



# Progetto di gestione del rischio clinico in regione Friuli Venezia Giulia

Governo clinico e gestione del rischio in sanità
--

Il Governo clinico in sanità è stato definito dal documento Governo inglese come “Un sistema attraverso il quale le organizzazioni del servizio sanitario nazionale sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l’eccellenza dell’assistenza sanitaria”

Le caratteristiche essenziali di questa definizione sono quindi:

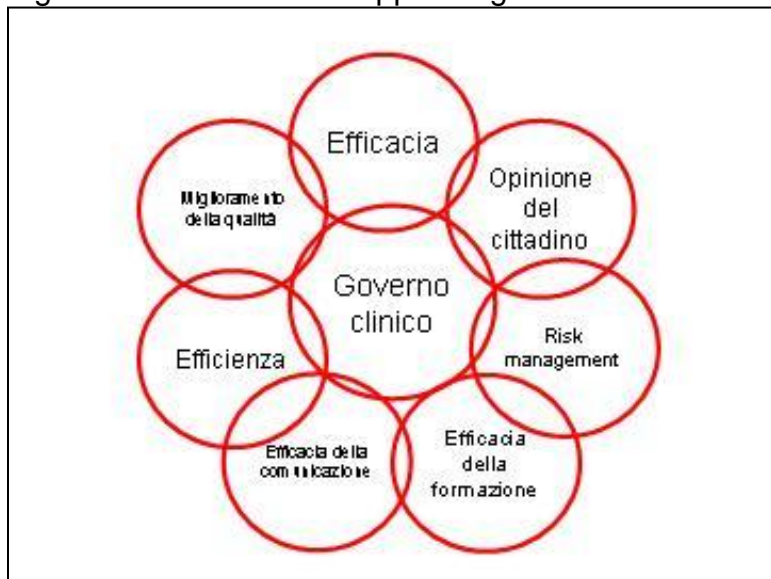
- La responsabilità delle organizzazioni sanitarie. Il Servizio Sanitario Regionale e tutte le sue articolazioni sono responsabili dei risultati raggiunti e della performance complessiva. La responsabilità riguarda le organizzazioni e gli individui e deve essere chiaramente distribuita nei diversi livelli.
- La responsabilità è strettamente legata alla trasparenza e al rendere conto (accountability). Per questo il SSR deve rendere trasparenti i propri risultati e rendere conto di successi e insuccessi.
- Lo sviluppo di sistemi di miglioramento della qualità. Tale sviluppo deve essere parte essenziale delle attività normali del SSR e non iniziative scollegate o episodiche.
- I punti precedenti sono tra loro collegati nella creazione di un ambiente organizzativo che sviluppi il governo clinico. Questo prevede quindi la costruzione delle condizioni cliniche ed organizzative finalizzate a permettere una attenzione sistematica e continuativa alla qualità dell’assistenza

Nella figura 1 sono scomposte le attività che compongono il progetto di Governo Clinico.

Queste sono:

- l’efficacia, intesa come capacità di ottenere la migliore performance possibile sullo stato di salute della popolazione ;
- l’efficienza, ossia l’uso razionale ed appropriato delle risorse;
- il risk management, che prevede la capacità di rilevare, valutare e correggere gli errori ;
- l’opinione del cittadino, intesa come capacità del sistema di tenere in considerazione le opinioni, le preferenze e le segnalazione dei cittadini e di imparare da queste per il miglioramento della pratica clinica;
- l’efficacia della formazione, come capacità del sistema di sviluppare programmi di formazione e valutazione del personale i cui risultati siano misurabili e monitorati;
- l’efficacia della comunicazione, che prevede la capacità di sviluppare buoni sistemi di comunicazione dentro l’organizzazione e verso l’esterno
- il miglioramento continuo della qualità come programma dell’organizzazione e come capacità di identificare e disseminare innovazione e buone pratiche.

