



**Regione Sicilia**


**Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello**

# **Manuale della qualità dell'Unità Operativa**

## **CARDIOLOGIA OSPEDALE "V. CERVELLO"**

**Redazione A\_12  
Marzo 2012**



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 3 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## INDICE

### PRESENTAZIONE DEL MANUALE

GENERALITÀ  
 ORGANIZZAZIONE DEL MANUALE  
 TAVOLA DEGLI AGGIORNAMENTI DEL MANUALE  
 GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE  
 NOTE

### CAPITOLO 1 – POLITICA, OBIETTIVI, ATTIVITA'

MISSIONE E VISIONE DELL'UNITA' OPERATIVA  
 OBIETTIVI GENERALI

### CAPITOLO 2 - PIANIFICAZIONE

ORGANIGRAMMA  
 ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ  
 PIANO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO/STRUTTURA

### CAPITOLO 3 – COMUNICAZIONE

COMUNICAZIONE ESTERNA  
 COMUNICAZIONE INTERNA

### CAPITOLO 4 – ATTREZZATURE

### CAPITOLO 5 – FORMAZIONE

INSERIMENTO, AFFIANCAMENTO, ADDESTRAMENTO  
 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

### CAPITOLO 6 – SISTEMA INFORMATIVO


GESTIONE DEL DATO  
 GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

### CAPITOLO 7 – PROCEDURE

### CAPITOLO 8 – VERIFICA DEI RISULTATI

### CAPITOLO 9 – MIGLIORAMENTO

### ALLEGATI

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 4 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## PRESENTAZIONE DEL MANUALE

### Generalità

Il presente "MANUALE per l'ACCREDITAMENTO" redatto dall'Unità Operativa di \_\_\_\_\_ dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello di Palermo, rappresenta il modello per l'attuazione del processo di Accredimento nella Regione Siciliana e descrive il Sistema Qualità implementato nella Unità Operativa.

Lo scopo del presente manuale è quello di stabilire e documentare l'organizzazione, le funzioni ed i servizi erogati dalla Unità Operativa, finalizzandole a dimostrare la capacità di fornire con regolarità servizi che rispondono a quanto richiesto:

- dagli obiettivi aziendali
- dalle normative vigenti e cogenti
- dall'utenza.

Nel Manuale sono descritte le modalità operative seguite per le attività tecniche e gestionali che influenzano direttamente o indirettamente la qualità dei servizi forniti, richiamando le eventuali procedure utilizzate.

La struttura del manuale è stata progettata in maniera tale da poter essere modificata nelle sue componenti in un'ottica di miglioramento continuo della Qualità dei servizi erogati, con l'obiettivo di accrescere la soddisfazione degli utenti.


Il campo di applicazione è riferibile ai requisiti presenti nella normativa relativa all'accreditamento delle strutture sanitarie (Nazionali: D.Lgs n°502/92, D.Lgs n°517/93, L. n°549/95, PSN 1994-96, DPR 14 Gennaio 1997, PSN 1998-2000, D.Lgs n°229/99). Regionali: Decreto Regione Sicilia n° 890 del 17 Giugno 2002, Circolare Assessoriale n°1097 del 27 Novembre 2002, Circolare Assessoriale n°1099 del 22 Gennaio 2003, Decreto Regione Sicilia n°463 del 17 Aprile 2003).

### ORGANIZZAZIONE DEL PRESENTE MANUALE

Per facilitare la gestione della documentazione relativamente al suo aggiornamento e per prevenire l'utilizzo di documentazione superata, la parte seguente del manuale è stata organizzata in modo tale da riportare una sintetica descrizione dei principali elementi che lo compongono, rimandando la trattazione delle specifiche tecniche di gestione a documenti allegati (procedure gestionali, linee guida e/o modulistica operativa).

Nel caso dovessero essere utilizzate particolari (ed estese) procedure gestionali, con la stessa metodologia, verrà fatto riferimento alla modulistica necessaria per il controllo del processo.

Allo scopo di ridurre quanto più possibile l'utilizzo della documentazione di tipo cartaceo, laddove ritenuto idoneo, verranno gradualmente introdotti documenti in formato elettronico (compreso il presente manuale).

 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 5 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE


## TAVOLA DEGLI AGGIORNAMENTI DEL MANUALE

Nella tabella di seguito esposta vengono riportate le modifiche subite dal presente manuale e le revisioni adottate con la data di emissione. Lo stesso metodo verrà utilizzato per tutti gli altri documenti compresi o citati nel manuale stesso.

Come regola generale, al momento di una revisione del manuale verranno evidenziate in grigio le parti che hanno subito modifica (nel documento “vecchio”) ed in carattere sottolineato i nuovi inserimenti che originano la nuova revisione (esempio di passaggio da Rev. A a Rev. B: [Rev. A] - “Il presente manuale è stato progettato per il miglioramento del Sistema di Qualità Aziendale”. [Rev. B] – “Il presente manuale è stato progettato per il miglioramento del Sistema di Qualità della Unità Operativa”). Un riassunto delle modifiche sarà riportato nella seguente tabella delle revisioni nel campo “Modifiche effettuate”.

La tabella prevede 4 possibili revisioni per ogni anno, oltre l'edizione originale.

TAVOLA DELLE REVISIONI DEL MANUALE			
CODICE REVISIONE:	SPECIFICHE REVISIONE		MODIFICHE EFFETTUATE
<b>A_04</b>	REDATTA DA:		Edizione Originale
	IN DATA:		
	APPROVATA DA:		
	IN DATA:		
<b>B_04</b>	REDATTA DA:		
	IN DATA:		
	APPROVATA DA:		
	IN DATA:		
<b>C_04</b>	REDATTA DA:		
	IN DATA:		
	APPROVATA DA:		
	IN DATA:		
<b>D_04</b>	REDATTA DA:		
	IN DATA:		
	APPROVATA DA:		
	IN DATA:		

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 6 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE


I documenti utilizzati nel presente manuale come descrittivi dell'organizzazione e delle attività svolte devono essere codificati in maniera da poterli identificare correttamente ed in modo tale da prevenire l'uso di documenti obsoleti.

Come regola generale i documenti inutilizzati in quanto ormai vecchi rispetto ad altre versioni aggiornate dovranno essere etichettati con la dizione "SUPERATO" sulla versione cartacea, in maniera ben visibile. Per quanto riguarda poi i documenti di natura elettronica essi dovranno riportare la stessa dizione prima del nome (separandola col carattere "\_" *underscore*), riportando inoltre in coda al nome, preceduta dal carattere *underscore* la revisione del documento stesso (es., il file con nome: "organigramma aziendale" cambierà in "SUPERATO\_organigramma aziendale\_A"): questo impedirà la sovrascrittura dei documenti.

### La codifica dei documenti utilizzati

Tutti i documenti necessari per la corretta gestione dell'organizzazione e della attività svolte dovranno essere codificati prendendo in considerazione gli aspetti riportati nella seguente tabella (i documenti sono classificati in ordine gerarchico in ordine alla loro importanza:


TIPO DOCUMENTO:	<b>Manuale della UO</b>	
SIGLA:	MAN	Il codice è letterale ed è composto da 3 lettere.
DESCRIZIONE:	Documento che raccoglie le principali indicazioni circa la gestione delle attività od il riferimento alle stesse, contenendo inoltre i richiami allo scopo e campo di applicazione, riferimenti normativi e le modalità di gestione di tutta la documentazione.	
REVISIONI:	<p>Il manuale può essere rivisto per migliorie, le revisioni vengono indicate con un codice alfanumerico a 4 caratteri di cui il primo è una lettera (<b>A, B, C, D, E</b>) seguita dal carattere "_" <i>underscore</i> e dalle ultime due cifre dell'anno in cui la modifica è effettuata (<b>04=2004, 05=2005, ...</b>).</p> <p>La modifica di un documento richiamato nel manuale NON comporta la revisione del manuale stesso.</p> <p>E' possibile effettuare fino a 4 modifiche l'anno oltre l'edizione originale, dopo di che si inizia di nuovo dalla lettera A unita alle cifre dell'anno successivo.</p> <p>ESEMPIO di UTILIZZO del CODICE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-edizione originale dell'anno 2004 : <b>A_04</b></li> <li>-prima revisione anno 2004: <b>B_04</b></li> <li>-seconda revisione anno 2004: <b>C_04</b></li> <li>-terza revisione anno 2004: <b>D_04</b></li> <li>-quarta revisione anno 2004: <b>E_04</b></li> <li>-edizione originale anno 2005: <b>A_05</b></li> </ul>	

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 7 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

<b>TIPO DOCUMENTO:</b>		<b>Procedure/Linee Guida/Protocolli</b>
<b>SIGLA:</b>	PRC_xxx	Questo tipo di documento viene identificato da un codice alfanumerico a 7 caratteri di cui i primi 3 sono letterali (PRC) e separati col carattere underscore dagli ultimi 3 caratteri che sono invece numerici che servono ad identificare quella e solo quella procedura/linea guida/protocollo (001, 002, ...). Quindi se abbiamo 3 procedure i codici saranno: PRC_001, PRC_002, PRC_003.
<b>DESCRIZIONE:</b>	<p>Documenti che raccolgono una serie di operazioni specifiche e sequenziali per l'espletamento di una attività, rappresentabili con un diagramma di flusso che preveda l'utilizzo di Elementi in INGRESSO che, subendo un processo lavorativo (flusso di operazioni) danno luogo ad Elementi in USCITA. Durante il corso delle operazioni dovranno inoltre essere specificate le risorse necessarie (tecniche ed umane) ed il grado di competenza necessario.</p> <p>Gli elementi in ingresso ed in uscita dovranno avere anche e rispettivamente una ORIGINE ed una DESTINAZIONE.</p> <p>Per un efficace funzionalità dovranno essere individuati, durante il flusso di operazioni, dei PUNTI DI CONTROLLO del processo in maniera tale che, tramite l'utilizzo di una modulistica appropriata sia possibile verificare la corretta funzionalità del processo stesso.</p>	
<b>REVISIONI:</b>	Per le revisioni si applica lo stesso metodo utilizzato per MAN.	


<b>TIPO DOCUMENTO:</b>		<b>Modulistica allegata al MANUALE della UO</b>
<b>SIGLA:</b>	MAN_xxx	Questo tipo di documento viene identificato da un codice alfanumerico a 7 caratteri di cui i primi 3 sono letterali (MAN) riferiti alla loro appartenenza diretta al Manuale della UO, separati col carattere underscore dagli ultimi 3 caratteri che sono invece numerici che servono ad identificare quello e solo quel modulo allegato al Manuale della UO (001, 002, ...). Quindi se abbiamo 3 moduli allegati al manuale della UO i codici saranno: MAN_001, MAN_002, MAN_003.
<b>DESCRIZIONE:</b>	Documenti che servono alla raccolta e/o visualizzazione di informazioni legate alla gestione di aspetti operativi relativi al Manuale della UO.	
<b>REVISIONI:</b>	Per le revisioni si applica lo stesso metodo utilizzato per MAN.	

<b>TIPO DOCUMENTO:</b>		<b>Modulistica allegata alle Procedure/Linee Guida/Protocolli</b>
<b>SIGLA:</b>	xxx_yyy	Questo tipo di documento viene identificato da un codice alfanumerico a 7 caratteri di cui i primi 3 sono numerici (xxx) riferiti alla Procedura/Linea Guida/Protocollo di appartenenza, separati col carattere underscore dagli ultimi 3 caratteri (anch'essi numerici) che servono ad identificare quello e solo quel modulo allegato alla Procedura/Linea Guida/Protocollo (001, 002, ...). Quindi se abbiamo 3 moduli allegati alla Procedura/Linea Guida/Protocollo di codice PRC_001, i codici saranno: 001_001, 001_002, 001_003.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 8 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

DESCRIZIONE:	Documenti che servono alla raccolta e/o visualizzazione di informazioni legate alla gestione di aspetti operativi relativi ad una Procedura/Linea Guida/Protocollo e/o al loro controllo.
REVISIONI:	Per le revisioni si applica lo stesso metodo utilizzato per MAN.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 9 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## PROCESSI ED ATTIVITÀ COMPRESSE NEL PRESENTE MANUALE

### 1 – ORGANIGRAMMA DELLA UNITÀ OPERATIVA

---

E' riprodotta una rappresentazione grafica delle posizioni organizzative interne all'U.O., con l'evidenziazione dei relativi rapporti funzionali. E' compilato riportando in ogni casella la posizione organizzativa ed il cognome e nome dell'operatore che in quel momento la ricopre.


### 2 – FUNZIONIGRAMMA DELLA UNITÀ OPERATIVA

---

Definisce le funzioni effettivamente espletate da ciascuna posizione funzionale in maniera più analitica rispetto all'organigramma.

Con la voce "**interfaccia a monte**" si intendono le figure professionali gerarchicamente superiori; con la voce "**interfaccia a valle**" si intendono le figure professionali gerarchicamente subordinate; con la voce "rapporto funzionale" si intendono le figure professionali complementari e paritarie.

Con la voce "**ruolo professionale**" si intende specificare la qualifica dell'operatore; con la voce "finalità del ruolo" si indicano gli obiettivi generali del ruolo; con la voce "**competenze necessarie**" si indicano le specifiche azioni individuate per ciascuna qualifica professionale, con la voce "**competenze da acquisire o sviluppare**" si indicano le gli ambiti formativi per il miglioramento dell'operatore.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 10 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

### 3 – **P**RESTAZIONI EROGATE

Le prestazioni erogate dalla Unità Operativa sono riferibili a:

- 1) Attività di RICOVERO (programmato e/o in urgenza)
- 2) Attività di DAY HOSPITAL/DAY SURGERY
- 3) Prestazioni AMBULATORIALI per INTERNI
- 4) Prestazioni ambulatoriali per ESTERNI
- 5) Prestazioni in attività LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

### 4 – **P**IANI DI ATTIVITÀ


In relazione a tale voce si fa riferimento alle ultime schede di budget negoziate. Vengono riportati gli obiettivi negoziati, gli indicatori e le risorse assegnate, specificando ulteriormente le azioni da intraprendere per raggiungere ciascun obiettivo

### 5 – **L**INEE GUIDA E PROTOCOLLI ADOTTATI

Sono indicati le linee guida e i protocolli diagnostico terapeutici utilizzati nell'unità operativa. Per quanto riguarda i protocolli organizzativi sono stati inseriti solo quelli specifici dell'U.O.

#### **Note**

I documenti di riferimento, se non richiesti in allegato alla domanda di accreditamento, costituiscono la ulteriore documentazione che deve essere a disposizione durante la visita di verifica. Tali documenti devono riportare in modo puntuale (indicando ad esempio il Capitolo/Paragrafo e la pagina del presente manuale) il riferimento al requisito generale di cui documentano l'evidenza. A sua volta, sul manuale si deve fare riferimento al documento, secondo la codifica sopra esposta.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 11 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## CAPITOLO 1 - POLITICA

### Missione e Visione

Queste note sono state elaborate nel mese di maggio 2012.

Con provvedimento n. 1472 del 22.10.2010 immediatamente esecutivo si è proceduto all'accorpamento in unica struttura delle Unità Operative Complesse (UOC) di Cardiologia 1, Cardiologia 2 e Cardiologia 3, allora esistenti presso il PO "V. Cervello". Il coordinamento dell'UOC di Cardiologia risultante dall'accorpamento è stato affidato al Dott. Francesco Enia.

Il 12 marzo 2012 la Direzione Generale ha rinnovato al Dott. Enia l'incarico di Direzione di questa UOC.

Questa versione del Manuale della Qualità riguarda quindi una nuova UO, non esistente quando furono elaborate le precedenti versioni dei Manuali concernenti le 3 ex UOC di Cardiologia del PO "V. Cervello". Non è un assemblaggio acritico dei 3 diversi documenti allora elaborati.


La UOC di Cardiologia del PO "V. Cervello", nata il 22.10.2010, è una nuova realtà. Le considerazioni attinenti a questa realtà (anche il necessario aggiornamento del Manuale della Qualità) sono di conseguenza nuove.

L'assetto organizzativo della nuova UO di Cardiologia dell'Ospedale "V. Cervello" di Palermo è articolato nei seguenti settori:

- l'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC)
- la corsia
- il day-hospital
- il servizio di emodinamica,
- il servizio di elettrofisiologia ed elettrostimolazione
- i servizi diagnostici
- l'attività di consulenza (clinica e strumentale) per gli altri reparti dell'Ospedale
- gli ambulatori (clinici e strumentali)
- un servizio specifico di epidemiologia clinica dedicato alla metodologia e alla ricerca.

Questa UO di Cardiologia inoltre è stata identificata dall'Assessorato alla Sanità come **Centro di riferimento regionale per l'Epidemiologia clinica dell'insufficienza cardiaca**, con decreto del 23 ottobre 2003 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia del 5 dicembre 2003.

L'obiettivo generale dell'UO è dunque la diagnosi, la terapia, la prognosi e il follow-up delle patologie cardiovascolari dell'adulto, fornendo, con il personale e le risorse tecnologiche

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 12 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

disponibili, la risposta più adeguata e articolata possibile ai bisogni di salute in tema di malattie cardiovascolari.

Vengono trattate **tutte le patologie cardiovascolari dell'adulto** non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare. La maggior parte di queste patologie costituiscono un'emergenza/urgenza (infarto miocardico acuto, insufficienza acuta del ventricolo sinistro, embolia polmonare, dissecazione aortica ecc.).

Essendo l'Ospedale inserito nella rete per le emergenze, viene garantito **sempre** (h24, anche nei giorni festivi) l'adeguato trattamento di quelle condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici in emergenza/urgenza.

La richiesta di prestazioni cardiologiche di fatto è in continuo aumento. Ciò è dovuto all'aumento dell'incidenza e al notevole aumento della prevalenza delle malattie cardiovascolari (trattate sempre meglio e con migliori prospettive di guarigione e qualità di vita). E' dovuto anche a una più matura coscienza dell'utenza che si traduce in maggiori aspettative nei confronti delle strutture sanitarie.

L'esuberanza (che sembra inarrestabile) della richiesta di prestazioni cardiologiche alla nostra UO è testimoniata dall'affollamento dei reparti di degenza talora con l'obbligato ricorso alle barelle e dall'alto numero di cardiopatici appoggiati in altre UO dell'Ospedale.


Il bacino di utenza comprende Palermo e provincia. Inoltre alla nostra UO accedono soggetti provenienti dalla provincia di Trapani, da centri interni della Sicilia Occidentale e, mediante elisoccorso, dalle isole minori.

E' opportuno affermare preliminarmente che:

1. l'UOC nel 2011 ha raggiunto tutti gli obiettivi assegnati dalla Direzione Aziendale (la maggior parte dei quali concernenti l'efficienza del sistema);
2. l'efficacia dei nostri comportamenti è testimoniata da un dato del Progetto Esiti dell'AGENAS reso pubblico: la mortalità dopo 30 giorni dei pazienti infartuati dimessi dalla UO di Cardiologia del PO "V. Cervello" è 4.45%, la più bassa in Sicilia e una delle più basse in Italia (ove la media si attesta intorno al 10.9%);
3. abbiamo testimonianze continue di stima da parte dei pazienti dimessi, che percepiscono evidentemente la qualità della prestazione loro offerta, testimoniata anche in modo evidente dall'indicatore quantitativo citato.

Possiamo affermare quindi che la qualità del sistema UOC di Cardiologia del PO "V. Cervello" fino a ora è soddisfacente. Ma bisogna aggiungere due parole molto importanti: **"nonostante tutto"**.

Il "nonostante tutto" ha molteplici sfaccettature: carenza di personale, problemi logistici resi ancora più drammatici da una incomprensibile organizzazione degli spazi dell'Ospedale, richieste nostre inviate alla Direzione e rimaste senza risposta in un silenzio raggelante e quasi beffardo e così via.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 13 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Poiché crediamo che questo “**nonostante tutto**” sia molto importante per la qualità della nostra UO a esso non possiamo non fare riferimento nella compilazione del Manuale per i motivi di seguito espressi. I punti che metteremo in evidenza sono da considerare indicatori di alcune componenti del sistema qualità che non dipendono da noi ma che interferiscono strettamente col nostro lavoro.

**1. Nella presentazione del Manuale leggiamo:**

*Lo scopo del presente manuale è quello di stabilire e documentare l'organizzazione, le funzioni ed i servizi erogati dalla Unità Operativa, finalizzandole a dimostrare la capacità di fornire con regolarità servizi che rispondono a quanto richiesto:*

- dagli obiettivi aziendali
- dalle normative vigenti e cogenti
- dall'utenza.

“*Documentare l'organizzazione*” per noi significa anche documentare serenamente l'evidenza delle disfunzioni e ricercarne le cause. Ciò è previsto nella logica stessa del Manuale e nella dinamica del miglioramento, testimoniata dalla previsione di aggiornamenti. Se tutto fosse ben funzionante non ci sarebbe bisogno di aggiornamenti e probabilmente non ci sarebbe bisogno nemmeno del Manuale.

**2. Leggiamo anche:**

*“Nel Manuale sono descritte le modalità operative seguite per le attività tecniche e gestionali che influenzano direttamente o indirettamente la qualità dei servizi forniti”.*

Questa influenza diretta o indiretta può essere anche negativa. Poiché gli effetti possono essere devastanti è nostro dovere segnalarli.

**3. Nel paragrafo dedicato alla Mission leggiamo:**


*“Se il documento riportante la mission e la vision dell'Unità Operativa è molto ampio e dettagliato, nel Manuale deve essere sintetizzato”.*

Siamo pienamente d'accordo. Infatti nelle pagine successive ci limitiamo a riportare una sintesi estrema dei problemi. Lo scritto, se pur sintetico, può dar l'impressione di essere “molto ampio e dettagliato”; invero “molto ampia” ed estremamente complessa è la realtà espressa dalle nostre sintetiche considerazioni.

