurrebbe il quadro ad un ammasso informe ed insostenibile. Chiunque avesse desiderio di migliorare l'attuale assetto non deve mettere in discussione l'impianto unitario, ma sviluppare tutte quelle potenzialità inutilizzate e verificare tutte le opportunità inesprese od incomplete. Chiunque sia ben intenzionato ad contribuire in maniera critica e propositiva dovrebbe ricordare che costruire è difficile e faticoso, al contrario per distruggere basta un minuto. Chiunque voglia dare un giudizio è libero a condizione che abbia preventivamente verificato la realtà al di fuori del circuito paesano. Attualmente non esiste nella regione Veneto una realtà di uguale portata e consistenza.

Bisogna eventualmente avere il coraggio di rivedere il capitolato di servizio e gli impegni richiesti all'assistente sociale per qualificare la professionalità e scaricare parte del carico amministrativo. La criticità, ancora sostenibile, si colloca in questo ambito di attività.

CORRETTIVI CON I MEDICI

Aumentare

- La formazione manageriale
- La formazione al lavoro di gruppo
- La quota di tempo da dedicare alla ricerca e allo studio epidemiologico
- L'attenzione alla formazione degli operatori

CORRETIVI CON L'UTENZA

Aumentare:

- La partecipazione attiva e la responsabilizzazione
- La conoscenza medica di base
- L'adozione di forme di auto controllo
- Il concetto di salute come benessere e non come bene di consumo

CORRETIVI CON LA PARTE PUBBLICA

Aumentare:

- La visione globale della riorganizzazione attuando modifiche al proprio interno
- La disponibilità alla collaborazione e alla flessibilità con gli sperimentatori
- Gli interventi con una logica non solo di mercato e ospedalocentrica
- La disponibilità tecnologica del territorio
- La progettazione a medio e lungo termine

Noi siamo interessati alla salute della popolazione e non solo all'aspetto sanitario, nel senso di insorgenza e diffusione di malattie da curare. Attualmente sta emergendo un concetto di nuova Sanità, secondo cui la salute rappresenta un investimento per la vita della comunità e si evidenzia l'attenzione sul comportamento degli individui nel loro ambiente e sulle condizioni che influenzano detto comportamento. Oltre alla nozione classica di prevenzione delle malattie, il nostro lavoro si occupa di promuovere la salute fisica e mentale degli individui. Tali obiettivi si traducono nel cercare di influenzare le abitudini e le condizioni di vita, ma anche nel promuovere l'auto-stima, la dignità umana ed il rispetto con la profonda convinzione che il benessere non può riguardare solo la sfera clinica, ma globale della persona.

Le famose sinergie non possono più essere trascurate e si prospetta sempre di più la necessità di interagire con l'intero quadro generale: politico, associativo, economico e sociale. La Salute è e dovrebbe essere considerata come un problema dell'intera società dal momento che ne tocca tutti gli aspetti. Sono necessarie collaborazioni non solo tra politica, attività operative e ricerca, ma specialmente tra differenti discipline. Le future politiche dovrebbero ri-orientare le capacità dei sistemi sanitari di migliorare la salute delle popolazioni legando insieme la creatività e l'energia di differenti settori della società, come il trasporto, il turismo e le attività economiche per promuovere la Salute. *Il ruolo dei professionisti della Sanità dovrebbe essere allargato per fornire un'attività di consulenza per gli altri settori della società. I professionisti dovrebbero andare dai politici e dagli operatori di tutti i settori e consigliarli su come promuovere la Salute ad ogni livello della società.* All'interno della comunità dovremmo intervenire per illustrare e suggerire orientamenti ed interventi, magari pensando ad una forma ufficiale di società di consulenza

Si dovrebbe pertanto incoraggiare la ricerca sul campo aumentando lo studio epidemiologico con la conseguente valutazione dei problemi prevalenti e gli opportuni interventi correttivi da perseguire a lungo tempo. I benefici di ogni politica o intervento non possono essere sempre misurati nel breve periodo. Ad esempio, gli effetti di una campagna contro la diffusione del fumo di tabacco saranno visibili attraverso una riduzione della mortalità per tumore polmonare solamente molti anni dopo l'inizio dell'intervento.