Figura 1 – Le aree di sviluppo del governo clinico



Il Ministero della Salute ha recentemente prodotto un documento “Risk management in Sanità” che conclude con le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere segnalazioni di near misses (...);
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio, e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire un feed back informativo;
- avviare la costituzione di un network per la realizzazione di un database nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale (...);
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

## I principi della programmazione regionale

Nei recenti atti della programmazione regionale sono stati introdotti importanti elementi per l'avvio di attività di Governo clinico.

Il Progetto obiettivo materno-infantile e dell'età evolutiva (DGR 3235 del 29 11 2004), La Proposta preliminare di piano della riabilitazione (DGR 3237 del 29 11 2004), contengono metodi e indicatori per la misurazione dell'efficacia, linee guida e standard di qualità, programmi di formazione efficiente.

Le Linee di gestione 2005 (DGR 3234 del 29 11 2004), contengono numerosi temi coerenti con i principi del Governo clinico quali:

- le gestione delle liste di attesa ;
- la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance;
- la valutazione della performance attraverso un sistema di indicatori regionali ;
- lo spostamento dei sistemi di remunerazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta ;
- l'avvio del programma di rischio clinico.

Per il rischio clinico le Linee di gestione prevedono un programma specifico sui seguenti temi:

- un'analisi delle informazioni disponibili e delle possibilità di un loro utilizzo nella valutazione del rischio e dei suoi determinanti legati ai processi di cura
- lo sviluppo di un sistema di monitoraggio degli eventi sfavorevoli, attraverso un adeguato set di indicatori
- lo sviluppo di un sistema di monitoraggio delle componenti critiche nei processi di cura
- la messa a punto di standard qualitativi sui processi e sulla prevenzione degli eventi più importanti
- la messa a regime di un sistema di monitoraggio della manutenzione delle apparecchiature biomedicali
- la valutazione degli attuali sistemi assicurativi e la definizione di forme di copertura del rischio che tengano conto delle attività di prevenzione e del controllo sui processi di cura e di verifica.”

In sostanza quindi la programmazione regionale pone come obiettivo esplicito 2005 l'avvio di un programma di prevenzione del rischio nelle strutture ospedaliere e nello stesso tempo avvia aree di lavoro che si inseriscono in una visione più generale di sviluppo del Governo Clinico.

## Principi generali del risk management regionale

La definizione di un programma di prevenzione del rischio prevede il rifarsi ad alcuni principi generali che sono la base di tutti i progetti di questo tipo attivi a livello internazionale. I principi base sono:

- Come previsto dalla “Carta delle sicurezze nell’esercizio della pratica medica e assistenziale” redatta da TDM, ANAAO-ASSOMED, FIMMG va ribadito il “diritto alla sicurezza” inteso come “entrare in relazione con un professionista o una struttura che gli garantisca modalità organizzative e comportamenti professionali in grado di tenere sotto controllo i rischi e di ridurre al minimo il verificarsi di errori nel corso dei trattamenti medici e assistenziali”.
- E’ inevitabile che gli errori accadano nel Servizio sanitario regionale. L’obiettivo è identificarli e ridurli.
- Per ogni errore importante ve ne sono circa 30 di minori e 300 di quasi errori (near miss). Il sistema deve cercare di identificare questi 300 per evitare gli eventi importanti.
- La grande maggioranza degli errori accade a causa di un fallimento del sistema non della singola persona.
- La prevenzione dell’errore non passa attraverso l’identificazione del colpevole ma nell’analisi del processo che ha portato all’errore. Le domande giuste non sono quindi “Chi ?” ma “Perché ?” e “Come ?”
- Gli studi dicono che almeno il 50% degli errori è prevenibile.
- Bisogna imparare dagli errori, non ignorarli.
- Esistono esperienze che dimostrano che un sistema di rilevazione, segnalazione, valutazione, intervento sull’errore migliora la performance
- L’approccio al rischio è un approccio di sistema, ossia ha principi e metodi generali, ma è articolato su tutti i livelli di responsabilità e organizzativi.