**4. Infine:**

*“Si raccomanda di sviluppare progressivamente la descrizione delle attività (comprese nelle macroattività) elencandole fino al dettaglio ritenuto opportuno”.*

Fedele a questa consegna abbiamo il dovere di estendere legittimamente la descrizione fino al dettaglio che riteniamo opportuno delle attività e delle loro eventuali difficoltà a diventare operative.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 14 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

5. In caso contrario il termine **Vision** può essere sostituito dal termine **Ordered from the top blindness**.

E' necessario quindi prima di procedere chiarire il nostro modo di intendere la qualità. Non si possono comprendere infatti le considerazioni successive se non si accenna al significato che diamo alla parola "qualità" nei servizi sanitari.

Con questo termine, in Medicina, sono state indicate realtà diverse: la relazione tra il medico e il paziente, la cosiddetta umanizzazione delle strutture ospedaliere, la competenza professionale degli operatori, l'efficienza del sistema, la rapidità d'erogazione delle prestazioni ecc. Vi sono inoltre diversi punti di vista: quello dell'utente (per esempio l'accessibilità e la soddisfazione), quello del medico (per esempio l'appropriatezza e l'efficacia della prestazione), quello dell'amministratore (per esempio l'efficienza). Si parla anche di qualità pianificata, erogata, percepita e attesa.


Se però cerchiamo un nucleo unificatore, una definizione che ci orienti nel labirinto, ci imbattiamo in una babelica confusione delle lingue. Il finlandese Vuori arriva a suggerire piuttosto curiosamente di rinunciare a una definizione precisa, completa e soddisfacente per tutti; meglio porsi altre domande: "qualità per chi?", "definita da chi?", "per quale scopo?"<sup>1</sup>. E' una proposta coerente con una certa cultura salottiera: l'importante è parlare, polemizzare anche; il tema della discussione e la sostanza dell'argomento sono marginali.

Talora la definizione sembra l'assemblaggio di tanti pezzi eterogenei senza un'anima unificatrice. Esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per esempio, hanno così definito gli obiettivi d'un programma di qualità: garantire che ogni paziente disponga d'un *mix* di servizi sanitari, diagnostici e terapeutici, tali da produrre con la maggior probabilità per il paziente un'assistenza sanitaria ottimale, compatibilmente con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica e in rapporto con i fattori biologici quali l'età del paziente, la malattia da cui è affetto, le diagnosi secondarie concomitanti, le risposte al regime terapeutico e altri fattori connessi; con il minimo dispendio di risorse necessarie per ottenere questo risultato; con il minor rischio possibile d'ulteriori danni o disabilità in conseguenza di tale terapia, e con la massima soddisfazione possibile da parte del paziente riguardo al processo d'assistenza, alla sua personale interazione con il sistema sanitario e ai risultati ottenuti<sup>2</sup>.

Altre volte ci imbattiamo in argomenti tautologici, come questo: «la qualità dell'assistenza è proporzionale alla capacità dell'assistenza stessa di conseguire i desiderati miglioramenti di salute e di benessere in condizioni (e circostanze) che sono gradite a chi la

<sup>1</sup> H V Vuori, *Verifica e revisione della qualità nei servizi sanitari. Concetti e metodologia*, Edizioni Edimedica due, Roma, 1984.

<sup>2</sup> Oms. Ufficio regionale per l'Europa, *The principles of quality assurance*, "Quaderni di sanità pubblica", novembre 1988.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 15 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

riceve e socialmente accettabili»<sup>3</sup>; è come dire: “la qualità dell’assistenza è proporzionale alla qualità dell’assistenza”.

Possiamo tentare d’avvicinarci alla qualità percorrendo un’altra strada: invece di partire dalla ricerca d’una definizione, partiamo da uno sguardo ai due principali approcci pratici, la *quality assurance* e il *total quality management*.

Donabedian è fautore del metodo della *quality assurance*, letteralmente “garanzia di qualità”. Si identifica un problema (per esempio un intervento sanitario) e se ne valuta la qualità con degli indicatori specifici; si progetta quindi e si mette in pratica una modifica della modalità d’esecuzione che si pensa possa determinare un miglioramento (misurabile) della qualità della prestazione; si valuta infine l’impatto di questa modifica, sulla base d’un ciclo continuo definito ciclo di monitoraggio della qualità.

E’ l’approccio tipico delle componenti professionali: i professionisti, interessati a elevare la qualità del prodotto di loro specifica competenza, esercitano controlli settoriali delle loro attività che garantiscano al cliente la miglior prestazione possibile. Gli obiettivi sono per esempio la riduzione della mortalità d’un intervento, la riduzione dei tempi d’attesa per una visita ambulatoriale ecc. Manca però una strategia complessiva dei diversi ambiti dell’organizzazione.

A questa logica si ispira il metodo della verifica e revisione della qualità, la cui adozione da parte delle aziende sanitarie è imposta dalla legge 502/92. Questa procedura mira ad analizzare:


1. la struttura (cioè le componenti materiali e organizzative: personale, organizzazione, ambienti, materiali, risorse in generale) adoperando standard di riferimento che servano da paragone;
2. i processi (volume e natura delle prestazioni, risultati intermedi) identificando gli indicatori più opportuni;
3. i risultati (modificazione dell’incidenza di malattie e complicanze, guadagno di salute, prolungamento della speranza di vita ecc.) ricorrendo a indicatori specifici (per esempio: appropriatezza del ricovero, tasso di riospedalizzazione nell’ultimo anno, incidenza d’infezioni, tasso di dimissioni volontarie, e così via).

La filosofia di fondo è la seguente: se la struttura sanitaria è di buon livello aumenta la probabilità che in essa si sviluppi un buon processo; un buon processo ha una maggiore probabilità di concludersi con un buon risultato. Il rischio è d’appoggiarsi troppo su indicatori quantitativi: questi sono necessari per misurare e valutare ma non coincidono con la qualità. Leggendo alcuni contributi sull’argomento, sembrerebbe che la cosiddetta “scommessa sulla qualità” possa essere vinta limitandosi a estendere ai servizi sanitari il processo di standardizzazione fondato sui criteri industriali diffusi con le norme Uni Iso<sup>4</sup> (4).

<sup>3</sup> A Donabedian, *Explorations in quality assessment and monitoring*, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1982.

<sup>4</sup> Il pacchetto di norme Iso 9000 (prima edizione del 1987) costituisce un sistema di qualità aziendale in grado di garantire la conformità del prodotto a regole definite. E’ articolato in documenti specifici (Iso 9001, 9002 ecc.). L’adeguamento alle direttive Iso viene certificato da un organo esterno, che attesta formalmente la conformità ai requisiti delle norme di riferimento.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 16 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Il limite di questo approccio è la “logica dei paletti”, la necessità cioè di mettere l'indicatore, il paletto che ci avverta: al di qua si va bene, al di là male. Berwick parla di “teoria delle mele marce”: il controllo della qualità sarebbe raggiunto scoprendo la mela marcia ed eliminandola<sup>5</sup>. Questo sistema si è dimostrato poco efficace, come tutti i sistemi ispettivi basati su indicatori<sup>6</sup>.

Il *total quality management* tenta di superare questa logica. La qualità del prodotto è il risultato del miglioramento complessivo dei processi, non delle ispezioni di controllo. Cresce coinvolgendo direttamente tutti, con l'accento posto sulla capacità che ha ognuno d'approfondire le motivazioni del lavoro e non sull'autodifesa (evitare cioè di finire oltre i paletti).

Fra i principali teorici del *total quality management* (gli statunitensi Deming, Juran e Crosby) vi sono notevoli differenze.

Crosby definisce la qualità come la “conformità ai requisiti”, la capacità cioè di fare le cose nel modo giusto; lo standard proposto è il lavoro con “difetti zero”<sup>7</sup>; la qualità inoltre è misurabile col metro più antico, più diffuso e più rispettato: il denaro.

Contro Crosby polemizza Juran: limitare la qualità soltanto alla “conformità ai requisiti” significa fermarsi a una “piccola qualità” ristretta; occorre guardare invece la “grande qualità” con una visione complessiva che coinvolga tutte le persone che partecipano al processo produttivo. La qualità secondo Juran è l’“idoneità all'utilizzo”, che significa sia l'affidabilità del prodotto sia l'adeguatezza ai bisogni del cliente<sup>8</sup>; al centro dell'attenzione dovrebbe essere messo il costo della qualità scadente, non un generico “costo della qualità”.

Anche Deming polemizza con Crosby. Non è accettabile lo standard “difetti zero”; non è possibile infatti, umanamente parlando, prospettare come traguardo la totale mancanza di difetti; l'attenzione in questo caso sarebbe concentrata sui numeri e sui risultati, nella rincorsa dell'irraggiungibile. Crosby inoltre confonde la “qualità della conformità” con la “qualità del progetto”. Occorre migliorare tutto il disegno del progetto. La qualità, per Deming, è rintracciabile nella “riduzione della varianza”, base d'un miglioramento continuo che ha alle radici quello che chiama l'*orgoglio* nel lavoro umano e lo spessore sia della conoscenza sia dell'abilità<sup>9</sup>. Pur essendo chiara la relazione tra miglioramento dei processi, aumento della qualità e diminuzione dei costi, il costo specifico della qualità non è misurabile poiché troppi fattori indispensabili non possono essere conosciuti (per esempio la cattiva pubblicità d'un paziente che abbia ricevuto una prestazione scadente).

Deming ha tradotto queste idee sulla qualità totale in quattordici esortazioni: 1. proponiti con fermezza di migliorare il prodotto e il servizio; 2. adotta la nuova filosofia; 3. cessa di

<sup>5</sup> DM Berwick, *Continuous improvement as an ideal in health care*, “New Engl J Med”, 1989;320:53-6.


<sup>6</sup> DM Berwick, A Enthoven, JP Bunker, *Quality management in the NHS: the doctor's role*, “Br Med J” Part I: 1992;304:235-9; Part II: 1992, 304:304-8.

<sup>7</sup> PB Crosby, *Quality is free. The art of making quality certain*, McGraw-Hill, New York, 1979.

<sup>8</sup> JM Juran, FM Gryna, RS Bingham, *Quality control handbook*, MacGraw-Hill, New York 1979; JM Juran, *Juran on leadership for quality. An executive handbook*, The free press, New York, 1989.

<sup>9</sup> WE Deming, *Quality productivity and competitive position*, MA: Massachussets Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, 1982.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 17 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

dipendere dai controlli a tappeto; 4. smetti di premiare il lavoro soltanto rispetto a obiettivi di produttività; 5. lavora per migliorare sempre il sistema di produzione e il servizio; 6. dai vita a pratiche d'addestramento; 7. dai vita alla leadership; 8. aiuta a vincere i timori; 9. abbatti le barriere tra aree operative diverse; 10. elimina gli slogan destinati a chi lavora; 11. elimina le "quote numeriche"; 12. rimuovi le barriere che impediscono a chi lavora di sentirsi orgoglioso; 13. elabora un progetto di formazione; 14. effettua interventi per realizzare la trasformazione.


Le attività di miglioramento sono fondate sul modello Focus e Pdca. Si tratta di due acronimi. Focus: F (*find*: trova un processo da migliorare); O (*organize*: organizza un gruppo che si dedichi a studiare quel processo); C (*clarify*: chiarisci quali siano i dati disponibili); U (*understand*: cerca le cause degli avvenimenti e dei problemi); S (*select*: seleziona il miglioramento più appropriato realizzabile). Pdca: P (*plan*: definisci un piano di miglioramento e di raccolta continua dei dati); D (*do*: attualo); C (*check*: controlla e studia i risultati dell'intervento); A (*act*: lavora per continuare a migliorare).

Ci accorgiamo che le domande fondamentali dalle quali eravamo partiti (cos'è la qualità? è possibile pervenire a un nucleo unificatore?) sono ancora senza risposta. Si intravede soltanto qualche sporadico sfolgorio (ci colpisce per esempio il concetto di "orgoglio" nel lavoro umano). Mettendo insieme sfolgorii sparsi tentiamo d'articolare una risposta.

1. Il problema della qualità nei termini discussi riguarda la qualità del lavoro (ci riferiamo a quello sanitario ma la riflessione vale per tutti i lavori). Il lavoro è una dimensione essenziale dell'uomo in quanto essere relazionale. Il problema della qualità riguarda dunque il modo con cui l'uomo svolge il suo lavoro: lo può fare bene, lo può fare male.

2. E' necessario distinguere il prodotto del lavoro (significato oggettivo) e l'azione con la quale si è ottenuto quel prodotto (significato soggettivo). Col prodotto del lavoro ci muoviamo nel campo della *poiesis*, il cui fine è appunto un prodotto, un risultato distinto dalla stessa azione. Il giudizio (tecnico o estetico) è dato sul prodotto (è un bel lavoro; è un mediocre lavoro; è una diagnosi brillante; è una diagnosi sbagliata). Col significato soggettivo si muoviamo nel campo della *praxis*, l'azione. In questo caso il giudizio non avviene *a posteriori* ma è costitutivo dell'azione stessa; inoltre non è formulato in base alla perfezione del prodotto realizzato ma in base a una valutazione fatta dall'uomo stesso che agisce (sto lavorando bene, sto lavorando male). Il fine ultimo dell'azione dunque non è il prodotto bensì l'uomo che svolge quel lavoro e che può essere arricchito o impoverito da quella azione. L'azione umana manifesta il dinamismo specifico della persona, la sua grandezza o la sua miseria. La persona infatti è l'origine e il soggetto dell'azione propriamente detta.

3. Quando arriviamo all'azione arriviamo a un nodo che bisogna sciogliere, per superare una concezione fuorviante dell'azione tipica della modernità. Per la modernità il soggetto che agisce si pone in posizione d'assoluta indipendenza dal mondo fisico e dalla comunità politica; il suo interesse è imporre la propria sovranità su tutto. Non ha più senso lasciar essere la realtà (sé stessi, gli altri, le cose) e perfezionarla secondo le sue inclinazioni naturali, infatti per l'uomo moderno non esiste alcuna finalità. L'azione diventa quindi l'attuazione esclusiva dei propositi d'una ragione fondata su sé stessa, senza essere vincolata ad alcuna natura ontologica delle cose conosciute e dello stesso soggetto conoscente. Le norme di comportamento, dettate da questa

 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 18 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE


ragione e sganciate dalla realtà e quindi dalla verità e dalle norme morali reali, si fondano in tal modo su una serie di regole astratte, costruite per contratto, puramente formali. Nasce il cittadino che domina la natura (una natura incatenata) ed è dominato dalla legge civile. Il passaggio successivo è consequenziale: se è la ragione a dare a sé stessa comandamenti morali autonomi, io potrò liberamente decidere, usando la mia ragione, se voglio o non voglio obbedire. Togliendo la verità e il fondamento naturale, l'etica costruita dalla ragione diventa un fastidioso moralismo che può facilmente trasformarsi in immoralismo. La persona è libera, ma la libertà ha bisogno d'un fondamento ontologico forte. In una realtà de-ontologizzata e de-antropologizzata, una libertà che si fonda su sé stessa autodeterminandosi diventa dapprima l'anticamera immediata del totalitarismo e quindi un fantasma effimero che vaga tormentato dai rimorsi e dalla nostalgia. L'uomo che cerca sinceramente un significato nella vita, tentando anzitutto di definire sé stesso, capisce che si muove in uno scenario davanti al quale non può chiudere gli occhi fingendo che non esista: la realtà esiste; le cose sono; io sono realtà in mezzo ad altre cose, in mezzo ad altri io; io agisco e sono persona libera: posso scegliere il bene o il male; tutto questo implica un ordine nel mondo, che interpella la mia coscienza; c'è dunque un fondamento causa prima dell'ordine universale e fine ultimo delle scelte morali<sup>10</sup>. «Io posso definire la mia identità soltanto sullo sfondo di cose che hanno un'importanza. E accantonare la storia, la natura, la società, le esigenze della solidarietà, insomma ogni cosa tranne ciò che trovo in me stesso, significherebbe eliminare tutti i candidati a una qualunque importanza. Soltanto se esisto in un mondo in cui la storia, o le esigenze della natura, o le necessità dei miei simili, o i doveri della cittadinanza, o l'appello di Dio, o qualcos'altro di questo genere ha un'importanza essenziale, posso definire un'identità per me che non sia banale»<sup>11</sup>.

4. Tornando alla qualità, il significato profondo di questa parola ci sfugge se ci limitiamo a considerare esclusivamente il prodotto, come abbiamo fatto fino a ora (pur se con tecniche estremamente elaborate). Può essere intravisto se, accanto alla riflessione sul significato oggettivo, è sviluppata la riflessione sul significato soggettivo del lavoro, inserendo quindi un elemento interiore insostituibile. L'analisi del prodotto oggettivo fornisce alcuni segni necessari per capire il modo come è stato svolto il lavoro. Occorre però andare molto più in profondità ed entrare nella sfera delle motivazioni interiori della persona che, con la sua azione, svolge quel lavoro. Ma per fare questo è necessario sciogliere quel nodo al quale abbiamo accennato nel paragrafo precedente.

5. Il significato soggettivo del mio lavoro appartiene a me soltanto e a nessun altro. Valutare la qualità di quel mio lavoro significa che devo esaminarmi su "come" l'ho fatto: bene? male? posso farlo meglio? Ma per fare questo devo necessariamente scrutare le motivazioni di fondo. Perché lavoro? Per quale fine? Che significato ha quel lavoro per me? Qual è il mio modo di porsi nei confronti del lavoro? Devo riuscire a esplicitare le domande chiave che stanno alla base di questo modo d'intendere la qualità e dalla cui risposta dipende la migliore o peggiore qualità. Sto migliorando mentre eseguo questo lavoro? Sto determinando, col mio lavoro, un miglioramento del lavoro stesso? Mentre lavoro contribuisco al miglioramento degli altri? In tal

<sup>10</sup> A Livi, *Filosofia del senso comune*. Edizioni Ares, Milano, 1990.

<sup>11</sup> C Taylor, *Il disagio della modernità*, Laterza, Roma-Bari, 1994, 48.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 19 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

modo coinvolgo la triplice relazione che ogni persona stabilisce attraverso il lavoro: con sé stessa, col prodotto del suo lavoro e con gli altri. E' necessario interrogarsi sul significato della realtà e contemplare la grandezza della persona e la libertà. Non c'è altra strada: ogni persona deve riuscire a possedere seriamente la propria interiorità, comprendere la grandezza del destino umano e del lavoro e liberamente orientare la propria scelta verso una scelta di bene, in qualche modo donandosi gratuitamente (*voglio fare bene il mio lavoro perché così mi va*).

Il decisore in Sanità dovrebbe chiedersi: devo limitarmi a razionare le risorse (e chi più ha, più possibilità ha di accaparrarsele) obbedendo agli ordini che impongono acriticamente tagli indifferenziati alla spesa o devo razionalizzare il sistema ponendo al centro la persona e il suo diritto inalienabile a una adeguata assistenza sanitaria?

6. La possibilità d'influire sulla qualità del lavoro si attualizza quindi non tanto attraverso il prodotto quanto attraverso la persona che agisce (io e gli altri). E' la crescita libera nelle virtù che perfeziona e arricchisce realmente l'uomo e tutto ciò che l'uomo produce. E' la crescita nelle virtù che porta l'uomo a conoscere il bene e volerlo possedere, ad agire bene e lavorare bene, a migliorarsi.


Ecco la chiave per comprendere il problema della qualità dei processi aziendali. Ecco l'elemento unificatore: l'uomo inquieto che si interroga sul significato del suo agire. Il problema della qualità del lavoro è anzitutto un problema morale. Questa riflessione sulla qualità centrata sulla persona, sulla sua interiorità, sul significato del lavoro e sul giudizio morale, ci fa comprendere un altro passaggio fondamentale: il miglioramento (la lotta per fare le cose meglio) è qualcosa di personale che coinvolge tutti gli ambiti di vita. Non possiamo limitarci a valutare la qualità del lavoro professionale e poi dimenticare i significati del nostro agire in famiglia o tra gli amici. L'impegno di "lotta continua" per migliorare coinvolge ogni momento e non soltanto l'orario del cosiddetto lavoro professionale. Si intravede quella unità di vita spia dell'onnicomprendività dei processi che iniziano seriamente dall'interiorità dell'uomo.

Nella nostra società impostata sulla tecnologia avviene un fatto preoccupante. La tecnologia è una forte alleata dell'uomo, se l'uomo la sottomette. Diventa una nemica, se l'uomo la trasforma indebitamente da mezzo a fine, se tutto il lavoro è visto soltanto in funzione del prodotto (il significato oggettivo). Arriva a spodestare l'uomo, disumanizzandolo: l'uomo viene narcotizzato e dormendo perde l'inquietudine che sta alla radice delle domande sui significati; diventa schiavo senza saperlo; disperato senza saperlo; non ricorda più d'essere il padrone del creato.

## Obiettivi generali della Struttura

A questo punto le istruzioni per la compilazione del Manuale prevedono una breve descrizione degli obiettivi strategici.

In realtà abbiamo un **unico obiettivo strategico**, fondamentale a nostro avviso per il paziente che si rivolge alla nostra UO: la **sopravvivenza** in un contesto di mancanza di quella

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 20 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

attenzione che sarebbe necessaria da parte della Direzione, mancanza di attenzione che è testimoniata dagli indicatori che riporteremo.

La speranza è che le decisioni prese dalla Direzione Aziendale sui vari obiettivi, concernenti il servizio che l'UO svolge per l'utenza, siano modulate sulla effettiva necessità della realtà sanitaria cardiologica (ben conosciuta da chi lavora sul campo, in trincea, ma probabilmente poco conosciuta dal decisore).

Parlavamo dunque degli obiettivi.

Al posto di un arido elenco degli obiettivi, come i Direttori delle 3 ex UOC di Cardiologia avevano fatto nelle precedenti versioni del Manuale, preferiamo riportare la realtà nuda e cruda della trincea testimoniata da una nostra eloquente relazione sulla proposta degli obiettivi del 2012. Si può apprezzare in tal modo immediatamente, quasi intuitivamente, la distanza esistente tra le "belle parole" e il "duro lavoro".

Questa testimonianza ovviamente non vuole essere una critica sterile bensì una espressione di quanto fortemente crediamo alla *vision* suddetta, nonostante tutto.