Le nostre scelte ed il modo in cui organizziamo la struttura operativa e ne regoliamo il funzionamento giocano un ruolo importante per la salute di ogni individuo. La sanità dovrebbe

essere inclusa e formare parte integrante di tutte le decisioni politiche locali, ma dobbiamo imparare a suggerire ai politici che la salute è una risorsa non un costo.

Attualmente, le politiche sanitarie si concentrano sulle malattie. L'attenzione è maggiormente diretta verso le malattie acute e le azioni immediate. Tali azioni si basano sulla cura più che sulla prevenzione. Nel futuro non dovremmo fondare le nostre azioni sulle carenze (le malattie), quanto invece sugli aspetti positivi (buona salute). Le comunità raramente progrediscono sulla base delle loro debolezze, ma viceversa sui loro punti di forza. Occorrerebbe spostare l'attenzione dalle difficoltà (handicap, età avanzata) a quello che può essere ancora realizzato. Un fattore importante che è necessario sviluppare è la creazione di un ambiente positivo per gli individui (e.g. un ambiente dotato di impianti sportivi, ma anche di possibilità di crescita individuale, scuola di formazione)

- Le conoscenze sui determinanti di salute, sulle cause delle malattie e sui modi per evitarle crescono continuamente, ma facciamo ancora troppo poco per utilizzarle. Come nel passato, la ricerca di buona qualità è il presupposto di interventi efficaci. La ricerca epidemiologica, in particolar modo, aiuta ad identificare i fattori di rischio delle malattie e a valutare l'impatto delle misure di promozione della salute
- È necessario realizzare studi sul carico di malattia nella popolazione (che comprendano non solo la valutazione del rischio attribuibile ma anche quella del rischio evitabile in qualsiasi patologia: Ipertensione, depressione, ecc)

Esiste un notevole gap tra la ricerca (mai strutturata) da una parte, e le attuali pratiche operative dall'altra. Dovremmo anche modificare le modalità con cui presentiamo i risultati. Questi dovrebbero essere interessanti per i decisori e gli operatori, che non desiderano leggere lunghi documenti in cui sono descritti tutti i dettagli, le limitazioni dello studio, etc.. Un'interazione continua, preferibilmente personale, dovrebbe realizzarsi tra la comunità e gli operatori. La presentazione delle ricerche dovrebbe essere non solo breve e concisa, ma anche avere un formato attraente

Essere innovativi è un aspetto importante nello sviluppo della sanità. Ciò che si è dimostrato efficace nel passato (e.g. prevenzione della trasmissione dell'HIV attraverso l'uso di profilattici) può non essere preso nella giusta considerazione dalle nuove generazioni (risultando così in un incremento dei rapporti sessuali non protetti e delle infezioni da HIV). Devono pertanto essere continuamente sviluppati nuovi modi di trasmissione dello stesso messaggio o messaggi diversi. La ricerca per l'ulteriore sviluppo di strategie di intervento dovrebbe andare oltre le domande essenziali (l'intervento è efficace? in quali condizioni?) per includere un approccio creativo alla risoluzione dei problemi. In futuro, dovremmo anche considerare la gestione del contesto e dei fattori positivi (così da realizzare un approccio integrato).

Le pratiche dovrebbero essere fondate sulla flessibilità e sul pragmatismo. Le politiche vengono realizzate a livello nazionale od internazionale, mentre la loro implementazione avviene a livello locale e dovrebbe essere modificabile secondo i diversi contesti. Al fine di seguire il principio: "Pensa in maniera globale, agisci secondo il contesto locale":

Sarà di cruciale importanza sviluppare una comune visione per il futuro e superare i disturbi di crescita. Come si può raggiungere questi obiettivi?