## Obiettivi

Sulla base di quanto previsto dalle Linee di gestione gli obiettivi del programma regionale di prevenzione del rischio sono i seguenti:

- Esecuzione di un’analisi esplorativa sulle fonti disponibili per la rilevazione del rischio e degli eventi avversi a partire dalle aree critiche;
- Definizione di un set di indicatori
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio delle componenti critiche nei processi di cura
- Messa a punto di standard qualitativi sui processi e sulla prevenzione degli eventi più importanti
- Messa a regime di un sistema di monitoraggio della manutenzione delle apparecchiature biomedicali
- Valutazione degli attuali sistemi assicurativi e definizione di forme di copertura del rischio che tengano conto delle attività di prevenzione e del controllo sui processi di cura e di verifica.”
- Coinvolgimento degli utenti/cittadini attraverso una revisione dell’attuale sistema di valutazione delle proteste e lo sviluppo di modelli efficaci di comunicazione sulle attività di “risk management”
- Messa a punto di un sistema di segnalazione spontanea

## Le attività e le azioni

Le azioni previste sono:

- la predisposizione, a cura dell'ARS, di un programma unificato di rischio clinico, a partire dai programmi già esistenti di miglioramento della qualità assistenziale (infezioni ospedaliere, resistenze batteriche, lesioni da decubito, uso del sangue, terapia antalgica, esami preoperatori). Il presente documento è inteso come programma preliminare da sottoporre alle Aziende.
- l'identificazione all'interno di ciascun ospedale di una funzione di coordinamento di tutte le attività di "risk management"
- il coinvolgimento degli operatori nella definizione di profili condivisi di accountability;
- la definizione di indicatori di processo che verifichino lo stato di avanzamento del programma di "risk management".

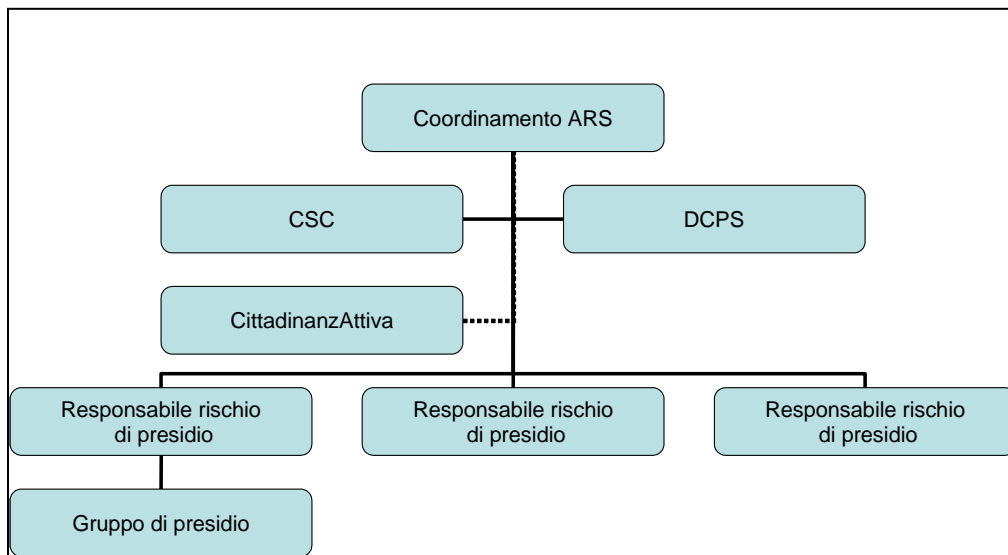
## Organizzazione

Per l'organizzazione regionale si prevede:

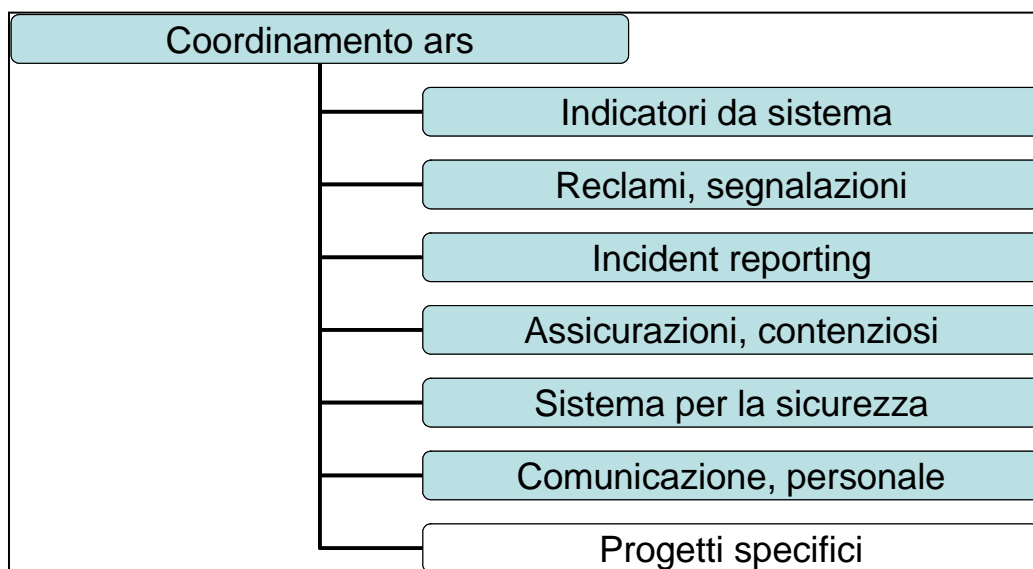
- un responsabile del progetto dell'ARS con il compito di responsabilità e coordinamento del programma
- un gruppo tecnico regionale con compiti di elaborazione del programma e responsabilità su aspetti specifici o sottoprogetti, costituito da:
  - o personale dell'ARS
  - o personale del CSC per gli aspetti assicurativi
  - o personale DCSPS per gli aspetti farmaceutici
  - o personale delle Aziende per competenze specifiche e responsabilità di progetti o attuazione di sperimentazioni;
- un coordinamento regionale costituito dai responsabili del programma designati da ciascuna Azienda secondo quanto previsto dalla Linee di Gestione 2005;
- gruppi di risk management costituiti presso ciascun presidio ospedaliero per l'implementazione del programma a livello locale. Le Aziende con più presidi definiranno le forme di coordinamento aziendale del programma.

Nella figura è illustrata l'organizzazione, con il ruolo di coordinamento dell'ARS, il collegamento e la collaborazione con CSC (contenziosi e assicurazioni) e DCSPS (farmaceutica) e CittadinanzAttiva, l'articolazione per presidio.

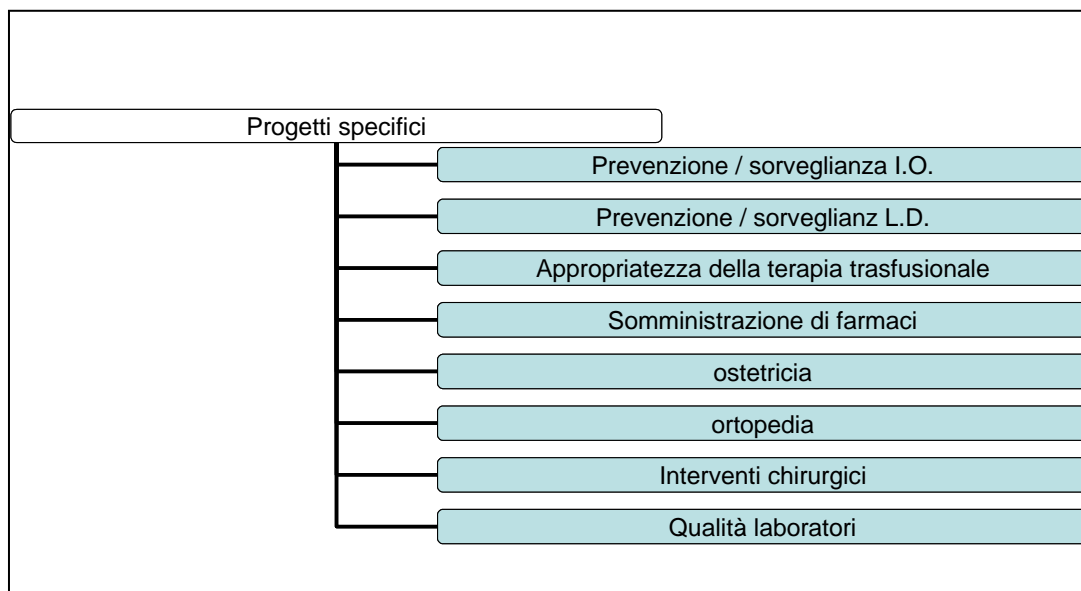
Il CSC svolge attività sia in all'interno del programma, sia, per le parti specifiche definite nello statuto, direttamente con le Aziende.