#### A.

L'oggetto della riunione del 16 maggio 2012 presso i locali della Direzione Sanitaria Aziendale è: "Convocazione incontro budget. Discussione dell'integrazione degli obiettivi relativi all'anno 2012".


Con questa nota si formalizzano alcune valutazioni critiche (come è nostro diritto/dovere) su alcuni obiettivi assegnati all'UOC di Cardiologia del PO "V. Cervello". Gli obiettivi non citati sono considerati accettabili.

Preliminarmente si fa notare che:

1. è quanto meno insolito discutere il 16 maggio 2012 degli obiettivi relativi all'anno 2012;
2. rispetto alla "vecchia" formulazione concernente gli obiettivi per l'anno 2011/2012 (tutti raggiunti, nel 2011, dall'UO di Cardiologia del PO "V. Cervello") per alcuni di essi non si tratta di "integrazione" ma di una vera e propria "nuova formulazione", considerando che l'obiettivo ha in sé intrinsecamente legati gli indicatori specifici e che, se si cambiano gli indicatori "a lavori in corso" in pratica si cambiano gli obiettivi rendendoli di fatto irraggiungibili in quanto incoerenti col sistema.

### **1. Miglioramento indici di efficienza anno 2011. Numero ricoveri dei 43 DRG < rispetto a quello 2011.**

1. Non è un obiettivo per il raggiungimento del quale possa essere coinvolta la nostra UO di Cardiologia. I nostri ricoveri programmati si limitano alle sostituzioni di device di elettrostimolazione in esaurimento o alle coronarografie; afferiscono tutti a DRG appropriati.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 21 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Poiché tutti gli altri ricoveri provengono dal Pronto Soccorso, qualora venisse ricoverato un paziente attribuibile a DRG a rischio di inappropriatazza, ciò non dipenderebbe dalla Cardiologia ma dal PS.

2. Nella versione precedente degli obiettivi l'indicatore era < 5% sul totale delle dimissioni; nella versione attuale è "per il 2012 un numero inferiore a quello del 2011". Dai dati in mio possesso risulta che nel 2011 non abbiamo dimesso nessun paziente dei 43 DRG. Sarebbe quindi matematicamente impossibile raggiungere l'obiettivo previsto.

## **2. Miglioramento indici di efficienza anno 2011. Numero ricoveri 0-1 giorno < rispetto a quelli del 2011.**

1. Come già più volte segnalato (oralmente e per iscritto – v. nota del 20.12.2010, prot. 151/10/Card) non è un obiettivo per il raggiungimento del quale possa essere coinvolta la nostra UO di Cardiologia.

Il problema del ricovero di 0-1 giorno va contestualizzato. Infatti in una Unità coronarica spesso può significare gravità eccezionale e ricorso intensivo e concentrato all'uso di risorse e tecnologie: per esempio il paziente talmente grave che, dopo essere stato studiato rapidamente, deve essere trasferito con urgenza in Cardiochirurgia oppure il paziente con infarto miocardico acuto talmente devastante che muore nella prima giornata di ricovero.

Abbiamo fatto presente ciò più volte al Direttore Sanitario Aziendale e la sua risposta è stata che in effetti questa tipologia di ricovero di 0-1 giorno (pazienti deceduti o trasferiti in altro ospedale ecc.) non sarebbe stata considerata nella valutazione del raggiungimento dell'obiettivo.


Avendo controllato i dati relativi (forniti dal SIS) concernenti questo obiettivo che ci era stato assegnato anche nel 2010, abbiamo dovuto rilevare che purtroppo la valutazione del raggiungimento non è stata fatta secondo la suddetta auspicabile contestualizzazione (avallata verbalmente dal Direttore Sanitario). Infatti sono stati considerati **tutti** i ricoveri di 0-1 giorno, senza alcuna eccezione.

Dai dati del SIS, nel 2010 risultano (per la Cardiologia 1) 58 ricoveri di 0/1 giorno su un totale di 754 dimissioni. Si ottiene in tal modo una percentuale di 7.69%, grosso modo il valore che il nucleo di valutazione ha attribuito all'UO, al di sopra del valore atteso di  $\leq 5\%$ ; obiettivo quindi giudicato non raggiunto dalla Cardiologia 1 (allora valutata separatamente dalle altre due cardiologie).

Orbene (sempre da dati del SIS) soltanto per 29 pazienti/58 c'è stata una dimissione ordinaria; gli altri sono: 11 deceduti, 9 trasferiti ad altri istituti per acuti e 9 dimissioni volontarie.

Considerando soltanto quei 29 pazienti (come sarebbe logico fare contestualizzando) otteniamo una percentuale di 3.84%.

L'obiettivo avrebbe dovuto essere considerato raggiunto.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 22 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

2. Nella versione precedente l'indicatore era  $< 5\%$ ; nella versione attuale è  $< 2011$ . Nel 2011 l'obiettivo è stato raggiunto con i seguenti dati:

- Unità coronarica 54 pz/630 dimissioni (8.57%: la contestualizzazione!)
- Reparto 19 pz/848 dimissioni (2.24%)
- Totale 73 pz/1478 (4.93%: obiettivo raggiunto).

Secondo la nuova formulazione degli indicatori, se nel 2012 ci fossero 73 pz con ricovero di 0/1 giorno l'obiettivo sarebbe considerato non raggiunto (pur restando inferiore al 5%).

Ciò è inaccettabile.

### **3. Miglioramento indici di efficienza anno 2011. Tasso di occupazione dei posti letto > di quello del 2011.**

Questo obiettivo è inaccettabile nella sua formulazione attuale (indicatore  $> 2011$ ). Nella vecchia formulazione l'indicatore era  $> 80\%$ .

Il tasso di occupazione dei posti letto nel 2011 nella nostra UO di Cardiologia è stato:

- Reparto 97.55%
- Unità coronarica 98.95%

Questi dati testimoniano che noi lavoriamo al massimo regime (come abbiamo illustrato in una nota concernente il lavoro in Unità coronarica inviata anche alla Direzione Sanitaria in data 20.2.2012, prot. 183/12/Card).

Chiedere un miglioramento di efficienza come aumento del tasso di occupazione dei posti letto a un reparto che ha un tasso di occupazione del 99% significa quasi un invito alla disfunzione (ovvero superare il 100%).

Inoltre se, nel contesto di una variabilità statistica, l'Unità coronarica per esempio avesse un tasso di occupazione nel 2012 del 98%, l'obiettivo sarebbe considerato non raggiunto.

Ciò è paradossale.

### **4. Miglioramento indici di efficienza anno 2011. Riduzione dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente per la medesima MDC < 2011.**

Anche questo obiettivo merita una contestualizzazione.


In letteratura due peculiari situazioni cliniche hanno epidemiologicamente una quasi naturale alta incidenza di ricovero ripetuto entro 30 giorni: pazienti con scompenso cardiaco severo e pazienti con sindrome coronarica acuta (con problemi per esempio di occlusione dello stent; esiste infatti una fascia prevista di rischio di chiusura precoce dello stent).

Può essere accettabile la precedente formulazione dell'obiettivo ( $< 10\%$ ). E' inaccettabile la formulazione attuale  $< 2011$ .

I nostri dati del 2011 sono i seguenti:

- Reparto 26/848 (3.06%)



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 23 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

- Unità coronarica 13/630 (2.06%)
- Totale 39/1478 (2.63%)

L'obiettivo è stato raggiunto con una percentuale ben inferiore all'indicatore (< 10%).

Col nuovo indicatore, ancora una volta paradossalmente, se nel 2012 si raggiungesse lo stesso risultato del 2011 (2.63%, ampiamente al di sotto dell'indicatore programmato in origine ovvero < 10%), l'obiettivo sarebbe considerato non raggiunto.

### 5. Miglioramento turn over dei pazienti. Indice di rotazione > 10% rispetto al 2011.


Questo è un obiettivo nuovo. L'indice di rotazione indica il numero di pazienti che si sono alternati mediamente in ciascun posto-letto; è dato dal rapporto fra il numero totale dei dimessi e il numero medio dei posti letto.

Conoscendo l'indice di rotazione del 2011, il numero dei posti letto e la degenza media si può calcolare cosa significhi questo 10% in più che viene richiesto in termini di incremento di pazienti dimessi e di riduzione della degenza media.

1. In Unità coronarica (da dove vengono dimessi direttamente molti pazienti anche con infarto miocardico acuto; dimissioni del 2011: 630) questo incremento dell'indice di rotazione determinerebbe una degenza media di 3.8 giorni. In tal modo si correrebbe il rischio di ridurre quello che abbiamo identificato come tempo medio di ricovero di un paziente infartuato senza complicanze (5 giorni); l'efficacia di questa nostra prassi è testimoniata dal fatto che la mortalità dopo 30 giorni dei pazienti infartuati dimessi dalla nostra UO è 4.45%, la più bassa in Sicilia e una delle più basse in Italia. Accettare questo obiettivo per l'Unità coronarica significherebbe introdurre uno squilibrio (e probabilmente un rischio improprio) in un sistema che dimostra di funzionare bene. Si tratta quindi di un obiettivo non coerente con la realtà epidemiologica della popolazione di pazienti acuti della nostra Unità coronarica.

2. Nel reparto l'incremento dell'indice di rotazione si tradurrebbe in una degenza media di 7.2 giorni. Alcune considerazioni epidemiologiche ci fanno pensare però che questo obiettivo sia difficilmente raggiungibile. Il reparto infatti, con progressione geometrica nel tempo, viene di fatto "bloccato" da pazienti anziani, fragili, con pluri-patologie e **impossibilità** di dimissione o trasferimento in strutture geriatriche o di lunga-degenza carenti nel territorio. Questo obiettivo quindi non è coerente nemmeno con la realtà epidemiologica della popolazione di pazienti con patologia cronica presente nel reparto.

3. Qualora ci fossero dei teorici margini di possibilità, si ribadisce quanto espresso preliminarmente: come si può realizzare un programma per ottenere un indice di rotazione per il 2012 > del 10% rispetto a quello del 2011, iniziando a progettare da metà maggio 2012 in una realtà epidemiologicamente molto complessa? La fretta comporta l'elevata probabilità di disfunzione e di aumento del rischio clinico per i pazienti ricoverati.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 24 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

4. A questo obiettivo va esteso quanto scritto nei successivi punti 10 e 11.

## 6. Gestione del paziente cronico.

Siamo nel contesto di uno dei 4 macro-obiettivi dettati dall'Assessorato per la Salute. In particolare è quello concernente la gestione del paziente cronico e la dimissione facilitata per i pazienti con scompenso cardiaco. A questo obiettivo vengono assegnati due indicatori.

Primo indicatore. Il 60% di schede per i pazienti ricoverati e poi dimessi.

Nel contesto di una grande confusione percepita a tutti i livelli, essendo la nostra UO impegnata nella realizzazione del macro-obiettivo assessoriale, del quale dovremo rendere conto, abbiamo sentito il dovere di scrivere una lettera di chiarimento e precisazione (in mancanza di altre indicazioni).

Questa lettera è stata inviata anche al Direttore Sanitario, al Direttore Medico di Presidio e al Responsabile del Servizio programmazione e controllo di gestione il 7.5.2012 (prot. 422/12/Card).

L'obiettivo si intende concordato e accettato nell'ambito di quanto da noi indicato in questa lettera.

Secondo indicatore. Il 40% di schede per i pazienti afferenti al pronto Soccorso. Cosa c'entra la Cardiologia col Pronto Soccorso?

Non è un obiettivo che riguarda l'UO di Cardiologia del PO "V. Cervello".

A questi due indicatori è stato assegnato un peso del 5% ciascuno.

Ovviamente non sarebbe accettabile, per un obiettivo così fumoso, una volta annullato il secondo indicatore (quello di pertinenza del PS), attribuire un peso del 10% all'unico indicatore rimasto. Il 5% extra va suddiviso per altri obiettivi più chiari.

## 7. Riduzione percentuale dei DH diagnostici. Indicatore: 10%.


E' un obiettivo nuovo.

Il problema del DH è stato da noi affrontato in una nota inviata alla Direzione Aziendale il 20.2.2012 (prot. 186/12/Card).

E' strano che venga posto come obiettivo una riduzione del 10% dei DH diagnostici quando, nel primo trimestre del 2012, vi è già stata una riduzione del 48% di tutti i DH.

La formulazione di questo obiettivo in questi termini presuppone che questa materia sia già stata affrontata e regolamentata nelle sedi opportune.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 25 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

L'obiettivo può essere accettato soltanto nel contesto di questa regolamentazione, opportunamente formalizzata. In caso contrario si correrebbe il rischio di incappare in una correlazione "inversa": superare di molto l'obiettivo (ricordo che nel primo trimestre la riduzione di tutti i DH è già del 48%) traduce una peculiare fascia di disfunzione e non una eccezionale efficacia.

### 8. Tempestività nell'effettuazione di PTCA negli IMA STEMI.

E' un nuovo obiettivo, anche questo nell'ambito dei 4 macro-obiettivi assessoriali.

Sostituisce il precedente obiettivo "Tempestività nell'effettuazione di PTCA negli IMA che lo richiedono".

Avevamo espresso delle perplessità sui criteri di reclutamento della popolazione. E' come se l'AGENAS facesse riferimento al vecchio sistema di codifica e non al nuovo ICD-9-CM (IX revisione del 2007) che permette una chiara e precisa definizione dell'infarto miocardico acuto STEMI (con sede) e NON-STEMI.

C'è però una nuova inquietante perplessità.


Il 13.4.2012 (prot. 395/12/Card) avevamo segnalato alla Direzione la seguente contraddizione tra alcuni dati (resi pubblici) del Programma Nazionale Esiti:

*In base all'indicatore "Infarto miocardico acuto: mortalità entro 30 giorni dal ricovero": la mortalità dei pazienti seguiti nella nostra UO è tra le più basse d'Italia (4.45%).*

*In base all'indicatore "Infarto miocardico acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore" avremmo la percentuale più bassa d'Italia (0.32%).*

*Non riusciamo a comprendere da dove siano stati presi i dati concernenti la proporzione di pazienti trattati con PTCA primaria nella nostra UO. Dai registri del GISE e dai nostri registri risulta chiaramente la notevole quantità di angioplastiche primarie eseguite nel Laboratorio di Emodinamica dell'Ospedale "V. Cervello", che per lungo tempo è stato al primo posto in Sicilia. La tabella riassume i dati:*

ANNO	ANGIOPLASTICHE PRIMARIE
2004	182
2005	202
2006	193
2007	180
2008	151
2009	164
2010	173
2011	182
<b>TOTALE</b>	<b>1427</b>

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 26 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

*E' nostro dovere comunicarvi questi dati affinché possiate analizzarli e valutare l'opportunità di un intervento presso l'AGENAS.*

La risposta del Direttore Sanitario è una nota di suo pugno del 30.4.2012 sulla lettera: "Una possibile spiegazione è la codifica in posizione non primaria della procedura in presenza di un paziente cui sono state eseguite più procedure. AGENAS considera solo la procedura primaria, il DASO tutte le procedure effettuate, infatti i loro dati sono diversi".

A parte la sostanza del problema, poiché questi dati verranno valutati dall'AGENAS, l'obiettivo (per evitare complicate contestazioni a posteriori) può essere accettato soltanto dopo che la Direzione sanitaria ha chiarito formalmente i criteri di valutazione che verranno adoperati e che, nell'esempio citato, ci hanno ingiustamente penalizzato nei confronti dell'opinione pubblica.

#### **9. Rispetto tempi di attesa come DA.**

E' un obiettivo nuovo da correlare strettamente alle considerazioni svolte nel punto 10 e 11 e a quanto da noi sistematicamente richiesto (e già attivato in altri ospedali) sulla selezione delle prestazioni ambulatoriali rivolte al territorio.

A questo proposito non possiamo non rilevare una incomprensibile visione uniformemente piatta dell'attività medica, senza considerare le peculiarità della Cardiologia. Infatti il tentativo (disperato) di mantenere nel 2012 quanto siamo riusciti a fare nel 2011 passa attraverso una peculiare attenzione all'attività di ricovero ordinario (incomprimibile perché richiesta per situazioni cardiologiche che in genere sono di urgenza/emergenza) e una contestuale riduzione delle attività ambulatoriali esterne, di pertinenza del territorio, inutili per la funzione primaria della Cardiologia dell'Ospedale ovvero il funzionamento della rete dell'emergenza.


#### **10. Miglioramento margine contributivo. Indicatore: aumento margine del 10% rispetto al 2011.**

La vecchia formulazione dell'obiettivo riguardava gli anni 2011 e 2012 e concerneva il "Miglioramento del margine contributivo rispetto al 2010" con un aumento del margine del 5% rispetto al 2010 nel rapporto ricavi/costi.

La lettura abbastanza ovvia dell'obiettivo era che nel periodo dall'1 gennaio 2011 al 31 dicembre 2012 bisognava avere un aumento del margine contributivo del 5% rispetto al 2010.

Questo obiettivo, valutato nel 2011 (a metà percorso), è stato da noi raggiunto.

E' metodologicamente poco corretto, nel 2012, cambiare il termine di riferimento con un altro termine che è già stato modificato dall'obiettivo stesso (aumento del margine contributivo nel 2011) e addirittura incrementarlo durante lo stesso svolgimento cronologico dell'obiettivo (il 10% rispetto al 2011, invece del 5%). Si introduce inoltre un elemento di ingiustizia: noi abbiamo raggiunto nel 2011 l'obiettivo (il margine è aumentato del 5%); questo punto di partenza per un

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 27 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

ulteriore aumento del 10% nel 2012 ci pone in una situazione di evidente “svantaggio” rispetto a chi, nel 2011, non ha raggiunto l’obiettivo.

La distorsione dell’obiettivo iniziale è inaccettabile perché con alta probabilità irraggiungibile.

### 11. Incremento della produzione.

E’ un nuovo obiettivo al quale (insieme all’obiettivo del miglioramento del margine contributivo) viene assegnato il 20% del peso. I due obiettivi “economici” in totale costituiscono il 40% del peso assegnato ai nostri obiettivi sanitari.


Anche questo obiettivo è inaccettabile; infatti è irraggiungibile: **1.** per le considerazioni precedentemente svolte (lavoro già “al massimo regime” come dimostrano il tasso di occupazione dei posti letto e la degenza media; difficoltà teoriche per la programmazione dell’obiettivo che prevede un aumento del turn-over ecc. ecc.); **2.** perché ci viene proposto a metà del mese di maggio del 2012 col periodo estivo da affrontare; **3.** perché ci viene chiesto insieme a un miglioramento del margine contributivo nel contesto di una disciplina che comporta il ricorso routinario a tecnologie complesse e l’impianto di costosi *device* salvavita (con indicazioni che si vanno espandendo sempre di più).

#### B.

Ci sembra opportuno anche elencare, a titolo esemplificativo, alcuni obiettivi presentati nella versione 2005 del Manuale dell’allora AO “V. Cervello” che sono stati ignorati dalle varie amministrazioni succedutesi

**1. Attivazione di una Unità Intensiva per pazienti con Scopenso Congestizio** di 8 posti letto con monitoraggio centralizzato di parametri vitali. Ciò permetterebbe un salto in avanti nella continuità assistenziale dei pazienti ricoverati, completando quali-quantitativamente le prestazioni fornite e riducendo il più possibile il numero dei ricoverati che devono essere trasferiti in altre UO (per esempio Rianimazione o Unità coronarica). In tal modo si toglierebbe una delle cause di “ingorgo” di questi reparti intensivi. Richiesta mai presa in considerazione.

**2. Sperimentazione a livello regionale di strategie operative innovatrici, home-directed** che prevedano: l’“addestramento” dei parenti, durante il ricovero, sicché possano agevolmente affrontare i problemi a domicilio, interventi professionali a domicilio nell’ambito di un progetto di assistenza domiciliare integrata, linea telefonica disponibile per il contatto immediato con i pazienti, home-care, hospital at-home e telemedicina.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 28 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Dai dati della letteratura al proposito (esperienze in paesi anglosassoni e alcune metanalisi) non è chiaro ancora quale ruolo possano avere queste strategie centrate sull'assistenza domiciliare. Sembra opportuno allestire un esperimento pilota siciliano, evitando di imitare *tout court*, in modo acritico, la differente realtà anglosassone.

Pur essendo un Centro di Riferimento Regionale e avendo elaborato dati interessanti sui pazienti con scompenso cardiaco in regime di ricovero ospedaliero (comunicati anche in Assessorato) non siamo mai stati consultati dalla Regione in proposito.

**3. Programma di formazione continua in Metodologia clinica**, condizione necessaria a nostro avviso per qualunque progetto che abbia ambizioni regionali. A questo proposito abbiamo già elaborato schede "metodologiche" per la prevenzione, la diagnosi, la terapia, lo studio della qualità, la valutazione economico-finanziaria, secondo i suggerimenti della *Evidence Based Medicine*.

Per dare concretezza operativa a questo proposito è nostra intenzione costituire un **Centro indipendente di Epidemiologia clinica** nella nostra Unità Operativa, che serva non solo per il progetto specifico ma anche per altre patologie. A questo proposito è opportuno ricordare come dall'anno accademico 1999/2000 il Direttore dell'UO Cardiologia II sia stato nominato professore a contratto presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università "Campus Bio-Medico" di Roma per l'insegnamento di Epidemiologia clinica nell'ambito del corso integrato di Metodologia clinica per il Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia.

Abbiamo lavorato per la realizzazione dell'obiettivo nella più assoluta indifferenza.


**4. E' necessario dare un adeguato impulso al Laboratorio di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione in due campi specifici:**

**A.** Organizzazione di un laboratorio più articolato sicché agli studi, che già facciamo, dei disturbi della conduzione (registrazione del potenziale di His ecc.) si possano affiancare gli studi della tachiaritmie (per esempio ventricolari), recuperando in tal modo il divario che ci separa dai centri più prestigiosi, nel campo dei trattamenti non farmacologici delle aritmie (tecniche di ablazione, defibrillatore atriale, pacing definitivo in atrio con algoritmi dedicati di prevenzione della fibrillazione atriale parossistica, ecc.);

**B.** Potenziare il lavoro (che abbiamo già cominciato) nel campo della resincronizzazione ventricolare (stimolazione biventricolare) in pazienti con scompenso congestizio, alla luce dei più recenti dati della letteratura.