Forme associative dell'assistenza primaria in Italia

Allo stato attuale, l'auspicata trasformazione della medicina generale convenzionata sta assumendo sempre più la connotazione di un processo essenzialmente organizzativo che si basa, quasi esclusivamente, sulla promozione di forme associative il cui fine dichiarato è quello di garantire una maggior disponibilità oraria di apertura degli studi medici, con l'obiettivo di andare incontro alle richieste sempre maggiori dell'utenza, di diminuire così l'accesso al Pronto soccorso e, quando sia possibile, di diminuire i ricoveri ospedalieri.

Il lavoro in forma associata, quindi, dovrebbe portare a una maggiore efficienza dell'intero sistema delle cure, in termini di un maggior numero di prestazioni erogate da un lato e da una riduzione degli accessi impropri all'ospedale dall'altro.

Ma il bilancio di questi ultimi anni pone molti dubbi al riguardo e questa ipotesi presenta molte criticità, come più volte evidenziato dalla stessa professione

Risulta quindi evidente che efficienza non è sinonimo di efficacia e di qualità. Così come è evidente che **le forme associative della assistenza primaria sono uno strumento di management utile e probabilmente indispensabile per il futuro, purché siano chiare strategie e alcuni presupposti.**

- Obiettivo prioritario delle forme associative è la sostenibilità economica di servizi sanitari aggiuntivi che decentrano l'erogazione delle cure: il bringing care closer to the people, indicate dall'OMS nel Report 2008 sulle Cure Primarie. **La nostra esperienza brendolana è sostenibile.**

- Qualsiasi forma associativa privata di quei contenuti professionali aggiuntivi indirizzati alle strategie di prevenzione e al disease management delle malattie croniche rischia di essere solo una scatola vuota, che perde gran parte dei suoi potenziali benefici gestionali rispetto al tradizionale studio del medico single e lascia anzi spazio all'emergere di criticità che rischiano di peggiorare l'efficacia del sistema. La vera sfida futura per la medicina di famiglia italiana sta quindi nella capacità di calibrare il rapporto tra domanda espressa e la struttura dell'offerta nel suo complesso. In termini organizzativi questo vuol dire la capacità di organizzare il proprio lavoro in forma associata attraverso la messa in opera di **precise strategie gestionali:**

- Condivisione progettuale (Ulss – Amministrazione Comunale – Operatori) con un tavolo permanente di confronto

- Attivazione guardia medica in stretta collaborazione all'interno dell'Utapp

- Archivi informatizzati (condivisione con i diversi livelli assistenziali);

- Orientamento preventivo (med. di iniziativa);

- Attivazione registri per patologia;

- Ambulatori specialistici gestiti dall'Utapp

e **precisi orientamenti :**

- formazione di base dei pazienti/clienti per salvare la sostenibilità (Lea condivisi) e per responsabilizzare gli stessi nell'uso dei servizi. La scuola di formazione permanente che abbiamo iniziato a sperimentare dovrà assumere dimensioni e caratteristiche orientate ad accrescere le conoscenze di base, ad aumentare la maturazione generale e l'attenzione ad evitare gli sprechi. Il consumismo medico logora e porta scarsi risultati in termini di salute.

- costruzione di un percorso dottrinale e formativo medico che porti ad una chiara e definita disciplina umanistica supportata dalla tecnica, recuperando la relazione tra operatori e utilizzatori dei servizi. Progettazione di aree di ricerca in gruppo. Quindi noi diciamo

BASTA CON QUESTO AGGIORNAMENTO

La maggior parte di noi medici di medicina generale ha un curriculum universitario che fa riferimento all'università di Padova e non ha più bisogno di rifare tale percorso e nello stesso tempo non ha bisogno di formazione di tipo ospedaliero in quanto:

- il paziente ambulatoriale è in gran parte responsabile della propria cura, nel senso che :

- deve autosomministrarsi i farmaci

- deve monitorizzare l'evoluzione della sintomatologia e le variazioni del proprio stato

- deve adattare la propria attività alle fasi della malattia.