Nella figura seguente è rappresentata l'organizzazione per temi o aree progettuali. I progetti specifici sono a loro volta articolati in singole linee di lavoro. In appendice sono riportati i nominativi per ciascuno dei progetti e delle aree identificate.



Nella figura che segue sono elencati i progetti specifici.





Programma operativo
---------------------

- Progetto generale

Il presente progetto costituisce il documento generale del programma regionale. Il progetto verrà inviato ai Direttori generali per le osservazioni. Il documento definitivo verrà presentato e discusso con i Direttori sanitari di Azienda e di presidio.

L'ASS1 Triestina non ha presidi ospedalieri. Si ritiene comunque che debba partecipare all'iniziativa in quanto molte delle attività di prevenzione del rischio sono estendibili a tutte le strutture sanitarie e le attività in senso lato (RSA, residenze protette, ADI).

Nel corso dell'anno verrà valutata l'estensione agli erogatori di attività di ricovero provati accreditati.

Nei paragrafi che seguono sono elencate le attività previste per il 2005.

**Aree di attività**

- indicatori - raccolta delle informazioni e reporting

Un programma di prevenzione del rischio prevede una raccolta sistematica delle informazioni sia a livello di singola struttura che a livello regionale.

La raccolta mirerà alla quantificazione degli eventi e dei rischi.

La raccolta delle informazioni sarà strutturata secondo il seguente schema:

- monitoraggio tramite indicatori derivati dalle basi dati correnti o dai sistemi di sorveglianza attivi esistenti ;
- monitoraggio attraverso valutazioni campionarie di cartelle cliniche;
- individuazione e analisi dei rischi (attivi e latenti) attraverso l'analisi degli eventi significativi, dei contenziosi e delle segnalazioni dei cittadini.

La raccolta degli eventi significativi avverrà su base volontaria, anonima e confidenziale.

- reclami, segnalazioni dei cittadini

La raccolta delle segnalazioni da parte delle Aziende e degli URP è stata sviluppata avendo come riferimento principale la normativa vigente sull'accesso agli atti (l.241/90) gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico (D.lgs. 29/93) e la Carta dei Servizi (l.273/95).

E' necessario sviluppare l'uso delle segnalazioni come strumento di lettura dei rischi e dei rischi potenziali.

A tale proposito nel corso del 2005 verrà ripristinato il gruppo di lavoro dei referenti URP con i seguenti compiti:

- adozione di una metodologia condivisa di analisi delle segnalazioni in funzione di prevenzione del rischio;
- definizione di un sistema regionale di raccolta delle segnalazioni;

- istituzione di un tavolo comune con Cittadinanzattiva per la valutazione delle segnalazioni (secondo la convenzione Cittadinanzattiva ARS).

- incident reporting

“L’incident reporting è una modalità di raccolta di segnalazioni in modo strutturato di eventi ( in primo luogo near miss e incidenti) allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione di strategie e azioni di correzione e miglioramento per prevenire il riaccadimento futuro” (ASR Emilia Romagna 2003).