Richiesta ignorata.

**5. Sviluppo/perfezionamento del follow-up post-ospedaliero dei ricoverati per sindrome coronarica acuta.** Questo obiettivo, che avrebbe richiesto la creazione di un ambulatorio dedicato di secondo livello, è stato sistematicamente impedito dalla continua richiesta di incremento delle attività ambulatoriali non filtrate richieste dall'esterno e che potrebbe nel territorio essere svolte.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 29 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE


Queste attività ambulatoriali esterne, di pertinenza del territorio, sulle quali tanto insiste la Direzione, sono inutili per la funzione primaria della Cardiologia dell'Ospedale ovvero l'inserimento nella rete dell'emergenza.

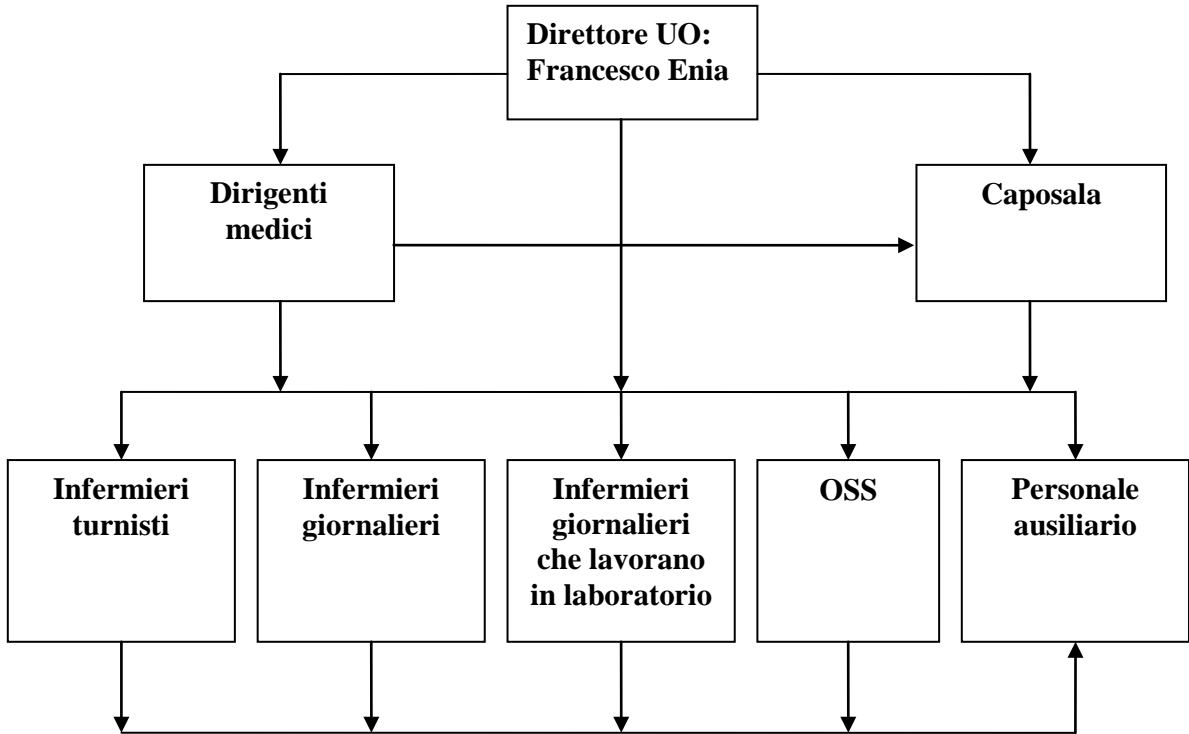
## CAPITOLO 2 - PIANIFICAZIONE


### Organigramma

Il senso delle frecce illustra i "rapporti gerarchici" e i collegamenti funzionali. Il Direttore dell'Unità Operativa ha un rapporto diretto con i Dirigenti Medici e col Caposala. Ha anche rapporti immediati con gli infermieri ecc. Il Caposala ha un rapporto gerarchico diretto con gli infermieri, gli OSS e il personale ausiliario. Anche i Dirigenti medici possono avere un rapporto diretto con questo personale.

Nelle pagine successive la posizione organizzativa verrà correlata col nome e cognome della persona che la occupa.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 30 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 31 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## DIRIGENTI MEDICI DELL'UO

**DIRETTORE:** Francesco Enia

### DIRIGENTI MEDICI:

- 1) Rosario Bella
- 2) Lucia Buffa
- 3) Francesco Bondi
- 4) Maria Gabriella Carmina
- 5) Gabriella Celona
- 6) Giovanna Geraci
- 7) Salvatore Grasso (emodinamica)
- 8) Vincenzo Filippine (emodinamica)
- 9) Agata Marina Floresta
- 10) Giovanni Giudice (emodinamica)
- 11) Antonietta Ledda
- 12) Renato Lo Mauro
- 13) Salvatore Marchi
- 14) Concetta Matassa
- 15) Gisella Mizio
- 16) Francesco Pitrolo
- 17) Giacinto Raspanti
- 18) Giuseppe Reina
- 19) Francesco Paolo Sabella
- 20) Maurizio Schirosa (emodinamica)
- 21) Paola Vaccaro


## PERSONALE DEL COMPARTO

**CAPO SALA:** Per la particolare struttura morfo-funzionale del reparto sono **necessari** 3 caposala:

1. UTIC: il precedente caposala è andato in pensione nei primi mesi del 2012 e sino a ora non è stato sostituito
2. Reparto e servizi: signora Concetta Lo Pinto
3. Emodinamica: signor Vincenzo Palazzolo

## INFERMIERI GIORNALIERI

1. Rosalia Rizzo: svolge attualmente le mansioni di coordinamento in UTIC.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 32 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

2. Francesco Romano: collabora con la signora Rizzo;
3. Rosaria Ferracane: collabora con la signora Lo Pinto;
4. Francesco Ticli: dedicato al Day Hospital
5. Antonina Lo Jacono: dedicata all'ambulatorio per le consulenze.

### **INFERMIERI GIORNALIERI CHE SVOLGONO IL RUOLO DI TECNICO NEI SERVIZI**

1. Sebastiana Richichi
2. Maria Catalano
3. Vincenzo Lo Giudice
4. Manlio Pipitone
5. Carmela Titone


### **INFERMIERI TURNISTI**

Abbiamo già fatto rilevare come per la conformazione geografica del reparto è necessario che vi siano due gruppi di infermieri turnisti: quelli dell'UTIC e quelli del reparto.

#### **A. UTIC**

1. Annamaria Caleca
2. Francesco Capurso
3. Rosalia Fanara
4. Vincenzo Iarelli
5. Girolamo Infantolino
6. Gina Licari
7. Filippo Lo Verso
8. Antonella Manganaro
9. Giovanni Martinico
10. Antonino Messina
11. Lucia Miccoli
12. Filippo Mistretta
13. Giuseppe Ognibene
14. Damiano Pipitone
15. Giuseppe Randazzo
16. Vincenzo Reda
17. Maria Grazia Sarullo
18. Orazio Saverino
19. Nicolina Vitale



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 33 DI ___
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## **B. REPARTO**

1. Vincenza Antista
2. Michele Arcuri
3. Fatima Cappello
4. Vincenzo Di Prima
5. GiulioDi Fatta
6. Teodoro Gennaro
7. Rosario Lo Piccolo
8. Antonino Lucido
9. Giacchina Matranga
10. Caterina Pecoraro
11. Maria Petralia
12. Rita Richiusa
13. Fabio Ruggio
14. Rino Santospirito
15. Giorgio Stassi
16. Nicola Testagrossa

## **INFERMIERI DI EMODINAMICA**


1. Rosalia Cappello
2. Daniela Cerasa
3. Erminia Cocuzza
4. José Gregorio Cocuzza
5. Antonella Lo Piccolo

## **TECNICI DI RADIOLOGIA**

1. Simona Villa
2. Ernesto Vessicchio
3. Concetta Xerra

## **OSS**

1. Rosario Anello
2. Giorgio Cutrono (emodinamica)
3. Antonino Giulivi
4. Antonio La Puma
5. Giovanna La Rocca

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 34 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

6. Salvatore Vicari
7. Giuseppe Zito

## PERSONALE AUSILIARIO (ASS)

1. Giuseppa Brandi
2. Damiano Di Fazio
3. Salvatore Di Maggio
4. Rosa Giordano
5. Sergio Maggiore
6. Alessandro Stagno
7. Lorenzo Termini
8. Maurizio Tevere
9. Vincenzo Ventimiglia (emodinamica)

## Funzionigramma e Job Description


### A. CONSIDERAZIONI PRELIMINARI SUL FUNZIONIGRAMMA

Prima di considerare il funzionigramma è opportuno svolgere alcune considerazioni preliminari sulla complessità nei sistemi sanitari. Infatti o si ha l'adeguata "attrezzatura culturale" per affrontarla o si è destinati inevitabilmente a soccombere.

Infatti una delle caratteristiche degli ultimi anni è quella che viene definita la crescita tumultuosa della complessità, ben riconoscibile anche nella realtà sanitaria. Questa complessità (di difficile, se non impossibile definizione; altrimenti che complessità sarebbe?) può essere intesa almeno in due accezioni: una sociologica, alla quale dedichiamo queste considerazioni e una matematico-fisica, concernente il "caos", sulla quale non ci intratteremo.

La complessità è tradita da molti sintomi: la forte spinta alla specializzazione e alla differenziazione delle funzioni, con indebolimento del senso dell'insieme; la moltiplicazione parossistica delle occasioni di relazione però con diminuzione e impoverimento di quelle veramente significative; il crollo della comunicazione diretta sostituita da processi di comunicazione indiretta (soprattutto le reti) e da simulacri della realtà (la virtualità); il senso d'impotenza che deriva dal mancato controllo di situazioni delle quali non è possibile conoscere tutte le connessioni (talora indecidibili, secondo la terminologia di Gödel); il paradossale aumento dell'elaborazione concettuale, quasi riverberante, sul proprio operato e su quello degli altri; l'alternarsi nel confronto d'atteggiamenti che oscillano, secondo Giddens, tra ottimismo sostenuto, pessimismo cinico, accettazione pragmatica e impegno radicale<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> A Giddens, *The consequences of modernity*, Polity press, Cambridge, 1991.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 35 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Complessità, scrive Niklas Luhmann, vuol dire necessità di selezione; necessità di selezione significa contingenza; la contingenza comporta il rischio<sup>13</sup>. Il rischio sembra essere diventato l'orizzonte del vivere quotidiano, con i suoi paradossi e con lo sviluppo di tensioni e ansie più o meno avvertite (giubilo per le industrie farmaceutiche che producono tranquillanti).


Nell'inevitabile confronto con la complessità dobbiamo evitare un errore. Sulla scia del mito del progresso, potremmo essere tentati di considerarla come una specie di nuovo meccanismo, del quale ci sfugge per ora una parte del funzionamento ma che, prima o poi, finiremo col dominare. In questa ottica erronea, la globalizzazione per esempio può essere letta come un positivo rimedio esterno alla frantumazione dilaniante dell'uomo contemporaneo, come una risposta tecnologico-finanziaria (che mira a semplificare semplicisticamente le cose) a quella che in realtà è un'intricatissima crisi della persona.

Il problema resterebbe indecifrabile se non lo inquadrassimo nel grande dramma dell'uomo contemporaneo, il rapporto con la realtà, con le cose e soprattutto con sé stesso e con gli altri, un uomo raffinatissimo che ha attraversato la modernità, approfondendo magnificamente alcuni aspetti, ma nello stesso tempo scoprendosi paradossalmente squilibrato per una sorta di ipotrofia acquisita di una parte della sua intelligenza che lo priva della capacità adeguata per capire e inquadrare l'insieme.

Le origini e i responsabili di questa ipotrofia da non-uso (situazione ben nota in Medicina), pur essendo abbastanza lontani nella storia dell'uomo, sono identificabili con grande precisione. Inoltre, come accade frequentemente in patologia, l'ipotrofia si associa all'ipertrofia compensatoria di altre parti. Nel nostro caso, all'ipotrofia del pensiero, dell'intelligenza speculativa, si sono associate due ipertrofie, che costituiscono una lega bizzarra ma pressoché indistruttibile: l'ipertrofia della ragione calcolante (alla base di straordinarie e bellissime scoperte scientifiche) e quella dell'affettività-emotività (alla base dello stile di vita dominante dei nostri giorni, permeato di sentimentalismo). La persona si è frammentata in mille pezzi, con ognuno dei quali riesce ancora a cogliere elementi parziali di verità. Dal confronto tra una realtà delle cose ricchissima (penetrata sempre più in profondità dall'uomo ma mai posseduta totalmente) e un uomo nello stesso tempo infinitamente più ricco della realtà delle cose, in quanto persona libera, ma frammentato, nasce la complessità attuale, che si trova tutta dentro l'uomo e non in un'essenza evolucionistica delle cose.

In altri termini, è innegabile che nel corso degli anni siano comparsi problemi sempre più difficili da risolvere. E' innegabile che la maggior parte di questi problemi siano stati provocati proprio dall'uomo, che sembra avere per essenza la peculiarità di produrli, ma è innegabile anche che lo stesso uomo abbia le risorse per risolverli, purché li affronti con piena intelligenza. La nostra preoccupazione è che lo squilibrio cui abbiamo accennato (ipotrofia/ipertrofia), se non adeguatamente percepito e rapidamente corretto, renda l'uomo contemporaneo impreparato ad affrontare i problemi attuali, che sono giganteschi e rischiano di travolgerlo.

<sup>13</sup> N Luhmann, *Sistemi sociali*, Il Mulino, Bologna, 1990.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 36 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Compaiono controversi paradigmi di lettura della realtà, talora contraddittori, che diventano purtroppo ethos<sup>14</sup>.

Secondo il paradigma comunicativo (Habermas) il disagio attuale è dovuto al fatto che è stata intaccata la struttura comunicativa del mondo della vita. I saperi sono diventati autonomi l'uno dall'altro (scienza, arte, economia eccetera) e la cultura degli esperti si è allontanata sempre più dalle persone. Poiché la natura comunicativa della ragione si è realizzata in modo distorto, la modernità è un progetto incompiuto, ancora tutto da realizzare nell'incontro-scontro tra sistemi (e sottosistemi) sociali e mondo della vita, che ne segna il carattere proprio e l'ambiguità.


Il paradigma dissolutivo esalta la frammentazione, l'effimero, l'emotività. Non vale la pena porsi le domande incandescenti dell'esistenza, infatti non ci sono risposte. E' il trionfo del pensiero debole che pretende d'accompagnare l'essere nel suo tramonto e preparare un'umanità ultrametafisica. Non è in crisi la possibilità di raggiungere la verità; è in crisi la verità stessa. Non ci sono significati. Bisogna abbandonare del tutto la residua nostalgia della metafisica, portando sino in fondo l'esperienza dell'oblio dell'essere e della morte di Dio, rinunciando definitivamente alla ricerca d'un fondamento. Infatti non c'è alcun fondamento conoscibile.

Per il paradigma sistemico (Luhmann) qualunque sistema sociale è un insieme organizzato, capace d'autogoverno e di sopravvivenza, che tende a restare sempre identico a sé stesso di fronte a un ambiente complesso, multiforme, mutevole e non del tutto controllabile. L'ambiente è sempre più complesso del sistema e il sistema tenta di ridurre la complessità con procedimenti a feed-back di selezione delle proprie relazioni con esso e successive differenziazioni funzionali interne che danno origine a un'ulteriore specializzazione (i sottosistemi). Questo tentativo di controllo della complessità dell'ambiente comporta però un prezzo elevatissimo: un paradossale aumento della complessità proprio dentro il sistema. Si innesca una spirale che alla fine conduce alla paralisi. La fase terminale della crisi può essere l'implosione del sistema: non c'è più capacità di progetto; manca la comunicazione; non si intravedono vie d'uscita; le relazioni sono pervase da una sorta di tedio, di vuoto e d'accettazione quasi fatalistica degli avvenimenti; la vita reale è sostituita da un simulacro.

Il sistema separato dal mondo della vita funziona in maniera autoreferenziale, prodotto da un'autopoiesi evolutiva senza fondamenti ontologici, si autocostruisce e costituendosi qualifica gli elementi in cui consiste. Non è più al servizio delle persone ma al servizio di sé stesso. L'unico fine (esclusivamente funzionale) è assicurare in qualche modo la propria sopravvivenza. Questa de-ontologizzazione del sistema comporta la de-antropologizzazione dell'uomo. L'uomo (che nella realtà è il principio e il fine della società) diventa in questo paradigma una parte dell'ambiente esterno, del tutto marginale per la sopravvivenza del sistema stesso: è ridotto a un rumore di fondo.

I singoli sistemi, in equilibrio sempre instabile, dettano l'ordine; la complessità attuale infatti ha creato problemi e interdipendenze completamente nuovi controllabili soltanto con la logica del più rigido funzionalismo, che comporta però la conseguenza paradossale dell'aumento

<sup>14</sup> 5. P Donati, *Lezioni di sociologia*, Cedam, Padova, 1998.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 37 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

interno di complessità. La società non può più aspirare a emanciparsi razionalmente, essendosi già emancipata dalla ragione. Il futuro è incerto e non c'è politica o filosofia o poesia che possa prevederlo. Le decisioni sul nostro futuro si articolano nella dimensione del rischio e l'unica razionalizzazione sociale possibile è il calcolo del rischio.


Il paradigma relazionale (Donati) riporta la riflessione sociologica su ciò che caratterizza in senso forte il genere di realtà specifico del sociale rispetto agli altri ordini di realtà: la relazione. In tal modo riesce ad analizzare i fenomeni sociali senza entrare in contrasto con la modernità e senza rinunciare alle sue conquiste, mirando a quella comprensione adeguata del fenomeno che non hanno fornito (né possono fornire) le teorie individualistiche, le teorie sistemiche (olistiche) o i loro mix.

La società ha una costituzione relazionale «in cui si intrecciano componenti soggettive e oggettive, naturali e sopra-naturali, umane e non specifiche dell'umano». Donati definisce la relazione sociale come la realtà immateriale (che sta nello spazio-tempo) dell'inter-umano, ossia ciò che sta fra i soggetti agenti e che – come tale – costituisce il loro orientarsi ad agire reciproco per distinzione da ciò che sta nei singoli attori individuali o collettivi, considerati come poli o termini della relazione. Interessante a questo proposito è il concetto di rete: gli individui esistono in un contesto di relazioni e inoltre c'è una relazione tra questi legami; ciò che accade tra due nodi della rete influenza le relazioni tra gli altri nodi (vicini e lontani). La rete quindi non è un insieme di individui in contatto tra loro, ma è l'insieme delle loro relazioni.

Torniamo alla sanità. Negli ultimi quaranta anni abbiamo potuto testimoniare una crescita progressiva della complessità negli ospedali, diventata ormai travolgente (continuiamo a usare il termine complessità ma in realtà è forse preferibile parlare di problemi). Le strutture organizzate come le aziende sanitarie hanno un fine preciso, il servizio reso all'ammalato (o in genere alla persona che a esse si rivolge). Per il raggiungimento di tale fine sono necessari meccanismi d'integrazione del sistema che lo controllino adeguatamente facendo sì che le operazioni svolte non ne perdano di vista il raggiungimento. Questi meccanismi d'integrazione ruotano tutti intorno a quella che possiamo chiamare la gerarchia, cioè coloro che nella scala gerarchica hanno la maggiore responsabilità (per esempio, in una unità operativa ospedaliera, l'obsoleto primario o il nuovo direttore con responsabilità di struttura complessa). Con grande schematismo, possiamo considerare tre tappe.

1. All'inizio, il sistema è semplice, ovvero vi sono pochi problemi. La gerarchia riesce a controllare globalmente tutto, realizzando anche, in modo quasi automatico, un efficace meccanismo d'integrazione: racchiude in sé tutta l'autorità sufficiente per assicurare l'armonia funzionale del sistema rispetto al fine.

2. Con la crescita della complessità (che in campo sanitario coincide con lo sviluppo esplosivo delle tecnologie che richiedono competenze sempre più specifiche), si attiva un processo centrifugo e la gerarchia deve cedere alcuni compiti; in questo senso è da intendere la procedura organizzativa che permette per esempio, in un reparto ospedaliero, la delega ai caporeparti di quella funzione tipica del primario che è la "visita"; in questo senso è da intendere lo sviluppo settoriale di competenze specifiche che necessitano d'una sufficiente autonomia organizzativa (per esempio l'emodinamica in Cardiologia). Parallelamente si dilatano in modo


 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 38 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

fisiologico gli spazi dei meccanismi d'integrazione. La gerarchia in questa fase non domina più il tutto ma svolge un necessario ruolo di controllo e di coordinamento dei mandati organizzativi che ha delegato. Questo compito non è più automatico: deve essere adeguatamente progettato, sperimentato e periodicamente valutato.

3. L'evoluzione ulteriore della complessità che stiamo vivendo oggi, con crisi di governabilità e disfunzioni secondarie che appesantiscono tutti i livelli, richiede un cambiamento energetico di rotta, pena la sclerosi, la paralisi e l'implosione del sistema. La logora direzione per compiti (in gran parte responsabile dei nuovi problemi: i mandati organizzativi sono diventati strutture che funzionano come compartimenti stagni) deve necessariamente trasformarsi in una direzione nuova che cerchi, più del conseguimento dei risultati intesi come efficienza operativa, l'approfondimento culturale del significato stesso della complessità per poterla adeguatamente fronteggiare. Ciò non può avvenire senza la necessaria educazione che riequilibri armonicamente gli squilibri dell'intelligenza. Il sistema deve passare da un'organizzazione piramidale a una "reticolare" snella, che preveda una pluralità di nodi che interagiscono attraverso una varietà di relazioni dinamiche. I vecchi meccanismi d'integrazione dovrebbero essere sostituiti attivando un processo centripeto che abbia al centro non più la gerarchia intesa in senso statico (che va smantellata) ma una cultura più matura del lavoro, con la capacità degli attori responsabili di operare in équipe per il raggiungimento di precisi obiettivi. Coloro che hanno un ruolo gerarchico (per anzianità, prestigio, incarico di direzione di struttura eccetera) devono interpretarlo in chiave dinamica: devono riuscire ad ampliare le prospettive, a guardare "oltre", dove gli altri ancora non riescono a vedere, e a spingervi il sistema.