- Esiste una bassa percentuale di patologie rispetto al numero di accessi

- Esiste una notevole differenza tra la valutazione del pz e quella del medico sui sintomi

- Il danno potenziale in caso di mancato intervento del medico è limitato al 20-30% dei casi

- Il medico deve:

- per prima cosa valutare il risultato dell'autotrattamento

- spendere più del 30 % del suo tempo a spiegare ed educare il pz

- fare i conti con le aspettative del pz

- valutare il sintomo recente
- tenere presente una patologia asintomatica
- valutare il risultato del trattamento
- pesare i problemi intercorrenti, i fattori di rischio
- risolvere il problema clinico, ma anche portare il pz alla normalizzazione della vita sociale.

DIAGNOSI

E' fondamentale quindi per il mmg sapere focalizzare diagnosi probabili e non possibili come fa il medico ospedaliero.

Serve di conseguenza una buona conoscenza della prevalenza delle malattie e di studi longitudinali, di altri dati sull'acqua e sull'inquinamento dell'aria.

Serve un uso moderato di servizi (esistono oltre 200 professioni correlate alla salute e tutte vogliono allargarsi in continuazione. Allora l'unico modo per evitare l'abuso è fornire in tempi rapidi e privilegiati quanto il medico chiede senza passare necessariamente attraverso il mercato.

Gli specialisti devono evitare induzione di spesa con richieste al medico di ulteriori approfondimenti: se ritengono necessario lo prescrivano direttamente)

TERAPIA

Le due domande fondamentali del mmg sono:

Quale trattamento è opportuno?

Quale conseguenza è lecito attendersi?

Quale compliance?

Le informazioni fondamentali di conseguenza sul trattamento farmacologico sono:

Posologia

Effetti collaterali

Cause di inadeguata risposta (di scelta o di utilizzo).

Vogliamo di conseguenza un aggiornamento che rispetti queste caratteristiche tipiche ed in modalità diverse dalla conferenza frontale dell'ospedaliero di turno.

Trascurando la digressione sull'aggiornamento medico torniamo al centro sociosanitario e all'Utop di Brendola. Bisogna sottolineare che la sperimentazione di questi anni è prevalentemente impostata e pensata come innovazione organizzativa alla modalità di lavoro individuale dei medici e dei vari operatori. In particolare bisogna riprendere alcuni concetti espressi all'inizio del capitolo.

Ma il medico è ancora la stessa persona che si intendeva un tempo? La modernizzazione della medicina chiede al medico di essere più diverso ogni giorno, chiede una esasperata specializzazione, una preparazione tecnologica sempre più spinta, un continuo rimodellamento in base a nuovi fattori economici e sociali. Se scompare il medico universale come preparare un medico per il paziente? E' opportuno chiedersi anche quali sono i limiti ed i confini di certi programmi ed interventi. E' importante che la medicina fatta dall'uomo accetti anche i limiti dell'uomo, che la morte non sarà mai sconfitta e che niente di conseguenza è eterno. La medicina è opportuno che si concentri su obiettivi possibili e che non pretenda con le proprie conoscenze e tecniche controllare tutti gli aspetti della vita ed arrogarsi il diritto di decidere per gli altri.

In ogni caso il processo di razionalizzazione interno alla sanità andrebbe associato ad un processo di razionalizzazione esterna nel senso che il concetto di salute ha un'accezione più ampia. Comporta infatti una declinazione diversa di punti di vista, obiettivi, metodi professionalità. Il sistema salute è corale, collettivo, figlio di alleanze e non solo di prestazione, un percorso nel tempo accanto alla persona. E' necessario fare della partecipazione popolare e della formazione un elemento portante coinvolgendo associazioni, ed elementi della società tutta. **Fare della partecipazione vera e reale l'elemento fondante del progetto salute è l'unica strada possibile per spendere meno in sanità.** Un ampio fronte di consenso comune resta la strada possibile per un progetto possibile a cominciare