I sistemi di incident reporting possono essere di tipo obbligatorio o volontario. In Italia esistono sistemi obbligatori attivi quali le reazioni avverse da farmaci o da terapia trasfusionale.

I sistemi volontari non sostituiscono comunque gli obblighi di legge, ma li integrano.

Gli obiettivi del programma regionale sono:

- definire degli eventi da monitorare
- definire uno strumento di rilevazione
- definire l’organizzazione della rete
- valutarne l’applicabilità anche attraverso forme di sperimentazione
- costruire una banca dati regionale

Per il 2005 è prevista la definizione e l’avvio di un sistema regionale di incident reporting.

Il programma sarà basato sulle esperienze e le raccomandazioni già in atto in altri paesi e, per l’Italia in particolare su quanto sperimentato in Emilia Romagna.

I sistemi di reporting attivi (Australia, GB) hanno alcune caratteristiche:

- la confidenzialità e l’impossibilità di essere usati per scopi punitivi;
- il ritorno delle informazioni;
- l’uso per azioni di correzione e riprogettazione;
- la diffusione della cultura della sicurezza.

L’esperienza inglese ha prodotto alcune avvertenze che sono:

- la gradualità con cui lo strumento deve essere introdotto e l’attenzione all’accompagnamento del processo;
- l’utilizzo dei dati per approssimazioni successive;
- la costruzione di reti di esperti coinvolti nella sicurezza del paziente;
- la necessità di confronto tra le esperienze internazionali in atto (ASR Emilia Romagna 2003).

- contenziosi e aspetti assicurativi

Esistono alcune attività che possono essere di aiuto nella prevenzione dei contenziosi. Queste sono:

- imparare dagli errori attraverso un’accurata analisi degli stessi ;
- sviluppo e attenzione alla comunicazione e all’informazione del paziente / cittadino;
- cura della compilazione e della conservazione della documentazione clinica;
- accurata procedura per l’ottenimento di un vero consenso informato.

Obiettivi del programma sono:

- attivazione di un sistema regionale di raccolta dei contenziosi;
- fattibilità di un sistema regionale di gestione dei contenziosi e di assistenza ai professionisti e alle aziende
- valutazione della gestione in proprio del fondo;
- valutazione di diverse modalità di assicurazione dei professionisti.
- supporto / formazione alle Aziende su alcuni aspetti quali: documentazione clinica, consenso informato, aggiornamenti normativi.

#### - sistema per la sicurezza

La sicurezza nelle strutture ospedaliere ha diversi ambiti:

- le strutture (edifici, impiantistica, antincendio, ecc.);
- i dipendenti regolamentato dal D.Gls. 626 del 1994
- le apparecchiature
- i pazienti

La qualità, la sicurezza e l'affidabilità della apparecchiature biomediche sono un elemento rilevante nella prevenzione del rischio.

I sistemi di controllo di qualità e la manutenzione sono ben standardizzati in alcuni settori (laboratorio, radiologia) meno in altri (endoscopia, laparoscopia, ecc.).

Le attività previste dovrebbero essere quindi:

- l'avvio di un sistema di monitoraggio sulla gestione della apparecchiature biomedicali;
- valutazione dello stato di attuazione dei piani di sicurezza nei presidi ospedalieri e delle misure tecniche, organizzative, procedurali e di protezione personale adottate;
- valutazione e diffusione dei sistemi per la sicurezza per la protezione dei pazienti attivi o da sviluppare ( es. sistemi informativi, braccialetti di identificazione, ecc.).