Il sociologo suggerirebbe l'abbandono del modello integrazionista per un modello comunicativo (oggi il più accreditato) o per un modello relazionale, alternativo a quello comunicativo e, secondo noi, preferibile.


Il modello integrazionista ha come obiettivo riuscire a garantire l'integrazione delle singole parti del sistema. Nel modello comunicativo, l'obiettivo è riuscire ad attivare un processo dove tutto sia negoziabile, col rischio del narcisismo come modalità diffusa di comportamento. Il modello relazionale si appoggia su un progetto basato sulla struttura relazionale dei valori; l'enfasi è posta sulla dimensione relazionale della libertà del soggetto. La situazione è letta non come conformità più o meno acritica e nemmeno come negoziazione (che spesso diventa soltanto ricerca del compromesso), ma attraverso la categoria del rischio; si tenterà, cercando la soluzione di volta in volta più adeguata, di trovare un equilibrio eticamente corretto tra risorse disponibili e sfide (che è qualcosa di più articolato della valutazione costi/benefici). Il contesto del modello integrazionista coincide con la cultura dominante; il modello comunicativo è aperto a ogni forma di cultura, permettendo "migrazioni flessibili" dall'una all'altra; la prospettiva relazionale individua le due dimensioni della relazione sociale: quella orizzontale ("religo"), fatta d'interazioni, legami strutturali e funzionali e quella verticale ("refero") dove acquistano significato le distinzioni tra umano e non umano, tra etico e non etico, tra naturale e non naturale, tra ciò che è famiglia e ciò che non lo è, eccetera. La partecipazione al sistema nel modello integrazionista si configura come processo di trasmissione di valori e di norme; nel modello comunicativo come incessante mediazione tra prospettive differenti; nel modello relazionale

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 39 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

come guida relazionale: chi ha responsabilità direttive deve mirare a far sviluppare nell'altro le competenze specifiche necessarie ma anche quelle doti affettive e morali, che portino a considerare il proprio interesse come un bene comune e relazionale a cui si arriva lavorando insieme ("io voglio stare bene, ma voglio che stiano bene anche gli altri").

Ci troviamo impreparati a gestire la sfida di quest'ultimo passaggio, per carenza di cultura adeguata. La complessità (o la concatenazione di problemi che dir si voglia) è cresciuta inesorabilmente ma la gerarchia, attorno alla quale ruotano i meccanismi d'integrazione, non è ancora riuscita a creare una più matura cultura del lavoro, per fronteggiarla. In altri termini persistono cronicamente e si automantengono, causando gravi disfunzioni, una serie di problemi non risolti e non controllati dagli uomini che li hanno prodotti. I responsabili dei mandati organizzativi, mancando (o essendosi smarriti) una chiara formulazione della finalità organizzativa, hanno fatto del loro stesso mandato la finalità ultima. Per fare un esempio concreto, qual è il fine d'un laboratorio di diagnostica strumentale? L'interesse dell'ammalato (inserire l'esame in un processo diagnostico e terapeutico metodologicamente corretto che abbia al centro la persona sofferente) o il laboratorio stesso (eseguire molti esami con una bassa incidenza di complicanze)? Il sistema in tal modo si frantuma (immagine della frantumazione della persona) funzionando secondo la logica dei "compartimenti stagni", spesso con grande litigiosità degli attori. Il principio sorpassato della divisione e differenziazione dei mandati, valido per un livello più basso di complessità, se impropriamente mantenuto nella situazione attuale soffoca lo sviluppo della nuova cultura del lavoro. Tutto ciò è all'origine d'un ennesimo paradosso: la crisi di governabilità della complessità attuale non deriva da un difetto d'ordine ma, al contrario, da un eccesso d'ordine, che essendo però obsoleto finisce col generare ulteriore disordine.



 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 40 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## B. IL FUNZIONIGRAMMA NELLA TEORIA

Riportiamo in pratica quanto scritto nella precedente versione del Manuale ove le 3 ex UOC di Cardiologia hanno descritto quasi con gli stessi termini le funzioni effettivamente espletate da ciascuna posizione funzionale.

### Responsabile Unità Operativa

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Direttore Generale Direttore Sanitario Direttore Amministrativo Direttore Sanitario di presidio Direttore del Dipartimento	Dirigenti medici dell'UO Personale del comparto	Altri responsabili UO Uffici di staff

### Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

### Finalità del Ruolo

Se si accetta la classica impostazione di Anthony<sup>15</sup> che distingue, nel controllo di gestione, la *pianificazione strategica*, il *controllo direzionale* e il *controllo operativo*, al responsabile dell'Unità Operativa spetta il ruolo del controllo direzionale.


La direzione generale ha già messo in opera la sua pianificazione strategica, ovvero il processo di decisione sugli obiettivi dell'AO, sulla pianificazione per il loro raggiungimento (valutando aree di attività e persone coinvolte), sulle risorse da assegnare e sulle politiche che debbono informare l'acquisizione, l'uso e l'assegnazione di tali risorse.

Al responsabile dell'UO compete il controllo direzionale, il processo cioè mediante il quale il responsabile si assicura che le risorse siano ottenute e usate efficacemente ed efficientemente per il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda. E' un processo quindi che si pone all'interno di una cornice di strategie e di politiche già definite. Consiste in un'attività di monitoraggio dello stato di salute dell'UO e in precisi interventi per assicurarsi che la gestione avvenga secondo le indicazioni dei piani strategici.

E' un processo che avviene *preventivamente* (per esempio con l'assegnazione degli obiettivi ai responsabili, prima ancora che comincino i meccanismi produttivi e la stesura del

<sup>15</sup> RR Anthony, *Sistemi di pianificazione e controllo. Schema di analisi*, ETAS Libri, Milano, 1987.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 41 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE


*budget*), *concomitantemente* (per esempio nel confronto periodico tra *budget* concertato e risultati effettivi) e *consuntivamente* (per esempio nel controllo finale, quando non c'è più possibilità di influenzare i risultati).

Abbiano già fatto rilevare le problematiche sugli obiettivi e la differenza tra parole e fatti.


## Competenze

1. Gestire in modo responsabile e sostenibile l'UO, coordinando il lavoro, delegando responsabilità e stimolando il coinvolgimento del personale per il raggiungimento degli obiettivi.
2. Motivare il personale dell'Unità Operativa e stimolare il processo di collegialità (nelle decisioni, nelle relazioni tra i medici, nelle relazioni tra personale sanitario medico e non medico ecc.).
3. Assicurarsi che il paziente sia accolto e trattato come una persona. E' il momento più importante del lavoro clinico, che merita ulteriori dettagli. Quando il medico e il paziente entrano nella stanza in cui avverrà la visita (*examining room* degli autori anglosassoni) e viene chiusa la porta inizia il momento più importante del lavoro clinico. In quel piccolo spazio due persone si guardano negli occhi e si stabilisce un rapporto che coinvolge e modifica entrambi i partecipanti. La persona è misteriosa, per iniziare a conoscerla bisogna arrivarci; si trova al di là delle sue manifestazioni, in una profondità intima, enigmatica e occulta dove non è facile arrivare; è sempre più in là di ciò che pensa, che dice e che fa; nella relazione tra il medico e il paziente può emergere sino ad avvicinarsi molto alla superficie. La persona coesiste, sta-con: io medico sto con una persona sofferente, ascoltando la sua richiesta d'aiuto; io paziente soffro, ho paura, sto con una persona sperando che possa capirmi; per questo mi avvicino. E' un gioco delicato e difficile di parole dette e non dette, di sfumature, di linguaggi non verbali. E' un vortice di paura, di speranza, d'ansia, di sfiducia che può arrivare al pianto, d'atti di coraggio spesso eroici, di desiderio di comprensione, d'aiuto richiesto esplicitamente o implicitamente. Ho paura. Come posso comunicargli questa notizia? Dovrò soffrire? Mi capirà? Dovrò morire? Perché non riesco a conquistare la sua fiducia? Il momento della malattia e l'eventuale prospettiva della morte costituiscono un'occasione unica per affrontare quello che probabilmente è il nodo più difficile che ogni uomo deve sciogliere. Il medico deve comprendere e in qualche modo condividere il carico della persona che si rivolge a lui. Per fare questo deve comprometterci, donare all'altro qualcosa della propria vita. Scrive Adorno: «Ogni rapporto non deformato [...] è un dono. Colui in cui la logica della coerenza paralizza questa facoltà, si trasforma in cosa e congela»<sup>16</sup>.
4. Coordinare il processo di *budget* e negoziarlo con la Direzione Aziendale.

<sup>16</sup> T Adorno, *Minima moralia*, Einaudi, Torino, 1957, 34.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 42 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

5. Eseguire i necessari controlli per le eventuali correzioni in funzione degli obiettivi programmati in sede di *budget*, attuando una periodica rilevazione delle attività svolte e cercando di ottimizzare i livelli di utilizzo e produttività delle strutture.
6. Controllare il consumo dei fattori produttivi con particolare attenzione ai farmaci e al materiale specialistico ad alto costo.
7. Orientare l'attività di formazione rivolte agli operatori sanitari. Si fa rilevare a proposito come dal settembre 2009 non sia più possibile l'accesso in rete (prima possibile) al data base dell'Università di Pittsburgh, socio insieme al Cervello e al Civico dell'ISMETT.
8. Garantire l'aggiornamento e la diffusione delle opportune linee guida; approvare e revisionare periodicamente le procedure eseguite nell'UO.
9. Analizzare periodicamente l'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici, garantendo la corretta metodologia e la corretta esecuzione tecnica delle procedure d'intervento secondo la metodologia dell'*evidence based medicine*.
10. Offrire la massima disponibilità per i colloqui richiesti dagli stessi malati o dai loro familiari.
11. Mantenere rapporti di lavoro con altri Centri indispensabili per il funzionamento della Cardiologia (per esempio i responsabili delle Cardiochirurgie cittadine).
12. Stimolare l'attività di ricerca e di aggiornamento del personale.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 43 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

**I dirigenti medici dell'UO Cardiologia sono divisi in 4 gruppi:**

1. dirigenti che lavorano prevalentemente nella zona degenza (ulteriormente suddivisibile in UTIC e corsia, dove lavorano due gruppi diversi)
2. dirigenti che lavorano prevalentemente in Emodinamica,
3. dirigenti che lavorano prevalentemente in Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione,
4. dirigenti che lavorano prevalentemente in laboratorio (Ecocardiografia, Ergometria, ECG dinamico).

Il termine "prevalentemente" significa: 1. che nell'UO sono previste rotazioni periodiche (per esempio medici di Ecocardiografia che passano temporaneamente in corsia e viceversa, ecc.) e 2. che tutti i medici partecipano a un'attività clinica comune, cioè ambulatori, consulenze, turni di guardia e turni di reperibilità.

### 1. Dirigente medico con lavoro prevalentemente di degenza (UTIC e corsia)

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Direttore UO	Personale del comparto	Altri Dirigenti Medici

### Ruolo Professionale


Dirigenza medica

### Finalità del Ruolo


E' il diretto responsabile del paziente a lui affidato, al quale deve assicurare la miglior assistenza possibile, agendo in sintonia con gli altri collaboratori (medici e non medici). Deve riempire una cartella clinica *problem-oriented*, motivando le sue scelte; di questa cartella è direttamente responsabile. Deve discutere collegialmente i casi clinici nei *briefing* programmati.

### Competenze

- 1) Raccolta anamnesi.
- 2) Visita medica. (all'ingresso e quotidiana).
- 3) Compilazione della cartella clinica *problem-oriented* e partecipazione alla compilazione della parte di competenza della STU.
- 4) Prescrizione iter diagnostico e terapeutico.
- 5) Procedure per acquisire il consenso informato, nei casi nei quali è richiesto.
- 6) Elaborazione, consegna e illustrazione della relazione scritta alla dimissione.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 44 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

- 7) Aggiornamento continuo, con conoscenza dell'accesso via Internet a Medline ecc.
- 8) Conoscenza delle linee guida e delle procedure adottate dall'UO.
- 9) Partecipazione a tutte le attività di reparto (ambulatorio, consulenze, guardie, reperibilità ecc.)

 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 45 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## 2. Dirigente medico con lavoro prevalentemente di Emodinamica

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Direttore UO	Personale del comparto	Altri Dirigenti Medici

### Ruolo Professionale

Dirigenza medica


### Finalità del Ruolo

E' il diretto responsabile del paziente a lui affidato, al quale deve assicurare la miglior assistenza possibile, agendo in sintonia con gli altri collaboratori (medici e non medici). Deve riempire una cartella clinica *problem-oriented*, motivando le sue scelte; di questa cartella è direttamente responsabile. Deve discutere collegialmente i casi clinici nei *briefing* programmati.

Deve assicurare inoltre, come medico del laboratorio di Emodinamica, la miglior assistenza possibile e l'appropriatezza (teorica e tecnica) ai ricoverati e ai pazienti che accedono al laboratorio per le procedure diagnostiche e interventistiche in elezione e in urgenza.

### Competenze

1. Raccolta anamnesi.
2. Visita medica. (all'ingresso e quotidiana).
3. Compilazione della cartella clinica *problem-oriented* e partecipazione alla compilazione della parte di competenza della STU.
4. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico.
5. Procedure per acquisire il consenso informato, nei casi nei quali è richiesto.
6. Elaborazione, consegna e illustrazione della relazione scritta alla dimissione.
7. Aggiornamento continuo, con conoscenza dell'accesso via Internet a Medline ecc.
8. Conoscenza delle linee guida e delle procedure adottate dall'UO.
9. Partecipazione, quando richiesta, a tutte le attività di reparto (ambulatorio, consulenze, guardie, reperibilità ecc.)
10. Esecuzione degli esami diagnostici emodinamico-contrastografici
11. Esecuzione dei necessari interventi per cutanei in elezione e in urgenza.
12. Compilazione dei referti degli esami diagnostici.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 46 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## 2. Dirigente medico con lavoro prevalentemente di Laboratorio

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Direttore UO	Personale del comparto	Altri Dirigenti Medici

### Ruolo Professionale


Dirigenza medica

### Finalità del Ruolo

E' l'immediato responsabile delle tecnologie a lui affidate (manutenzione delle apparecchiature, esecuzione dell'esame, referto). Partecipa con i dati ottenuti alla gestione collegiale del malato.

### Competenze

- 1) Conoscenza approfondita della tecnologia che gestisce.
- 2) Raccolta del consenso informato per i peculiari esami eseguiti (per esempio test ergometrico, eco transesofageo ecc.).
- 3) Esecuzione dell'esame (spiegando al paziente ogni tappa) e sua refertazione.
- 4) Valutazione dell'esame nel contesto clinico.
- 5) Aggiornamento continuo, con conoscenza dell'accesso via Internet a Medline ecc.
- 6) Partecipazione ad altre attività di reparto: ambulatorio, consulenze, turni di guardia, turni di reperibilità.
- 7) Disponibilità alla rotazione passando nella zona degenze.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 47 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

### 3. Dirigente medico con lavoro prevalentemente di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Direttore UO	Personale del comparto	Altri Dirigenti Medici

#### Ruolo Professionale


Dirigenza medica

#### Finalità del Ruolo

E' il diretto responsabile della valutazione (diagnosi, studio e follow-up) del paziente con aritmie. Svolge anche un lavoro chirurgico: 1. impianto dei vari tipi di *pace-maker* (AAI, VVI, DDD ecc.); 2. impianto dei defibrillatori automatici (*device* antitachicardia); 3. impianto dei sistemi di resincronizzazione ventricolare (cosiddetti stimolatori biventricolari).

#### Competenze

- 1) Abilità chirurgica (manualità, conoscenza delle tecniche standard di chirurgia, conoscenza dei ferri, delle tecniche di sterilizzazione ecc.) per le procedure di impianto dei vari *device*.
- 2) Responsabilità della sala operatoria ove avvengono gli impianti e delle tecnologie che contiene (intensificatore di brillanza, programmatori di *pace-maker* ecc).
- 3) Coordinamento delle varie professionalità per i vari impianti.
- 4) Procedure per acquisire il consenso informato nel settore specifico.
- 5) Organizzazione e conduzione dell'ambulatorio per il follow-up di questi pazienti.
- 6) Consulenza per il pronto soccorso o per le altre UO nel caso di pazienti con aritmie, organizzando i percorsi e le terapie necessarie per quel paziente (ivi comprese le procedure specifiche di elettrofisiologia come la cardioversione elettrica).
- 7) Aggiornamento continuo, con conoscenza dell'accesso via Internet a Medline ecc.
- 8) Partecipazione ad altre attività di reparto: riunioni periodiche, consulenze, turni di guardia, turni di reperibilità.

 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 48 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

### Caposala

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
---------------------	---------------------	---------------------

Responsabile UO Dirigenti medici Resp. Serv. Inferm.	Infermieri OSS Ausiliari	Altri caposala
--	--------------------------------	----------------

### Ruolo Professionale

Operatore Comparto. Infermiere professionale con funzioni di coordinamento.

### Finalità del Ruolo

Continuando a seguire la impostazione di Anthony, alla quale abbiamo già accennato, al capo sala spetta il controllo operativo, il processo cioè che assicura che i compiti specifici siano portati a termine in maniera efficace ed efficiente. Ci si riferisce ai *compiti* (mentre il controllo direzionale si riferisce principalmente alle persone, e in particolare ai dirigenti). Questi compiti devono essere ben specificati e ben programmati, non è richiesto quindi un giudizio su ciò che deve essere fatto.


La pianificazione strategica per esempio stabilisce un programma di controllo della spesa; il controllo direzionale orienta questo programma al controllo della spesa farmaceutica, studiando le modalità operative e affidandone l'esecuzione al caposala. Il controllo operativo di quest'ultimo si farà carico giorno per giorno, per esempio, del compito di confrontare i medicinali previsti con la scorta, di controllare giorno per giorno la effettiva durata della terapia indicata su una apposita scheda dai dirigenti medici (in tal modo è possibile ridurre l'uso inappropriatamente prolungato di antibiotici e altri farmaci) ecc.

Come non esistono confini precisi tra pianificazione strategica e controllo direzionale così non esistono confini precisi tra controllo direzionale e controllo operativo. Si può affermare che il controllo direzionale si muove entro uno schema di politiche e di strategie che nascono dalla pianificazione e che il controllo operativo si svolge entro uno schema di procedure e di regole che provengono sia dalla pianificazione strategica sia dal controllo direzionale.

### Competenze

- 1) Responsabile della organizzazione, coordinamento e supervisione sotto il profilo infermieristico e tecnico per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, secondo le indicazioni del responsabile dell'UO, col quale i rapporti devono essere quotidiani.
- 2) Controllo dell'attuazione delle procedure sotto il profilo infermieristico e tecnico e della compilazione della scheda infermieristica, da parte dei turnisti.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 49 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

- 3) Rapporto con la Farmacia, pianificando (insieme col direttore dell'UO) i fabbisogni e l'approvvigionamento di farmaci o di altro materiale necessario.
- 4) Controllo della parte "alberghiera" delle attività di reparto (vitto – qualità e tempi di somministrazione -; pulizie ecc.).
- 5) Responsabile del piano di formazione del personale sanitario non medico.
- 6) Accoglie (indirettamente o direttamente) le richieste o le lamentele dei pazienti, riportandole al responsabile dell'UO col quale elabora la risposta.
- 7) Responsabile della verifica e del controllo delle tecnologie mediche (monitor, defibrillatori, pompe ecc.).
- 8) Responsabile della gestione del carrello per le emergenze.

### **Competenze secondo il recente mansionario distribuito a cura dell'Ufficio Infermieristico:**

#### **ACCOGLIENZA:**

- assegnazione posti letto
- informazione al paziente sull'organizzazione dell'UO e sui servizi a disposizione

#### **ALIMENTAZIONE:**


- controllo e verifica delle diete
- compilazione moduli di richiesta delle diete e trasmissione alla ditta fornitrice

#### **SUPPORTO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO:**

- valutazione dello stato fisico, delle capacità e delle funzionalità dell'assistito e scelta dell'intervento assistenziale
- richiesta di presidio antidecubito
- posizionamento di materasso antidecubito

#### **RELAZIONI-COMUNICAZIONI DI AIUTO CON L'UTENTE E LA FAMIGLIA ED EQUIPE ASSISTENZIALE**

- risposta alle chiamate dei pazienti effettuate tramite il sistema sonoro
- passaggio delle consegne-rapporto di carattere assistenziale, tecnico ed organizzativo
- partecipazione al passaggio delle consegne-rapporto di carattere assistenziale, tecnico ed organizzativo
- pianificazione delle dimissioni
- consegna della documentazione di dimissione
- educazione del paziente e familiari su: modalità di raccolta campioni, esecuzione di stick glicemico, gestione della terapia a domicilio
- partecipazione a riunioni di reparto
- prenotazioni esami diagnostici per telefono

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 50 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

### Infermieri professionali

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Caposala Responsabile UO Dirigenti medici	Ausiliari	Altri infermieri

### Ruolo Professionale

Operatore Comparto


### Finalità del Ruolo

L'assistenza infermieristica è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono, nella nostra UO, l'assistenza dei malati, in particolare considerando la specificità della Cardiologia quelli in condizioni di emergenza/urgenza, e dei pazienti fragili (che diventano sempre più frequenti soprattutto in corsia) e l'educazione sanitaria.

L'infermiere in emodinamica ha inoltre compiti aggiuntivi, legati alla sua peculiare attività.