dalla scuola fino alle ultime organizzazioni esistenti. E' opportuno insieme mettere a fuoco obiettivi semplici e raggiungibili in tutto il contesto sociale piuttosto che pensare ad imprese impervie dimenticando i limiti dell'uomo e dunque di ricordare che la morte non sarà mai sconfitta. Sarà utile focalizzare l'attenzione non sull'alta tecnologia e sulla superspecializzazione ma su sistemi semplici motorii, nutrizionali educativi. **Oggi ci troviamo diversamente dal paziente di un tempo di fronte ad una persona "esigente", per la quale il male non ha senso e non ci si può rassegnare a subirlo.** Per l'esigente il dolore non ha senso e l'impazienza è l'unico modo per non essere complici. La medicina non è più concepita come "necessità", ma come opportunità e mezzo per sviluppare capacità. Ecco allora sempre sospesa la spada tra l'esigente e i conti dello stato ed il medico che deve mediare sospeso tra il problema etico sul prolungamento della vita, le aspettative di vita e una nuova domanda di utilità sanitarie, beni strumentali, opportunità di salute. Di fronte a questa maxi medicina il medico è sempre più un mini medico perché possiede sempre meno autonomia, perché sempre più pressato dalla politica, perché continuamente tirato da una parte e dall'altra da note, protocolli, linee guida. Qui diventa indispensabile un medico diverso pubblico e privato insieme in grado di accrescere il grado di vitalità delle persone. Serve un medico in grado di comunicare e fornire risposte veritiere. La medicina è diventata scientifica ed ha introdotto il metodo dell'evidenza dei risultati applicando i metodi della statistica e del calcolo probabilistico alle terapie e alla ricerca delle cause contagiando tutto il mondo. Questo può aver aiutato molto a prolungare la vita, ma è l'economia che determina per gran parte la degenerazione verso la medicina tecnologica che pone al centro l'organo malato e non la persona. E' l'economia, quella elettronica informatica che ora sempre più chiede di entrare nel processo sanitario e che ha come obiettivi fornire servizi immateriali. In questo contesto l'offerta di sistemi diagnostici, biochimici, strumentali e di immagine, terapeutici cresce indipendentemente dalle reali necessità sanitarie, che in tante parti rimangono la fame, l'acqua, l'abitazione, l'igiene e le malattie infettive. Di conseguenza la sanità viene spinta sempre più a ridefinire in termini allargati la nozione di malattia. Viene sempre più spinta a inglobare oltre il prolungamento della vita la qualità della vita, inclusa la concezione di aspetti più generali di tipo psicologico e sociale. Allora bisogna decidere se conservare il diritto alla salute o schierarsi per la libertà di cure. Io penso che non possa che essere la prima la scelta più opportuna e guidata dall'intervento pubblico. Solo la partecipazione più ampia possibile e consapevole potrà garantire questa scelta delegando al privato a proprie spese la libertà di cure. Prima il diritto alla salute per tutti e con pari opportunità, poi la libertà di cure depurata dalla spinta mercantile. Ma questo chiarimento deve avvenire in tempi rapidi e chiari per non mescolare in un enorme guazzabuglio tutto lo scomparto sanitario. Il sistema si sta frammentando e mescolando in maniera anomala a livelli locali e regionali creando un groviglio inestricabile di possibili futuri diversi. La diversità è una risorsa se inserita in un contesto complesso ed unitario che garantisca i fondamentali per tutta la popolazione, altrimenti diventa un metodo per scardinare il sistema. **I continui cambiamenti di umore e direzione delle varie aziende sanitarie e regionali sta gettando nella confusione più totale operatori e sanitari stiracchiati continuamente verso il diritto o verso la libertà.** Non si può ridurre tutto a clinica perché il rimedio è quasi sempre legato alla natura, alla medicina, alla società che decide se e come curarlo. Siamo ancora orientati alla persona, al paziente o "all'esigente? Siamo interessati a prenderci cura di tutti e non di tutto? Siamo pronti a fare scelte, a stabilire priorità per una vita che in ogni caso è limitata, naturalmente limitata? Il malessere della medicina deriva forse da questa mancata scelta di priorità e da un cambiamento sponsorizzato della società che chiede ed esprime attese fuori dal buon senso legate alla speranza ed illusione dell'immortalità scientifica, della vita senza fine. Con tutti i mezzi che abbiamo non si può morire; questa è la convinzione profonda di tanti personaggi che alimentano di conseguenza il consumo ad ogni costo di risorse e tecnologia. Questa convinzione spinge a ritenere sempre inadeguato, insufficiente il sistema e gli operatori che non hanno altra scelta che una medicina difensiva, sprecona e delegata a cascata ad altri attori in un percorso senza fine che si autoalimenta all'infinito: indagini, consulenze, altre indagini, altre consulenze per non incorrere nelle ire e nelle denunce di chi crede che la morte sia sempre malsanità. La tecnica infatti concentra la sua attenzione sui mezzi più efficaci ed efficienti per raggiungere dei fini che però non vengono mai chiariti. **Una**