Per il 2005 si prevede:

- censimento delle procedure gestionali vigenti per la gestione delle apparecchiature biomedicali
- definizione di un set regionale minimo di informazioni per la gestione delle apparecchiature stesse;
- la valutazione dello stato dell'arte della vigilanza sui dispositivi biomedicali;
- analisi della situazione dell'esistenza e dei contenuti dei piani del rischio nelle strutture;
- predisposizione di un progetto per i sistemi di sicurezza del paziente a partire dagli sviluppi informatici (identificazione del paziente, uso dei farmaci)

#### - sviluppo della comunicazione e della professionalità

Gli errori legati al fattore personale possono essere legati a cattiva organizzazione, mancanza di sistemi e flussi che garantiscano il passaggio delle informazioni, mancanza di comunicazione, cattivo clima di lavoro, personale non preparato, o non abituato a lavorare in équipe, carichi di lavoro eccessivi.

In parte questi fattori sono di tipo organizzativo e di non chiara definizione delle procedure operative. Una parte importante è legata all'uso delle risorse e ai meccanismi di selezione / valutazione.

Gli ambiti da sviluppare nel 2005 sono :

- analisi del carico di lavoro del personale del comparto e dell'overtime
  - definizione degli strumenti per i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali e degli strumenti di valutazione;
  - definizione di modalità di intervento nel caso di valutazioni negative o molto negative.
- Aree di sperimentazione su altri aspetti potranno essere attivate in alcune aziende. Tra queste ad esempio sistemi di ascolto dei dipendenti con particolare riferimento al problema del rischio.

### Progetti specifici

#### - Ridefinizione degli obiettivi e dell'organizzazione dei progetti qualità

Le numerose aree di lavoro esistenti e sviluppate in passato ( i cosiddetti "progetti qualità") costituiscono un punto di partenza importante per il progetto gestione del rischio e governo clinico. I progetti hanno infatti cercato un sistema puntuale di rilevazione di alcuni indicatori, di definizione di standard, di attivazione strutturata di gruppi di lavoro.

I limiti riscontrati sono stati lo scarso collegamento tra i diversi programmi, l'uso non sempre ottimale dei risultati per introdurre modifiche di comportamenti e procedure e la scarsa attenzione da parte delle direzioni sanitarie aziendali e di presidio.

L'obiettivo è quindi di riportare tutti i programmi ad un progetto unico, con responsabilità definite rivendendo nello stesso tempo metodi e aspetti organizzativi.

L'organizzazione è quella descritta nei paragrafi precedenti.

Nella tabella seguente sono elencati i progetti e il possibile ruolo nel programma di prevenzione del rischio.

Progetto	Sistemi di rilevazione dei rischi	Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia	Possibili sviluppi
Infezioni ospedaliere	- rilevazione delle infezioni del sito chirurgico - rilevazione delle infezioni in pazienti ventilati	- adozione e diffusione di linee guida e protocolli	- avvio di un sistema di rilevazione delle sepsi post-chirurgiche - rilevazione e analisi degli outbreak rilevazione delle sepsi da CVC - sorveglianza trasmissione SBA neonatale
Lesioni da decubito	- prevalenza puntuale delle lesioni	- adozione e diffusione di linee guida e protocolli	- ridefinizione del sistema di rilevazione
Resistenze batteriche	- rilevazione dei ceppi resistenti		- sorveglianza dei microrganismi alert; - valutazione dell'appropriatezza dell'uso degli antibiotici;

Piano sangue			- rilevazione degli eventi avversi - rilevazione delle trasfusioni "importanti" dopo intervento chirurgico
Appropriatezza dell'uso del personale	- degenza ictus e frattura di femore - degenza preoperatoria di frattura di femore		- estensione e validazione di indicatori di controllo sulla base della letteratura internazionale
Verifica esterna di qualità dei laboratori di analisi	- verifica qualità campioni analizzati		- confronto sui risultati; - elaborazione di standard comuni
Liste di attesa	- rilevazione dei tempi di attesa	- definizione di criteri di priorità e appropriatezza	- rilevazione dei tempi di "ritardo diagnostico o terapeutico"
Percorso ictus			- valutazione dei processi e dei ritardi diagnostici e terapeutici
Percorso frattura di femore			- valutazione dei processi e dei ritardi diagnostici e terapeutici

Per le linee di lavoro elencate nella tabella precedente nel 2005 si prevede quindi:

- attribuzione della responsabilità alle Direzioni sanitarie di presidio;
- definizione di obiettivi, sistemi di rilevazione, indicatori, appropriatezza coerenti con il programma generale;
- presentazione di reportistica integrata;
- adozione di metodologie comuni;
- ridefinizione dell'assetto organizzativo (referenti, gruppi di lavoro, redazione di linee guida) secondo la logica dell'integrazione tra programmi.