### Competenze

- 1) Partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona.
- 2) Identifica i bisogni di assistenza infermieristica e formula i relativi obiettivi (sotto la coordinazione del caposala).
- 3) Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico. E' responsabile quindi dell'assistenza generale infermieristica, non necessariamente dei singoli atti di assistenza diretta e indiretta ma del risultato complessivo (che è evidentemente omogeneo con gli obiettivi dell'UO).
- 4) Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, programmate dai dirigenti medici, partecipando alla compilazione della STU.
- 5) Agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori.
- 6) Per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.
- 7) Svolge la sua attività professionale nell'UO Cardiologia del PO "V. Cervello" nei seguenti modi:
  - accettazione del paziente
  - assegnazione del posto letto
  - raccolta dati anagrafici

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 51 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

- partecipazione, insieme ai dirigenti medici, al lavoro di corsia, accompagnandoli nella visita
- rilevazione parametri (che vengono trascritti nella cartella infermieristica)
- esecuzione terapie prescritte (trascritta nella cartella infermieristica) ed ECG
- prelievi programmati dai dirigenti medici (trascritti nella apposita cartella infermieristica)
- esecuzione delle consegne (con trascrizione in un apposito registro)
- trasmissione delle consegne da un turno all'altro per ogni singolo ricoverato;
- controllo, a ogni inizio del turno di servizio, di tutte le apparecchiature di emergenza;
- controllo del numero e del funzionamento delle apparecchiature prese in consegna a inizio di turno;
- consegna della "carta dei servizi" e "carta di accoglienza"
- raccoglie le richieste o le lamentele dei pazienti, trasmettendole al caposala e al responsabile dell'UO
- partecipa attivamente ai programmi di aggiornamento organizzati dall'UO.

L'infermiere di emodinamica inoltre:

- assiste il paziente nella sala del laboratorio;
- gestisce il materiale specialistico;
- esegue la compressione manuale dell'arteria femorale dopo la procedura invasiva.

### **Competenze secondo il recente mansionario distribuito a cura dell'Ufficio Infermieristico:**

#### **ACCOGLIENZA:**

- assegnazione posti letto
- accertamento infermieristico e compilazione della documentazione infermieristica
- informazione al paziente sull'organizzazione dell'UO e sui servizi a disposizione

#### **FUNZIONI ESCRETORIE:**


- controllo della diuresi 24/h
- esecuzione di clistere evacuativo
- posizionamento di sonda rettale

#### **ALIMENTAZIONE:**

- controllo e verifica delle diete
- compilazione moduli di richiesta delle diete e trasmissione alla ditta fornitrice

#### **SUPPORTO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO:**


- rilevazione pressione arteriosa e frequenza cardiaca e frequenza respiratoria

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 52 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

- compilazione di schede infermieristiche (Braden VAS)
- preparazione provette campioni di sangue
- prelievo di sangue
- corretta applicazione delle prestazioni diagnostico terapeutiche
- somministrazione di farmaci e.v., im, os, s.c., per aerosol e O2 terapia
- gestione pompe di infusione
- posizionamento di ago cannula
- rifornimento carrello farmaci
- valutazione dello stato fisico, delle capacità e delle funzionalità dell'assistito e scelta dell'intervento assistenziale
- esecuzione di ECG
- effettuazione di medicazioni complesse
- richiesta di presidio antidecubito
- posizionamento di materasso antidecubito
- valutazione del corretto funzionamento del materasso
- posizionamento del catetere vescicole
- esecuzione di stick glicemico
- assistenza e supervisione all'emotrasfusione
- aspirazione endotracheale

#### RELAZIONI-COMUNICAZIONI DI AIUTO CON L'UTENTE E LA FAMIGLIA ED EQUIPE ASSISTENZIALE

- risposta alle chiamate dei pazienti effettuate tramite il sistema sonoro
- passaggio delle consegne-rapporto di carattere assistenziale, tecnico ed organizzativo
- partecipazione al passaggio delle consegne-rapporto di carattere assistenziale, tecnico ed organizzativo
- pianificazione delle dimissioni
- consegna della documentazione di dimissione
- educazione del paziente e familiari su: modalità di raccolta campioni, esecuzione di stick glicemico, gestione della terapia a domicilio
- partecipazione a riunioni di reparto
- prenotazioni esami diagnostici per telefono
- aggiornamento della cartella infermieristica
- comunicazione al medico di dati riguardanti il monitoraggio dei parametri clinici

 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 53 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

### Operatori socio-sanitari (OSS)

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Caposala Responsabile UO Dirigenti medici	Ausiliari	Altri OSS Infermieri

#### Ruolo Professionale

Operatore Comparto

#### Finalità del Ruolo

Svolge le attività alberghiere relative alla degenza, comprese l'assistenza ai degenti per la loro igiene personale, il trasporto del materiale, la pulizia e la manutenzione di utensili e apparecchiature.


#### Competenze

- 1) Assistenza "alberghiera" al paziente ricoverato (aiuto per l'igiene personale, distribuzione dei pasti, aiuto agli infermieri per il cambio della biancheria, aiuto alla deambulazione, risposte a richieste dei pazienti – chiamare un parente ecc. – ecc.).
- 2) Trasporto dei pazienti nei vari laboratori (spesso distanti).
- 3) Trasporto di materiale (compreso il materiale biologico dei prelievi).
- 4) Recupero dei referti (dai vari laboratori).
- 5) Pulizia e manutenzione di utensili e apparecchiature.
- 6) Fornisce un aiuto globale nella gestione del reparto in caso di emergenza (carenza di personale ecc.) su richiesta del caposala che coordina l'intervento col responsabile dell'UO.

**Competenze secondo il recente mansionario distribuito a cura dell'Ufficio Infermieristico (1. attività espletata dall'OSS in autonomia, 2. attività espletata in collaborazione con l'infermiere, 3. attività espletata su prescrizione dell'infermiere):**

#### ACCOGLIENZA:

- accompagnamento del paziente in ricovero ordinario al posto letto e sistemazione dei suoi effetti personali (1)

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 54 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

- informazione al paziente sull'organizzazione dell'UO e sui servizi a disposizione (1); la prima accoglienza è un'attività infermieristica; l'OSS fornirà informazioni solo se l'accoglienza del paziente è formalizzata da un protocollo

#### IGIENE DELLA PERSONA

- preparazione carrello cure igieniche (1)
- igiene completa del malato non autosufficiente (2/3)
- supporto al paziente che esegue autonomamente l'igiene a letto (1)
- cambio del pannolone ed esecuzione dell'igiene intima a letto (2/3)
- igiene del cavo orale (3)
- accompagnamento in bagno del malato deambulante con difficoltà (3)
- aiuto nel cambio della biancheria intima (3/1)
- pulizia e sanificazione dei presidi in dotazione del paziente (dentiera, protesi oculare ecc.) (1)
- rifacimento letto vuoto (1)
- rifacimento letto occupato (2/3)
- raccolta e allontanamento della biancheria sporca (1)

#### FUNZIONI ESCRETORIE:


- posizionamento di padelle e storte a letto (3/1)
- rimozione e svuotamento di padelle e storte (3/1)
- monitoraggio diuresi e cambio/svuotamento sacchetti urina (1)
- preparazione e lavaggio dei contenitori della diuresi (1)
- esecuzione di microclimi e somministrazione di supposte di glicerina (3)

#### ALIMENTAZIONE:

- intervista al paziente per il menù (1)
- sistemazione dei pazienti per i pasti (1)
- preparazione sala da pranzo (1)
- distribuzione dei pasti (1)
- aiuto nell'assunzione dei pasti e liquidi (1)
- verifica dell'assunzione del pasto (1) (da riferire all'infermiere)
- sistemazione del paziente dopo il pasto (1)
- ritiro dei vassoi e riordino delle stanze di degenza (1)
- somministrazione di liquidi per via orale (3)

#### MOBILIZZAZIONE

- cambio della postura: a letto, dal letto alla poltrona e viceversa (3)
- trasporto degli utenti allettati e non, in barella e in carrozzina, presso i servizi diagnostici e riabilitativi (su prescrizione dell'infermiere o del capo sala)

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 55 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

- aiuto alla deambulazione (1)
- mobilizzazione passiva attraverso l'utilizzo di strumenti per la mobilizzazione (girelli, barelle, carrozzine, triangoli) (3)
- mantenimento delle posture terapeutiche (3)
- mobilizzazione del paziente con sollevatore meccanico (3)

#### SICUREZZA

- mantenimento del microclima (aerazione, ventilazione e illuminazione dell'ambiente) (1)
- pulizia e disinfezione dell'unità del paziente durante la degenza (1)
- pulizia, riordino, disinfezione e rifornimento del carrello di terapia, dei carrelli utilizzati per indagini diagnostiche, medicazioni, armadi farmaci e presidi sanitari (1)
- posizionamento delle sbarre di contenzione (3)
- controllo della scadenza dei farmaci (3)

#### SUPPORTO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO:


- rilevazione della temperatura corporea (3)
- rilevazione dell'indicatore di funzionalità intestinale (3)
- rilevazione di peso corporeo (3)
- applicazione di impacchi freddi e caldi (3)
- esecuzione della tricotomia (3)
- prelievo di campioni di urine per esame semplice (3)
- prelievo di campione di urine per urinocoltura (3)
- raccolta campione di feci (3)
- trasporto di materiale biologico (1)
- invio richieste esami prescritti e ritiro referti (1)
- riferire all'infermiere i più comuni segni di allarme (pallore, sudorazione, cianosi, perdita di sangue, alterazioni del respiro e del sensorio, brividi, vomito, agitazione psico-motoria, sonnolenza, torpore) (1)
- effettuazione di piccole medicazioni (3)
- posizionamento di materasso antidecubito
- esecuzione di stick glicemico (3)

#### IGIENE AMBIENTALE

- igiene degli apparecchi e strumenti biomedicali (1)
- trasporto e ritiro del materiale presso il servizio di sterilizzazione (1)
- lavaggio e confezionamento dei presidi da mandare alla sterilizzazione (1)

#### RELAZIONI-COMUNICAZIONI DI AIUTO CON L'UTENTE E LA FAMIGLIA ED EQUIPE ASSISTENZIALE

- risposta alle chiamate dei pazienti effettuate tramite il sistema sonoro

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 56 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE


- partecipazione al passaggio delle consegne-rapporto di carattere assistenziale, tecnico ed organizzativo
- partecipazione a riunioni di reparto
- aggiornamento della grafica (3)

A questo punto è opportuna una considerazione che ci aiuti a capire di che cosa stiamo parlando.

La nostra UO ha 12 posti di Unità Coronarica, con pazienti in condizioni di urgenza/emergenza e non è insolito che vi siano 3-4 barelle (talora anche di più); la corsia ha 20 posti con malati sempre più frequentemente fragili e non autosufficienti.

Il lavoro di competenza dell'OSS nella nostra UO dovrebbe essere svolto (h24) dai 7 (sette) OSS che ci sono stati assegnati. A nostro avviso, colui che riuscisse a suddividere quel carico di lavoro sulle spalle di 7 persone meriterebbe indubbiamente almeno la candidatura al premio Nobel per l'Economia.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 57 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

### Personale Tecnico di Radiologia Medica (TSRM)

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Direttore U.O. Direttore U.O. Diagnostica per immagini		altri TSRM

### Ruolo Professionale:


TSRM

### Finalità del Ruolo:

Gestione dell'apparecchio radiogeno e delle immagini e del sistema digitale.

### Competenze:

- 1) collabora direttamente con l'operatore emodinamista nell'esecuzione delle procedure nell'assunzione delle immagini
- 2) gestisce il sistema digitale per il post-processing
- 3) elabora i dati della QCA
- 4) gestisce l'archivio dei CD
- 5) gestisce il mezzo di contrasto

 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 58 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

### Personale ausiliario

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
---------------------	---------------------	---------------------

Caposala Infermieri Dirigenti medici Responsabile UO	Altro ausiliari
---	-----------------

### Ruolo Professionale

Operatore comparto

### Finalità del Ruolo

Cura le necessarie attività alberghiere, necessarie al funzionamento dell'UO con semplici attività di tipo manuale.

### Competenze


- 1) Svolge le attività semplici di tipo manuale che richiedono una normale capacità nella qualificazione professionale posseduta (per esempio accompagnare i pazienti nei vari servizi).
- 2) Cura la pulizia e il riordino degli ambienti interni ed esterni.
- 3) Cura il trasporto dei materiali (compreso il materiale biologico dei prelievi).
- 4) Cura tutte le operazioni elementari e di supporto richieste, necessarie al funzionamento dell'UO (distribuzione dei pasti, aiuto agli infermieri per alcune esigenze dei pazienti ecc.).
- 5) Fornisce un aiuto globale nella gestione del reparto in caso di emergenza (carenza di personale ecc.) su richiesta del caposala che coordina l'intervento col responsabile dell'UO.

### Competenze secondo il recente mansionario distribuito a cura dell'Ufficio Infermieristico:

#### MOBILIZZAZIONE

- trasporto degli utenti allettati e non, in barella e in carrozzina, presso i servizi diagnostici e riabilitativi (su prescrizione dell'infermiere o del capo sala)
- pulizia degli strumenti per trazione o mobilizzazione passiva (girelli, barelle, carrozzine, triangoli)

#### SICUREZZA

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 59 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

- pulizia e disinfezione dell'unità del paziente dopo la dimissione

#### SUPPORTO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO:


- trasporto di materiale biologico
- invio richieste esami prescritti e ritiro referti

#### IGIENE AMBIENTALE

- raccolta e stoccaggio dei rifiuti assimilabili agli urbani
- raccolta e stoccaggio dei rifiuti speciali
- trasporto e ritiro del materiale presso il servizio di sterilizzazione

#### RELAZIONI-COMUNICAZIONI DI AIUTO CON L'UTENTE E LA FAMIGLIA ED EQUIPE ASSISTENZIALE

- risposta alle chiamate dei pazienti effettuate tramite il sistema sonoro
- partecipazione a riunioni di reparto

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 60 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## C. IL FUNZIONIGRAMMA NELLA REALTA'

Nella realtà, oggi la mansione più importante espletata nella nostra UO è un appello, ove possiamo identificare chi parla e chi ascolta.

L'appello è dei responsabili dell'UO di Cardiologia del PO "V. Cervello" ed è rivolto alle singole coscienze degli operatori per la sopravvivenza dell'UO stessa che richiede un innegabile grande sacrificio **"nonostante tutto"**.

Chi ascolta è proprio la coscienza dei singoli operatori dell'UO che permetta loro di raccogliere questo appello e rispondere col necessario duro lavoro **"nonostante tutto"**, fondamentale per i pazienti che si rivolgono al nostro reparto.

Per essere più chiari, se ce ne fosse bisogno, ricordiamo quattro fatti (se ne potrebbero citare molti di più).

### 1.

Nonostante alcune evidenze epidemiologiche e di buon senso, i cardiologi (di tutta l'azienda) sono considerati in esubero in base a standard che rispondono a criteri esclusivamente economicistici.


Il Direttore Sanitario, in data 26 ottobre 2010 (prot. 6001), non ha avuto alcuna perplessità a trasferire "temporaneamente" il dottor Giuseppe Reina dalla Cardiologia del Cervello a quella di Villa Sofia, mettendo in grave difficoltà la nostra UO (come fatto rilevare nella nota del 2.3.2011 prot. 159/Card). Questa disposizione è stata revocata soltanto l'1 febbraio 2012.

La motivazione è stata una "significativa carenza di personale medico" nella Cardiologia di Villa Sofia "tale da poter incidere sul funzionamento del reparto e sulla continuità assistenziale".

Eppure la Cardiologia di Villa Sofia ha meno posti letto della Cardiologia del Cervello ed ha (e aveva) molti più medici.

Il Direttore Sanitario non ha dato alcuna risposta quando gli abbiamo fatto rilevare per iscritto che con questo trasferimento il problema di "una significativa carenza di personale medico tale da poter incidere sul funzionamento del reparto e sulla continuità assistenziale" veniva ribaltato sulla Cardiologia del Cervello.

*"Con la presente nota 1. chiedo informazioni, se possibile, sulla durata di questa "assegnazione temporanea" e 2. faccio presente che, considerando anche il contemporaneo pensionamento del dottor Gianfranco Di Stefano e dovendo programmare le ferie del personale sanitario medico, l'assenza del dottor Reina determina anche nella Cardiologia del PO Cervello "una significativa carenza di personale medico tale da poter incidere sul funzionamento del reparto e sulla continuità assistenziale" (2.3.2011, prot.159/11/Card).*

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 61 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## 2.

Nonostante il grande spirito di sacrificio dimostrato dal personale del laboratorio di Elettrofisiologia, il Responsabile del Servizio di Assistenza Infermieristica ha creato artificiosamente un problema concernente i turni di disponibilità dei nostri 2 infermieri esperti in Elettrofisiologia. Ci fa fatto rilevare (il 15/5/2012, prot. 1987/SI) “che i dipendenti cui all’oggetto effettuano mensilmente turni di pronta disponibilità in numero eccessivo rispetto a quanto contemplato dalla normativa contrattuale” e ci si chiede “di esperire altre soluzioni all’interno dell’UOC da Ella diretta al fine di riequilibrare il numero di tali turni”.

Abbiamo risposto (17/5/2012, prot. 506/12/Card) in tal modo.

Si fa rilevare preliminarmente come il contratto preveda una certa elasticità. Nella regolamentazione della pronta disponibilità dell’Azienda USL-Modena leggiamo:

“Di regola non potranno essere previste per ogni dipendente più di 6 pronte disponibilità al mese, con compensazione nell’arco dell’anno solare; particolari diverse esigenze organizzative in rapporto a particolari scelte individuali verranno considerate in sede periferica”.


E’ permessa quindi la possibilità di esigenze organizzative da considerare in periferia; a queste e al buon senso ci appelliamo.

Qualora si insista nel richiedermi “altre soluzioni”, se ne offrono ben 3, che però non dipendono da noi:

Prima soluzione - Qualcuno si prenda la responsabilità di autorizzare soltanto 12 reperibilità di Elettrofisiologia al mese, posto che gli infermieri competenti sono 2 e la lettura “restrittiva” del contratto afferma che “non potranno essere previste per ogni dipendente più di 6 pronte disponibilità al mese”.

Seconda soluzione - Da comunicazioni fornite dallo stesso Ufficio Infermieristico risulta che la pianta organica della nostra UO sia carente di 3 Unità (la suddivisione funzionale del lavoro è poi compito mio). Orbene il Responsabile del Servizio ci dia le altre tre unità che, dopo il necessario addestramento, possano coprire la reperibilità secondo i dettami della lettura “restrittiva”.

Terza soluzione - L’Ufficio Infermieristico si prenda la responsabilità di comunicare, a noi e alla Direzione Generale, quale servizio dobbiamo chiudere (ecocardiografia, ECG dinamico, ergometria, ambulatorio per consulenze, ambulatorio di elettrofisiologia, day-hospital e così via) per recuperare le 3 unità necessarie, che dopo l’addestramento possano essere inserite nei turni di reperibilità.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 62 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

### 3.

C'è stata recentemente una riqualificazione degli ausiliari in OSS. Ben 5/6 degli OSS presenti in Unità Coronarica sono stati trasferiti in altri reparti considerati "più carenti della Cardiologia" (?) e sono stati sostituiti da ausiliari nuovi (e con altre mansioni)

Abbiamo fatto rilevare, a tutti i livelli, il grossolano errore che veniva compiuto. Abbiamo ottenuto rassicurazioni verbali (a tutti i livelli) ma alla fine dei 6 OSS che erano presenti in Unità Coronarica (ove avevano cominciato a lavorare come ausiliari) ne è rimasto soltanto uno. Avevamo chiesto che questo personale, in quanto addestrato e motivato, restasse in UTIC, per la specificità dei problemi di un reparto di terapia intensiva; ognuno dei 6 OSS peraltro aveva manifestato il desiderio di rimanere. Sono lavoratori che, in condizioni di emergenza (cioè la regola in Unità Coronarica), danno sicurezza: sanno cioè come muoversi e che cosa fare. Orbene, 5 di questi 6 OSS sono stati spostati in altri reparti, aggiungendo quindi alla carenza di infermieri un ulteriore rischio di disfunzione (la mancanza cioè di personale addestrato all'emergenza).

### 4.

Il personale dell'UOC di Cardiologia del PO "V. Cervello" è costretto a lavorare in spazi molto ristretti e con notevoli problemi "logistici". Abbiamo fatto rilevare all'attuale Direzione il problema più rilevante:

Si porta a conoscenza delle SL un problema già da me più volte segnalato.

Il problema concerne alcuni percorsi non logici nell'attuale assetto strutturale-organizzativo della Cardiologia.

I piani dell'edificio A che ospita la Cardiologia sono costituiti da un corpo centrale e da due ali. Nel terzo piano di questo edificio la Cardiologia occupa il corpo centrale (UTIC) e un'ala (degenze). L'altra ala è stata occupata sino a ora dalla Chirurgia 1; attualmente è vuota.


Il laboratorio di emodinamica è al quinto piano e questa allocazione ormai è stabile, essendo legata alle tecnologie montate, alla schermatura anti-rx ecc.

Gli altri laboratori diagnostici della Cardiologia (ecocardiografia, ergometria ed elettrocardiografia dinamica) si trovano al sesto piano.

Come altre volte segnalato, questa disposizione appare poco logica, poco efficace e poco efficiente. Il personale infatti è costretto a organizzare un continuo via-vai di pazienti ricoverati dal terzo al sesto piano, andata e ritorno; questi pazienti devono anche essere accompagnati da un infermiere o da un ausiliario. E' palese lo spreco di tempo e di personale che deriva da questa peculiare disposizione geografica dei laboratori di Cardiologia.

Riteniamo possibile una soluzione. Il laboratorio di emodinamica è inamovibile. Gli altri laboratori (ecocardiografia, ergometria, elettrocardiografia dinamica), approfittando del fatto che i locali dell'ala una volta occupati dalla Chirurgia 1 sono attualmente vuoti, possono essere spostati dal sesto al terzo piano, affiancando l'UCIC e la zona degenze.