ridefinizione degli scopi si impone di conseguenza per superare la crisi attuale e per trasformare una situazione in un percorso dinamico dove convergeranno tanti fattori, che non potranno non essere che complessi e diversi. Medicalizzare la vita è negare l'uomo e i suoi limiti, rimuovere la morte, considerare la malattia una sconfitta. In realtà la malattia è un evento che non riguarda solo la persona malata, ma riguarda anche la famiglia, le istituzioni, gli operatori sanitari ed ogni altro contesto con cui la persona si relaziona. La malattia si inserisce quindi in un sistema dove ogni elemento modifica e viene modificato dalla relazione. A questo punto non può non essere chiaro come questa sperimentazione si ponga l'esigenza pratica di riflettere sugli scopi della medicina ben oltre i meri e sterili parametri economicistici e di sostenibilità. La scelta vera è una scelta etico-politica fondamentale. Siamo chiamati a definire quale politica sanitaria è realisticamente preferibile ed adeguata all'assetto economico, culturale e morale della nostra società. Questa sperimentazione non risponde a questi quesiti, ma si limita a migliorare l'efficienza del sistema come attualmente è strutturato con i suoi equivoci ed incertezze tra diritti e libertà di cure. Non può dare risposte universali e chiamarsi fuori dalla confusione decidendo in proprio tra diritto e libertà, tra controllo della spesa ed incentivazione del consumo, tra ragionevole e possibile, tra società e sistema. La tensione di queste mancate scelte si ripercuote sull'organizzazione e sulle motivazioni degli operatori sanitari sempre in balia del controllo e della domanda, sempre pressati dalla necessità del risparmio e dall'aumento delle richieste, sempre più caricati delle ansie dei dirigenti e delle ansie degli utenti, sempre più oppressi dalla litigiosità dei singoli e dalla necessità economica. La scelta del miglior posizionamento in questa situazione è molto complessa e rischia di distruggere l'incontro medico, il rapporto terapeutico medico-paziente. I contatti rischiano di trasformarsi in un dialogo difficile, frammentato e frustrante per entrambi. Non so quanto questo stato di cose potrà continuare senza la rottura di alcuni passaggi fondamentali nella pratica quotidiana con la rinuncia ad una rielaborazione delle parti, con la eliminazione del medico di famiglia che si trasformerà di conseguenza in dipendente o libero professionista. Sarà necessario un passaggio alla dipendenza? Si scelga, ma non si può ignorare il carico di stress esistente che pesa molto di più di tante motivazioni economiche, etiche e sociali. Questa sperimentazione ha evidenziato proprio questo carico emozionale legato alla delega, anche se parziale, del sistema sanitario aziendale che in linea con il momento storico non ha saputo definire gli scopi e i fini della medicina. **Ad una sanità politica alla ricerca di consensi e di voti che non ha il coraggio di fare scelte possibili e precise per il futuro; ad una sanità che vuole risparmiare, ma nello stesso tempo accontentare "l'esigente", ad una sanità che considera troppo onerosa l'utap, ma che vorrebbe dare tutti i servizi che le utap hanno fornito chiediamo un orientamento più definito e chiaro per poter sopravvivere nella quotidianità. Siamo più che convinti che il lavoro svolto merita un riconoscimento che va ben oltre la quota utap riconosciuta dalla convenzione stipulata.**