Aree specifiche

- assistenza ostetrica e neonatale, chirurgia generale e chirurgia ortopedica

Per le specialità citate verranno attivati gruppi di professionisti che nel corso del 2005 dovranno avviare il seguente programma:

- condivisione di metodologia e linguaggio del risk management;
- valutazione dei rischi per la propria specialità;
- definizione di un set di indicatori specifici per la rilevazione dei rischi
- definizione di un programma di reporting e di audit regionale sugli eventi
- definizione di programmi di prevenzione

- procedure di distribuzione e somministrazione dei farmaci

L'errore nella somministrazione dei farmaci è percentualmente l'evento avverso più frequente in tutti gli studi internazionali.

Ai problemi della somministrazione in ospedale si stanno aggiungendo i problemi della dispensazione del primo ciclo e della somministrazione a domicilio.

Per il 2005 si prevede l'attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare che coinvolgerà in primo luogo i farmacisti ospedalieri. Il programma prevederà:

- condivisione di metodologia e linguaggio del risk management;
- valutazione dei rischi nel processo prescrizione-somministrazione;
- definizione di un set di indicatori specifici per la rilevazione dei rischi
- definizione di un programma di reporting e di audit regionale sugli eventi
- definizione di programmi di prevenzione

#### - uso di esperienze in atto

Anche in Regione Friuli Venezia Giulia sono in atto esperienze aziendali specifiche di prevenzione del rischio riguardanti aspetti specifici ( contenziosi, somministrazione dei farmaci, ecc.). Nella prima fase verrà fatta una valutazione delle esperienze in atto al fine di valutare la possibilità di estensione all'intera regione e di sfruttare conoscenze e competenze esistenti.

#### - formazione

L'avvio del programma prevede la messa in comune di conoscenze, concetti e metodologie.

Si propone che il programma sia accreditato come ECM "in sede" per i partecipanti.

Saranno comunque necessari alcuni eventi formativi comuni per il gruppo dei referenti.

#### - collaborazioni e partecipazione a reti

Il programma è una novità per la Regione Friuli Venezia Giulia e per la maggior parte degli operatori coinvolti. E' quindi necessario e utile la partecipazione a reti ed esperienze già esistenti.

Le iniziative proposte sono:

- partecipazione alla sperimentazione sul rischio clinico dell'ASSR in cui sono coinvolti l'ARS e tre ospedali regionali;
- la partecipazione alla rete della SDA Bocconi;
- l'avvio di forme di collaborazione con l'Agenzia dell'Emilia Romagna
- l'avvio di forme di collaborazione con l'ASL di Modena.
- eventuali site visit ad esperienze internazionali

Tempistica e obiettivi 2005
-----------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>Tempi</b>
Redazione del documento generale	Febbraio
Presentazione ai DDGG	Marzo
Costituzione del Gruppo di coordinamento ARS	Aprile
Convocazione Direttori di presidio e costituzione del coordinamento con le Aziende	Aprile
Proposta del sistema di indicatori e del reporting	Luglio
Ridefinizione del sistema di reclami, segnalazioni	Luglio
Proposta del sistema di incident reporting	Luglio
Definizione del programma su contenziosi, assicurazioni	Luglio
Proposta -Sistemi per la sicurezza – apparecchiature	Luglio
Proposta - Sistemi per la sicurezza per il paziente	Luglio
Proposta - Comunicazione sviluppo professionalità personale	Luglio