Nel mese di febbraio 2011 ci siamo illusi: la Direzione ci chiedeva di spostare i servizi cardiologici al terzo piano. Finalmente un segno di organizzazione razionale! Errore: la richiesta era motivata dalla necessità di dare gli spazi occupati dai nostri laboratori a un'altra UO.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 63 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Contestualmente il terzo piano avrebbe dovuto ospitare i servizi di cardiologia e la Cardiologia Pediatrica; in un secondo tempo ha ospitato gli ambulatori della Cardiologia Pediatrica e la Ortopedia pediatrica. Nessuno ha mai voluto ragionare seriamente sugli spazi necessari per noi; la Direzione non ha fatto altro che sollecitare il nostro trasferimento nonostante il fatto che i locali dove dovevamo trasferirci rimanessero sporchi e da riattare.

Il 7.3.2011 (prot. 178/11/Card) scrivevamo a tutto il personale della Cardiologia del PO "V. Cervello":

La Direzione ha programmato il trasferimento al terzo piano: 1. degli spazi attualmente occupati dalla Cardiologia nel sesto piano e 2. della Cardiologia pediatrica dalla Casa del Sole.


In tempi brevi è stato necessario trovare una soluzione concordata con chi ha espresso le esigenze della Cardiologia pediatrica, ragionevole e sostenibile da tutte le parti. Non è stato possibile organizzare una riunione generale.

Tutto il personale, medico e non-medico, che di fatto lavorerà in questi spazi, può conoscere questa soluzione analizzando la pianta allegata che riporta, in modo schematico, la riorganizzazione degli spazi del terzo piano. Gli spazi occupati al sesto piano restano sostanzialmente invariati, al terzo. L'Emodinamica resta al quinto piano.

Tutti i suggerimenti costruttivi, che arriveranno entro un tempo ragionevole, saranno ben accolti e adeguatamente vagliati. L'urgenza è legata alle scadenze indicate dalla Direzione: il trasferimento dovrà avvenire entro la fine di maggio del 2011.

Non è superfluo ricordare che alla fine i precedenti 375 mq occupati nel sesto piano dalla Cardiologia si sono ristretti a 115 mq circa nel terzo. Ogni giorno nella hall del terzo piano c'è un flusso costituito da pazienti esterni, pazienti ricoverati e parenti che si muovono da e verso la corsia di Cardiologia, l'Unità Coronarica, il day-hospital, i servizi di cardiologia (ecocardiografia, ergometria, elettrocardiografia dinamica), gli ambulatori di cardiologia (consulenze e controllo dei *device* impiantabili), gli ambulatori di Cardiologia pediatrica e l'Ortopedia pediatrica. E' allucinante pensare che il bambino ricoverato in Ortopedia pediatrica debba passare necessariamente per un corridoio che comprende gli spogliatoi degli infermieri, l'ambulatorio per le consulenze di Cardiologia, l'ambulatorio di elettrocardiografia dinamica e l'ambulatorio di ergometria.

Questi fatti illogici sono conosciuti o sono ignorati?  
Sono questi i presupposti della qualità?

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 64 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## Attività e Responsabilità

### ATTIVITA' DI RICOVERO

Le tipologie dei ricoveri effettuati dall'Unità Operativa Cardiologia sono:

- ricovero d'urgenza
- ricovero programmato
- ricovero in D.H. o D.S.

#### a.1 Ricovero d'urgenza

La quasi totalità dei ricoveri della Cardiologia non è programmata e proviene all'UTIC dal Pronto Soccorso (24 ore/24). Questa tipologia di ricovero viene assicurata 24 ore su 24, tutti i giorni, con servizio attivo di guardia e di pronta disponibilità notturna e festiva. E' inoltre disponibile sempre (h24, festivi compresi) un team di Emodinamica per le angioplastiche primarie nell'infarto miocardico acuto; questo pazienti, dopo la procedura interventistica, vengono ricoverati in UTIC.


Si tratta quindi di emergenze/urgenze del territorio. Altri ricoveri, per problemi cardiologici urgenti affrontabili soltanto in ambiente cardiologico, avvengono mediante trasferimento da altre Unità Operative dell'AO "V. Cervello" o da altri Ospedali, previo accordo telefonico col medico dell'UO e col medico del Pronto Soccorso (anche tramite centrale operativa del 118/Elisoccorso).

Riguarda soprattutto i seguenti quadri clinici:

- il dolore toracico acuto di origine cardiovascolare: sindromi coronariche acute, embolia polmonare, patologie aortiche;
- lo scompenso cardiaco acuto;
- le aritmie cardiache ipo- e iper-cinetiche minacciose e/o emodinamicamente instabili (con eventuale necessità di impianto di pace-maker temporaneo o permanente);
- altri quadri clinici non immediatamente decifrabili che potrebbero esprimere gravi patologie cardiovascolari con esordio subdolo.

In particolare, per la valutazione e il trattamento delle sindromi coronariche acute il Laboratorio di Emodinamica è disponibile 24 ore/24; vengono applicati i percorsi diagnostici e le terapie raccomandati dalle linee-guida internazionali; viene assicurata una stretta collaborazione con i Centri cittadini di Cardiochirurgia.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 65 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Nel paziente giovane con cardiopatia ischemica viene effettuata anche la ricerca di particolari fattori di rischio coronarico (studio genetico, valutazione del pattern coagulativo, studio immunologico, eventuale componente infettiva).

Ogni box dell'UTIC dispone di una poltrona utilizzabile da un familiare, al quale è consentita la presenza 24 ore/24 al fianco dell'ammalato.

Ai problemi dell'UTIC abbiamo recentemente (20.2.2012, prot. 183/12/Card) dedicato una nota inviata alla Direzione aziendale, avente per oggetto gli interventi necessari per razionalizzare i processi e ridurre il rischio clinico in UTIC.

## 1.

L'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) svolge un ruolo di primo piano e di frontiera nel trattamento delle emergenze/urgenze cardiovascolari (attuali o potenziali) provenienti dal territorio. Vengono ricoverati anche pazienti con altre patologie e coinvolgimento cardiaco "secondario" pur se grave (per esempio la sindrome coronarica acuta in corso di anemizzazione severa da svariate cause oppure il coinvolgimento pericardico in corso di emopatie ecc.). Nel corso degli anni, si è realizzato in tal modo un luogo di degenza "per intensità di cura" in cui convergono svariate patologie che hanno in comune il problema cardiologico.

Il ruolo strategico dell'UTIC e la necessità di dedicarvi tempo, ragionamenti e risorse (come ho tentato di fare in questa fase dell'incarico che mi è stato affidato, dopo l'accorpamento delle 3 Cardiologie del PO "V. Cervello") è dimostrato anche dai dati economico-finanziari (fonte: Sistema informativo e statistico dell'Azienda):


- nel 2010 l'UTIC del PO "V. Cervello" ha dimesso direttamente 529 pazienti (codice 50.1) con una valorizzazione del ricovero di €2.599.562,47;
- nel 2011 la stessa UTIC ha dimesso 630 pazienti (+ 19%) con una valorizzazione del ricovero di €3.598.481,31 (+38%).

Queste cifre sono eloquenti.

La necessità del territorio di ricoveri cardiologici che costituiscono urgenze/emergenze è epidemiologicamente caratterizzato da un andamento a "picchi", talora prevedibili (riesacerbazione nei periodi freddi) talora imprevedibili. Nella tabella allegata è riportata la dinamica quotidiana nel 2011 tra posti liberi e barelle in UTIC (fonti: registro del reparto).

La flessibilità strutturale necessaria per affrontare questo andamento rende inevitabile il ricorso talora alle barelle. In altri termini il paziente è talmente grave che deve essere ricoverato, correndo il rischio e il disagio legato alla iniziale permanenza in barella. Questa presenza di barelle, in questo contesto, non è indice di disfunzione bensì di elasticità del reparto nella risposta operativa alle emergenze/urgenze cardiologiche del territorio.

In tal modo si spiega come talora venga comunicato una presenza quotidiana di ricoveri in UTIC di 13-18 pazienti, pur essendo i posti letto 12.

 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 66 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Il significato della barella in UTIC non è quello di “parcheggiare” il paziente in attesa di un intervento sanitario. Tutti i pazienti nelle nostre barelle hanno già eseguito gli interventi necessari, per esempio le angioplastiche primarie nell’infarto miocardico acuto, secondo la dinamica “più rapida è la riapertura del vaso più miocardio si salva” (*time is muscle*). Questi interventi talora salvano la vita in acuto e assicurano anche una migliore qualità della stessa dopo la fase acuta, perché il “salvataggio” del muscolo cardiaco significa una successiva funzione cardiaca efficace. Il paziente resta in barella in attesa del posto-letto (in genere soltanto poche ore).


E’ interessante un dato che qualifica quanto sopra non come disfunzione ma come capacità di adattamento flessibile alla realtà. Alla fine dell’anno il tasso di occupazione non è mai superiore al 100%, per esempio nel 2011 è stato del 98.95%. Questo significa che volta per volta, giorno dopo giorno, nei momenti di picchi dei ricoveri, viene organizzato un lavoro talmente efficace da smaltire rapidamente le barelle e offrire addirittura posti liberi per le emergenze del territorio. In altri termini: può esserci la giornata in cui la mattina inizia anche con 5 o 6 barelle, ma alle ore 14 le barelle sono state eliminate e possono esserci anche posti vuoti. Il giorno dopo il processo ricomincerà. Il sabato per noi è un giorno sempre particolarmente “pesante”, proprio perché tentiamo di lasciare qualche posto libero in più per il week-end.

Il fatto che le dimissioni nel 2011 siano incrementate del 19% (perché questa era la richiesta del territorio) e il tasso di occupazione sia stato del 98.5% significa che abbiamo modulato efficacemente le nostre risorse per rispondere in modo efficace ed efficiente alle richieste.

Questa flessibilità lavorativa per affrontare l’andamento delle emergenze/urgenze cardiologiche del territorio si è oramai consolidata lungo decenni con stretta relazione col Pronto Soccorso e con risultati più che soddisfacenti per l’utenza, come dimostra la bassa mortalità, nel nostro Ospedale per infarto miocardico entro 30 giorni dall’episodio (dati del progetto regionale sulla valutazione degli esiti): 4.45%.

In questi anni è stato dunque perfezionato, con un addestramento continuo al lavoro di squadra, un modello che permette tutto ciò: modulazione giorno per giorno del personale sanitario con suddivisione dei pazienti dopo un breve briefing; visita, identificazione dei problemi e aggiornamento delle cartelle; rivalutazione a fine giornata dei problemi iniziali; disponibilità di un team di immediata composizione (medici e infermieri) per le emergenze; programma per “smaltire” le barelle (per quel giorno) anche con dimissioni dirette (ricordiamo che nel 2011, su 1478 dimissioni, 630 sono state fatte direttamente dall’UTIC codice 50.1, senza trasferimento in reparto – codice 081 – in genere intasato da patologie croniche).

In questo incessante confronto per mettere ordine nella risposta del reparto all’inevitabile caos con cui si presentano le emergenze/urgenze del territorio, è diventata sempre più evidente

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 67 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

l'opportunità di 3 interventi, per evitare che questa dinamica lavorativa venga intralciata, riducendone l'efficacia e l'efficienza.

Al primo degli interventi e a una parte del secondo ho provveduto personalmente; per un'altra parte del secondo e per il terzo è necessario l'intervento della Direzione aziendale.

## 2.

### **Primo intervento (al quale ho provveduto personalmente).**

I dirigenti medici della Cardiologia svolgono una intensa attività di turnazioni (per esempio ambulatori, presenza pomeridiana ecc.). Ho sganciato la dottoressa Gabriella Celona da tutte le turnazioni (eccetto le guardie notturne) affinché assicuri la necessaria continuità di presenza in un reparto "tumultuoso" e costituzionalmente disordinato come l'UTIC. La dottoressa Celona è colei che ha diretto l'UTIC prima dell'accorpamento delle 3 Cardiologie; inoltre la sua dedizione al lavoro ospedaliero è testimoniata dall'eccedenza oraria accumulata nel 2011 (425.14 ore).

## 3.

### **Secondo intervento.**


#### **A. Parte alla quale ho provveduto personalmente.**

Per questo lavoro è necessario il ricorso flessibile a un surplus di personale infermieristico e medico che affronti il surplus di ammalati in barella nel momento in cui questo si presenta.

Per quanto riguarda gli infermieri ho fatto ricorso all'intervento dei giornalieri del reparto per rinforzare il turno di UTIC che deve confrontarsi (soprattutto la mattina) col problema delle barelle. Non è superfluo ricordare che "degenza cardiologica comune" e UTIC, nel nostro presidio ospedaliero, sono geograficamente distanti e non è possibile teorizzare un pool unico di infermieri. Si ricorda anche come siamo stati penalizzati dallo spostamento in altri reparti degli ausiliari riqualificati in OSS: alle nostre inascoltate valutazioni qualitative (è personale che si è addestrato in UTIC, sa cosa fare, è motivato e vuole restare) si è risposto con esclusive motivazioni quantitative (in altri reparti c'è carenza di infermieri).

#### **B. Parte per la quale è necessario l'intervento della Direzione aziendale.**

L'Ufficio infermieristico mi ha comunicato verbalmente (su mia richiesta verbale) l'organico previsto per la Cardiologia globalmente intesa: 52 infermieri. Attualmente abbiamo 49 infermieri; ne mancano 3. Se venisse colmata questa carenza dell'organico, si realizzerebbero due importanti obiettivi: 1. tre nuovi infermieri permetterebbero una flessibilità più sostenibile; 2. gli infermieri coglierebbero un segnale positivo di attenzione da parte dell'Amministrazione, segnale particolarmente apprezzabile in questa fase di cambiamenti anche dolorosi.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 68 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

#### 4.

#### **Terzo intervento (per il quale è necessario l'intervento della Direzione aziendale).**

I medici devono essere liberati da impegni che possiamo definire “strutturalmente impropri” nell’attuale configurazione, ovvero le visite ambulatoriali e le prestazioni strumentali per pazienti esterni. Molte di queste visite sono inutili, senza filtri e spesso costituiscono un raddoppio di prestazioni già effettuate in altri ambulatori (ospedalieri o del territorio). Peraltro recentemente la maggior parte dei nostri ricoveri per day-hospital diagnostico è stata considerata “inappropriata” dai nuclei di controllo dell’azienda provinciale; si è sostenuto che queste prestazioni potevano essere svolte ambulatoriamente. Non entriamo nel merito della questione ma, basandoci su un concetto ampio di appropriatezza strutturale, credo che l’Ospedale (che ha il suo motivo di esistere proprio per affrontare le urgenze/emergenze del territorio in regime di ricovero ordinario) debba organizzarsi appropriatamente per le specifiche attività necessarie al suo compito istituzionale. Ciò è particolarmente valido per la Cardiologia, che vive incessantemente (h24) nella rete delle emergenze/urgenze. Lo ripeto ancora una volta: per poter continuare a lavorare secondo il modello che abbiamo sempre seguito e che ha dato i suoi frutti è **necessario che i medici siano liberati da impegni “strutturalmente impropri” nell’attuale configurazione, ovvero le visite ambulatoriali e le prestazioni strumentali per pazienti esterni.**


Ciò non significa chiusura delle attività ambulatoriali rivolte all’esterno. Stiamo elaborando infatti una proposta per offrire attività ambulatoriali cardiologiche di terzo livello (ispirandoci all’analogia attività ambulatoriale dell’Ospedale Civico) molto più utili per l’utenza rispetto a quanto sinora fatto/impostoci.

Di fronte a questi problemi, da noi sempre segnalati, la Direzione aziendale ha risposto con un costante sollecito a incrementare le prestazioni ambulatoriali e strumentali per esterni (che invero possono essere più propriamente effettuate negli ambulatori del territorio).

Se questa nostra richiesta restasse inascoltata e non si eliminassero le prestazioni ambulatoriali e strumentali esterne non-selezionate non sarebbe più possibile ricorrere senza inceppamenti a quella flessibilità che ci ha permesso finora di affrontare i “picchi” di pazienti con risultati soddisfacenti. I meccanismi del reparto sono caricati su persone (i medici in questo caso) dalle quali pervengono segnali allarmanti che io ho il dovere di non sottovalutare e di portare all’attenzione della Direzione strategica. Questi segnali comunicano più o meno esplicitamente il seguente messaggio: “o vengono ascoltate le nostre richieste” [quelle da me riassunte nel terzo punto] “o non sarà più sostenibile mantenere questi carichi di lavoro di fronte alle richieste di interventi in emergenza/urgenza del territorio”.

Ci troveremmo inevitabilmente di fronte a un aumento (prevedibile) del rischio di errori attribuibili a un personale stanco e demotivato. La demotivazione è legata anche al silenzio di una Direzione aziendale molto attenta a ricordare l’esubero teorico dei cardiologi senza rispondere però ai problemi reali legati alla *quidditas* del lavoro cardiologico.




 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA						PAGINA 70 DI __					
	CARDIOLOGIA											
	Dott: FRANCESCO ENIA						DATA ULTIMA REVISIONE					

1	1B	0PL		1B	1PL		0PL	1PL		0PL	2PL		0PL	0PL		3B	2B
2	0PL	4PL		0PL	1B		0PL	3PL		0PL	2PL		1B	3B		2B	0PL
3	0PL	2PL		2B	1B		0PL	1PL		0PL	1PL		4B	1B		0PL	2PL
4	0PL	1PL		1B	1PL		0PL	0PL		0PL	0PL		1B	0PL		0PL	0PL
5	0PL	2PL		0PL	0PL		0PL	1PL		0PL	3PL		0PL	1PL		2B	1PL
6	0PL	0PL		0PL	2PL		0PL	0PL		0PL	1PL		0PL	3B		1B	4B
7	0PL	0PL		0PL	1PL		0PL	1PL		0PL	0PL		3B	2B		5B	4B
8	0PL	1B		0PL	1B		0PL	1B		1B	2PL		2B	2PL		4B	3B
9	1B	2PL		2B	0PL		1B	3B		0PL	1PL		0PL	1B		4B	4B
10	0PL	0PL		0PL	1B		3B	3B		0PL	0PL		2B	2PL		5B	3B
11	1B	1PL		1B	2PL		5B	5B		0PL	1PL		0PL	0PL		4B	6B
12	1B	0PL		0PL	4PL		0PL	1PL		0PL	0PL		0PL	3PL		6B	1B
13	0PL	3PL		3PL	6PL		0PL	1PL		2B	0PL		0PL	3B		1B	1PL
14	1B	2PL		0PL	3PL		0PL	1B		1B	0PL		3B	1B		0PL	0PL
15	0PL	1B		0PL	3B		2B	1B		0PL	2PL		1B	2B		1B	1PL
16	2B	1PL		3B	2PL		1B	0PL		0PL	3PL		3B	1PL		0PL	0PL
17	0PL	1B		1B	0PL		1B	0PL		0PL	3PL		0PL	0PL		2B	0PL
18	1B	2PL		0PL	3PL		0PL	0PL		0PL	0PL		1B	0PL		0PL	2B
19	0PL	2PL		0PL	2PL		1B	1PL		1B	1PL		0PL	1B		3B	4B
20	0PL	2B		0PL	1PL		0PL	0PL		0PL	4PL		3B	0PL		4B	0PL
21	3B	0PL		0PL	2B		0PL	2PL		0PL	0PL		4B	0PL		2B	0PL
22	1B	0PL		2B	4PL		0PL	2PL		1B	3PL		1B	1B		0PL	1PL
23	0PL	2PL		0PL	2PL		0PL	0PL		0PL	2PL		4B	2B		0PL	2PL
24	0PL	3PL		0PL	2PL		0PL	0PL		0PL	0PL		2B	2B		0PL	6PL
25	2B	0PL		0PL	2PL		0PL	1B		2B	1B		2B	2B		0PL	3PL
26	2B	1B		0PL	3PL		3B	0PL		1B	1B		2B	0PL		0PL	3PL
27	1B	1B		0PL	2PL		0PL	2PL		1B	0PL		0PL	1B		0PL	1PL
28	1B	2PL		0PL	0PL		0PL	2PL		0PL	1B		1B	2PL		0PL	1B
29	0PL	2PL		1B	2B		0PL	2PL		2B	0PL		0PL	1B		1B	1PL
30	0PL	0PL		3B	0PL		0PL	1PL		0PL	1B		1B	3B		0PL	1PL
31	0PL	0PL		0PL	0PL					2B	1B					2B	0PL

**TABELLA** - Anno 2011. Dinamica quotidiana in UTIC tra posti liberi (PL) e barelle (B) alle ore 8 e alle ore 15.

*Legenda:* PL = posto libero; B = barella

Per ogni mese, la colonna I indica (giorno per giorno) la situazione alle ore 8 e la colonna II indica la situazione alle ore 15.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 71 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

*Così per esempio giorno 1 gennaio alle ore 8 non c'è nessun posto-letto libero (OPL); alle 15 abbiamo fatto un posto-letto libero (IPL). Giorno 2 gennaio alle 8 non c'è nessun posto libero (OPL); alle ore 15 ci sono 2 barelle (2B) e così via.*

*NB: La tabella esprime la presenza in quei due momenti della giornata di posti-letto liberi e di barelle; fornisce quindi una idea sulla dinamica delle barelle. Non fornisce alcuna indicazione sulla dinamica dei ricoveri. Per esempio il 2 gennaio alle 8 non c'è nessun posto-letto libero mentre alle 15 ci sono 2 barelle; ciò non significa che in quel giorno ci sono stati soltanto 2 ricoveri, infatti potremmo aver fatto 3 dimissioni e aver ricoverato 5 pazienti (col risultato finale di 2 barelle). Un altro esempio: se in un giorno alle 8 non ci sono posti liberi (OPL) e così anche alle 15 ciò non significa che la mattinata sia trascorsa calma e senza ricoveri; possiamo infatti aver avuto 5 dimissioni e 5 ricoveri nel posto letto (non tutti i ricoveri infatti avvengono in barella).*

## a.2 Ricovero programmato


Il lavoro dell'UO di Cardiologia (12 posti letto di Unità Coronarica e 20 posti letto di degenza) è dunque espletato quasi completamente per pazienti provenienti dal Pronto Soccorso. Si tratta quindi di ricoveri in urgenza/emergenza.

Un'attività particolare di ricovero in elezione è quella dei pazienti che devono essere sottoposti a indagini emodinamiche (ovviamente anche per gli emodinamisti la maggior parte del lavoro è per pazienti ricoverati in urgenza/emergenza). Questa piccola fetta di pazienti in elezione (dati del 2010: 154 pazienti dimessi su un totale di 1629 dimissioni) è una "elezione" particolare: l'agenda è gestita direttamente dagli emodinamisti che devono valutare l'urgenza della procedura (si passa dal ricovero immediato al ricovero che può essere programmato, secondo l'ordine cronologico della segnalazione, entro 10 giorni. A meno di complicanze o di problemi non immediatamente risolvibili, la degenza è di 48 ore.

La sostituzione dei pace-maker in esaurimento viene eseguita in day-surgery, senza che venga occupato quindi un posto letto di ricovero ordinario. Eccezionalmente (per esempio il paziente che deve essere ricoagulato) si ricorre a un ricovero ordinario. Da rilevare inoltre la non prevedibilità (quindi la non programmabilità) di questi ricoveri.

In altri termini i posti letto dell'UO non sono disponibili per altre tipologie di elezione. Dai dati del 2010 possiamo conoscere il rapporto tra i pazienti con questa "peculiare" elezione e il totale dei pazienti dimessi e soprattutto possiamo conoscere il rapporto del numero totale delle giornate di ricovero di questi due gruppi (397 vs 12915) che permette la corretta correlazione col posto letto ad essi dedicato. Orbene il numero di posti letto dedicato a questa peculiare elezione è 0.96; arrotondando: 1 posto letto.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 72 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

### a.3 Ricovero in Day Hospital

Riportiamo quanto scritto nella precedente edizione del Manuale.

Nella Unità Operativa Cardiologia II, la maggior parte dei ricoveri in DH proviene dall'attività di ricovero ordinario oppure in seguito a visite specialistiche ambulatoriali (in questo modo per esempio è possibile ridurre la durata della degenza ordinaria e i disagi correlati nei pazienti con scompenso cardiaco). In ogni caso la proposta del ricovero in DH è aperta: può essere fatta dai medici delle Cardiologie; può essere fatta da medici di altri reparti; può essere fatta anche da medici esterni (anche non cardiologi; anche non ospedalieri). E' necessario però che la proposta di ricovero venga discussa con uno dei Medici responsabili; è necessario inoltre che al paziente venga fornita una relazione completa, pur se sintetica, in cui vengono indicati i problemi clinici e i motivi della richiesta della prestazione in DH.

Questo tipo di ricovero, con degenza diurna senza pernottamento, è destinato a coloro che necessitano di prestazioni di diagnosi e cura, con un indice di complessità elevato (o per prestazioni che richiedono l'intervento di più specialisti) e che necessitano di assistenza medica e infermieristica non ambulatoriale.

Per accedere al ricovero l'utente si reca, con il foglio di prenotazione, direttamente nel reparto che provvede a trasmettere la prenotazione all'accettazione amministrativa.

La cartella clinica rilasciata viene utilizzata per tutti gli accessi programmati e può essere archiviata al completamento di questi; pertanto il paziente potrà disporre solo al completamento del programma stabilito.

Le prenotazioni di ricovero in Day Hospital, come quelle per il ricovero programmato, sono trascritte su un registro per garantire la trasparenza delle liste di attesa.

Il problema del DH è recentemente diventato complesso e di difficile schematizzazione; ciò è stato da noi affrontato in una lettera inviata alla Direzione Aziendale il 20.2.2012 (prot. 186/12/Card), anche questa rimasta senza risposta.


In una nota dell'8 febbraio 2012 il responsabile del Sistema informativo e statistico rileva che in tutti i reparti del Dipartimento Cardio-Vasculo-Respiratorio, nel mese di gennaio, l'attività del day hospital è al di sotto dello standard attuale.

Ciò non sorprende.

Recentemente 153 cartelle di pazienti ricoverati nel DH di Cardiologia del PO "V. Cervello" concernente il primo semestre del 2011 sono state controllate da ispettori del Servizio Ospedalità Pubblica.

Mi è stato comunicato che la maggior parte di questi ricoveri è stata considerato improprio in quanto tutto ciò che è stato fatto in regime di day hospital poteva essere fatto anche come attività ambulatoriale.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 73 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

La logica alla quale si è ispirato questo controllo è palese (ed è stata esplicitata anche dai controllori): sono giudicati impropri tutti i ricoveri per DH “diagnostico” e appropriati i ricoveri per DH “terapeutico”.

In questo momento ci troviamo in una situazione di incertezza.

Convinti di rispettare il dettato della legge sul day hospital, abbiamo nel tempo identificato alcuni pazienti che vengono orientati verso questa forma di ricovero dal Pronto Soccorso, evitando talora alcuni ricoveri in regime ordinario di per sé appropriati. I due principali gruppi di pazienti sono:

- quelli con fibrillazione atriale
- quelli con dolore toracico.

In mancanza di indicazioni chiare è difficile capire quale debba essere il comportamento più corretto:

- continuare a gestire il day hospital come è stato fatto sino ad ora (ma i controllori verbalmente mi hanno detto con chiarezza: “è meglio che non li facciate più tanto verrà corrisposta la tariffa ambulatoriale e non quella del day hospital”)?

- chiudere questo percorso che si è rivelato finora utilissimo per i pazienti e lasciare questi ultimi “allo sbaraglio” (prenotare separatamente le varie prestazioni senza nessun cardiologo che poi riannodi i vari problemi)?

Il 3 febbraio alle ore 15 c'è stato anche un incontro sul tema in Direzione Sanitaria.

Si è deciso di costituire dei tavoli tecnici a livello dipartimentale per poter studiare soluzioni alternative.

In attesa di questi tavoli è mio dovere esprimere le mie considerazioni sul tema.

Citerò frequentemente quanto indicato dal Ministero della Salute nel documento **”Evoluzione del sistema DRG nazionale. Milestone 1.2.1. Forme alternative alla degenza: definizione (day hospital, day surgery, day service) e relativi flussi informativi”**.

I punti chiave di questo documento sono:


## 1.

“L’attenzione si è concentrata su quelle prestazioni di ricovero che negli ultimi anni sono state trasferite nel regime assistenziale di day hospital, che presentano caratteristiche tali da ritenere possibile l’ulteriore passaggio verso il setting assistenziale della specialistica ambulatoriale”.

La linea è chiara. La parola d’ordine, per così dire, è de-ospedalizzare.

Quali sono i criteri di appropriatezza per le attività di day surgery e day hospital nelle quali è coinvolta la nostra UO?

Ricorriamo alle definizioni del documento.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 74 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Per definizione, gli elementi che costituiscono un ricovero in day hospital sono: “esecuzioni di indagini cliniche diagnostiche e strumentali o terapie che richiedono assistenza medico infermieristica prolungata; non siano eseguibili a livello ambulatoriale per complessità e/o rischiosità delle prestazioni; multidisciplinarietà; necessità di integrazione e coordinamento del processo assistenziale”.

### **Day surgery.**

“E’ la prestazione assistenziale di ricovero per acuti erogata da un Istituto di cura pubblico o equiparato, privato accreditato, privato non accreditato finalizzata alla esecuzione; di un intervento chirurgico o procedure invasive ed alle prestazioni propedeutiche o successive ad esso; comporta la permanenza del paziente all’interno della struttura per parte della giornata. Nella giornata di esecuzione della procedura chirurgica o invasiva necessita di assistenza medico infermieristica prolungata e di sorveglianza infermieristica fino alla dimissione. Il paziente va ospitato in una stanza di degenza con l’attribuzione di un posto-letto attrezzato. Di norma, tranne che per i casi in cui, per lo specifico trattamento, sia prevista l’assistenza in one-day surgery, la degenza non comporta il pernottamento del paziente. L’assistenza in day surgery è prevista per l’esecuzione di interventi chirurgici e procedure invasive che per complessità di esecuzione, durata dell’intervento, rischi di complicazioni e condizioni sociali e logistiche del paziente e dei suoi accompagnatori, sono eseguibili in sicurezza senza la necessità di una osservazione post operatoria molto prolungata e che in ogni caso non richiede osservazione notturna. Al paziente vengono garantite altresì per il periodo di permanenza nella struttura tutte le necessarie prestazioni di carattere alberghiero. Il ricovero in day surgery è programmato e l’accesso al ricovero può avvenire esclusivamente con le modalità del ricovero programmato, regolamentato da liste di attesa”.

In questa categoria rientrano le sostituzioni di devices di elettrostimolazione (che non richiedano ricoveri ordinari per peculiari problemi, per esempio la ricoagulazione). E questa la prassi sino a ora da noi seguita che possiamo continuare a seguire.


**Day hospital diagnostico** (che nel documento ministeriale costituisce il 56% di tutti i ricoveri in day hospital).

Il documento riconosce che per i casi medici “è più difficile tracciare il confine tra quelli che necessitano di trattamento ospedaliero e quelli che potrebbero essere assistiti in un regime assistenziale ambulatoriale”.

Accetta come “i più coerenti e condivisibili” i criteri di appropriatezza proposti dalla Regione Marche. Sono considerate appropriate 2 condizioni.

*Day hospital diagnostico per l’esecuzione di accertamenti diagnostici che comportino problemi di sicurezza per il paziente.*

“Sono considerati appropriati i day hospital per l’esecuzione di:

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 75 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

- esami strumentali in pazienti a rischio che richiedono un'osservazione per più di 1 ora dopo l'esecuzione dell'esame (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica);
- esami che prevedono somministrazione di farmaci (esclusi i mezzi di contrasto per esami radiologici) che necessitano di monitoraggio dopo l'esecuzione di oltre 1 ora (il monitoraggio deve essere registrato nella cartella clinica);
- esami su pazienti che, per le particolari condizioni cliniche (rischio di shock anafilattico, scompenso emodinamico o metabolico ecc.) richiedono monitoraggio clinico (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica).

A questo proposito ho posto un quesito agli ispettori della Regione: come deve essere considerato il ricovero in day hospital diagnostico di un paziente che deve eseguire l'ecocardiogramma transesofageo e deve essere addormentato/sedato? La risposta è stata: è inappropriato.

*Day hospital diagnostico appropriato in relazione allo stato psicofisico del paziente.*

“Sono considerati appropriati i day hospital per esecuzione di accertamenti diagnostici da eseguire a pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (pazienti geriatrici, pediatrici, soggetti affetti da demenza o deficit delle funzioni cognitive”.


### **Day hospital terapeutico**

“Per la definizione di appropriatezza dei ricoveri in day hospital per motivi terapeutici si considerano i seguenti criteri:

- effettuazione di chemioterapia, in particolare quando si utilizzano: 1. antiblastici per via endovenosa; 2. terapia di supporto associata (antiemetica, idratante ecc.) per via endovenosa;
- terapia per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi: 1. tempo di somministrazione maggiore di 1 ora; 2. necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di 1 ora dopo la somministrazione;
- necessità di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti diagnostici nelle ore immediatamente successive alla somministrazione delle terapie;
- procedure terapeutiche invasive che comportano problemi di sicurezza per il paziente.

## **2.**

“Si è posta anche l'esigenza di fornire risposte ai quesiti posti dalla Commissione nazionale LEA che ha richiesto ai gruppi di lavoro [...] l'individuazione di soluzioni possibili per favorire il trasferimento di parte delle prestazioni assistenziali erogate in day hospital verso il livello assistenziale territoriale”.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 76 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Anche qui la linea è chiara: deospedalizzare e orientare queste attività verso “il livello di assistenza territoriale”.

Continuando ad usare le parole stesse del documento ministeriale: “sono state sviluppate politiche orientate a determinare un progressivo trasferimento di prestazioni dall’assistenza ospedaliera a quella extraospedaliera territoriale e domiciliare”.

La considerazione ovvia è: se queste attività svolte impropriamente in day hospital potevano essere svolte in ambulatorio, questi ambulatori (secondo lo spirito del documento) non devono essere gli ambulatori dell’Ospedale ma quelli forniti “dall’assistenza extraospedaliera territoriale e domiciliare”. Forse dovremmo accettare supinamente il “declassamento” dell’attività finora svolta nel day hospital diagnostico e poi spostarla come attività ambulatoriale nello stesso Ospedale?

Come corollario possiamo legittimamente chiedere alla Direzione aziendale di spostare “all’assistenza extraospedaliera territoriale e domiciliare” le richieste di attività ambulatoriali e strumentali esterne, trasformando il nostro ambulatorio – sempre aperto al territorio – un ambulatorio per prestazioni selezionate. Questa richiesta significa anche che vorremmo non ci vengano richieste prestazioni ambulatoriali esterne sempre più numerose per ridurre le liste di attesa. Che si dica una buona volta con chiarezza che le liste di attesa possono riguardare gli Ospedali soltanto per i ricoveri (problematica inesistente in Cardiologia); le liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali esterne riguardano “l’assistenza extraospedaliera territoriale e domiciliare”. L’Ospedale nel citato documento è definito come “luogo di cura a elevata tecnologia, destinato al trattamento di pazienti che necessitano di livelli assistenziali di elevata e media intensità”.

Ricordo ancora una volta che se la Cardiologia che dirigo è obbligata a svolgere attività vicarianti le carenze del territorio, farà con grande difficoltà queste e le sue attività istituzionali per fronteggiare le emergenze/urgenze del territorio. Come conseguenza; aumenta il rischio di errori e aumenterà il numero di eventi avversi.


### 3.

Alcune Regioni hanno “organizzato forme innovative di assistenza specialistica ambulatoriale (day service, pacchetti ambulatoriali complessi) prevalentemente in ambito ospedaliero pubblico quali alternative ai ricoveri in day hospital”.

In alcuni pazienti infatti si deve affermare che pur non ricorrendo “le condizioni di appropriatezza caratteristiche del day hospital [...] non troverebbero nell’attuale modello organizzativo di assistenza specialistica una alternativa assistenziale adeguata”.

Alcune Regioni “hanno avviato esperienze innovative di organizzazione dell’offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali coordinate e complesse, denominata comunemente day service ambulatoriale, attivata in via preliminare nell’ambito ospedaliero, nell’ottica di proporre una alternativa assistenziale al ricovero”.


“E’ finalizzato alla gestione di casi clinici la cui soluzione richiede l’erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari anche complesse, previste da uno specifico percorso diagnostico terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulla singola

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 77 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

prestazione; richiede un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo da parte della struttura erogatrice. Deve assicurare al paziente facilità di accesso alle prestazioni attraverso la gestione da parte della struttura erogatrice delle prenotazioni, in coerenza con l'iter diagnostico ed in modo da ridurre il numero di accessi all'utente".

Elenchiamo schematicamente le caratteristiche del day service.

1. "Il day service ambulatoriale viene avviato dallo specialista ospedaliero o del poliambulatorio al quale si rivolge il cittadino, su richiesta di visita od altra prestazione avanzata dal medico di medicina generale che formula un primo quesito diagnostico".
2. "I percorsi diagnostico terapeutici (P.A.C.C. percorsi ambulatoriali complessi e coordinati) vanno esplicitati a priori, e definiti con un criterio di priorità che tenga conto delle prevalenti problematiche cliniche presenti nella popolazione". Da questo punto di vista è legittimo, nel nostro contesto, dare la priorità al paziente proveniente dal Pronto Soccorso.
3. "I P.A.C.C. dovranno essere proposti e condivisi dagli specialisti della struttura erogatrice, formalizzati e codificati dalle aziende sanitarie a cui afferiscono le strutture, ed eventualmente validati a livello regionale".
4. "Lo specialista della struttura a cui si rivolge il cittadino assume la gestione clinico-organizzativa del paziente".
5. "Lo stesso professionista (se dotato di capacità prescrittiva) ovvero il medico di medicina generale (nel caso le prestazioni da erogare siano state definite da specialista a cui non è attribuita capacità prescrittiva), formula la prescrizione; la struttura che prende in carico la prescrizione effettua l'erogazione delle prestazioni".
6. "Il day service ambulatoriale è un processo organizzativo cui partecipano discipline differenti; ne consegue che occorrerà prevedere una funzione di coordinamento e sintesi clinica (il clinico che prende in carico il paziente decide l'iter diagnostico da realizzare, lo monitorizza, effettua la sintesi diagnostico-terapeutica), e una funzione di coordinamento organizzativo ed amministrativo per seguire il paziente e favorirne la presa in carico complessiva (agenda, percorsi organizzativi, impegnative ecc.)".
7. "I percorsi diagnostico terapeutici del day service sono gruppi ragionati di prestazioni, incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che devono essere erogati in risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie; all'interno dello specifico "percorso" ambulatoriale, lo specialista che ha la responsabilità della gestione clinica del paziente specialista clinico individua, caso per caso, le prestazioni da prescrivere che costituiscono il pacchetto".
8. "L'intero iter previsto dal P.A.C.C. deve concludersi, di norma, entro 30 giorni all'accettazione del paziente".
9. "L'organizzazione del day service ambulatoriale prevede la redazione di una cartella clinica alla cui compilazione partecipano tutti gli specialisti implicati nella risposta

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 78 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

assistenziale; si tratta pertanto di un documento che dovrà essere standardizzato e coordinato”.

10. “La tariffazione delle prestazioni, nelle esperienze fin qui condotte, ha seguito sostanzialmente le modalità tariffarie delle prestazioni contenute nel nomenclatore nel quale potrebbero essere inserite 2 nuove attività/prestazioni peculiari della modalità assistenziale di day service (“coordinamento organizzativo” e “coordinamento e sintesi clinica”)”.
11. “Qualche considerazione va fatta relativamente alla compartecipazione del cittadino alla spesa: nelle esperienze fin qui condotte alcune Regioni l’hanno prevista secondo le vigenti normative, mentre altre, ritenendo le prestazioni di day service intermedie tra il ricovero in day hospital e l’assistenza ambulatoriale, hanno ritenuto opportuno non prevedere alcuna compartecipazione”.
12. “Appare evidente che le attuali regole di prescrizione non risultano adeguate ai contenuti di multidisciplinarietà proprie del day service che presuppone, per la definizione del percorso clinico, prestazioni afferenti a più branche specialistiche (risultanti solo a posteriori una volta definite le attività erogate); questo richiede la compilazione di più prescrizioni nonché un calcolo composito per il pagamento del ticket”.

E’ evidente che questa fase è da considerare ancora sperimentale. “Emerge la necessità di un ripensamento della struttura prescrittiva, indispensabile per l’adozione del modello”. Questo ripensamento non è compito nostro e coinvolge essenzialmente la Regione.

Nell’attesa di linee di indirizzo (regionali e/o aziendali) cosa fare?

Ho “regolamentato” l’ingresso del day hospital secondo i “coerenti e condivisibili” i criteri di appropriatezza proposti dalla Regione Marche. E’ ampiamente prevedibile un “crollo” dei day hospital diagnostici.


Ma che fare per i pazienti che abbiamo ricordato provenienti dal Pronto Soccorso con fibrillazione atriale e con dolore toracico?

C’è una terza possibilità rispetto alle due che si presentano (continuare come prima oppure lasciare queste persone al loro destino).

Nella logica del day service abbiamo elaborato un semplice pacchetto di proposte per questi due gruppi di pazienti (quelli con fibrillazione striale e quelli con dolore toracico).

## OFFERTE PER PAZIENTI CON FIBRILLAZIONE ATRIALE

Visita cardiologica

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 79 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Elettrocardiogramma

Ecocardiogramma (transoracico e talora transesofageo)

Esame rx del torace

Controllo di fT3, fT4 e TSH

Valutazioni di snodi decisionali (quindi visite cardiologiche correlate):

- iniziare la terapia anticoagulante? (ciò comporta la eventuale richiesta dei parametri necessari da conoscere: INR, gruppo sanguigno ecc.)
- tentare una cardioversione farmacologica (in questo caso e solo per quell'accesso rientreremmo nel DH terapeutico)
- programmare la cardioversione elettrica (ciò comporta il monitoraggio dell'attività anticoagulante e la scelta del timing opportuno per la cardioversione) (in questo caso e solo per quell'accesso rientreremmo nel DH terapeutico)
- necessità di approfondimenti (TAC encefalo ecc.)
- eventuale ECG dinamico

L'entità numerica delle prestazioni (per esempio quante visite ambulatoriali) è ovviamente variabile da caso a caso.

## OFFERTA PER PAZIENTE CON DOLORE TORACICO

Visita cardiologica che tenga conto della probabilità a priori di patologia coronarica e quindi del test diagnostico da eseguire.

Elettrocardiogramma

Ecocardiogramma

Dosaggi ematici (PCR, troponina)


Esami diagnostici da inserire in un percorso da scegliere paziente per paziente:

- test ergometrico semplice
- TAC coronarica
- Test ergometrico con imaging (ecocardiografia con stress fisico o farmacologico; scintigrafia miocardica con stress fisico o farmacologico).

Valutazione snodi decisionali: eseguire la coronarografia? attendere il decorso clinico? eseguire ulteriori accertamenti per diagnosi alternative (gastroscopia ecc.)?.

L'entità numerica delle prestazioni (per esempio quante visite ambulatoriali) è ovviamente variabile da caso a caso.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 80 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Considerando il carattere sperimentale di questa proposta, è necessario che venga approvato dalla Direzione e che vengano accettate le condizioni preliminari minime:

1. i pazienti devono provenire dal pronto soccorso;
2. a gestione delle prestazioni deve essere esclusivamente del cardiologo (che potrà comunicare comunicando al CUP la prenotazione);
3. i pazienti pagheranno il ticket se dovuto.

In mancanza di una risposta da parte della Direzione aziendale, considerando mio inderogabile dovere elaborare una ragionata proposta alternativa al day hospital per quei pazienti, provvederò insieme ai miei collaboratori nei tempi necessari a elaborare un progetto che tenga conto di tutti i suesposti punti e a renderlo operativo. Della qual cosa darò comunicazione formale.

## LABORATORIO DI EMODINAMICA

Il lavoro del Laboratorio di Emodinamica ha una sua peculiarità, da analizzare in dettaglio, cui corrisponde una sua autonomia per la complessità delle prestazioni eseguite.

L'attività dei medici del Laboratorio (oltre alla gestione clinica completa dei pazienti ricoverati per eseguire procedure invasive) consiste principalmente in:

- **Esecuzione di procedure invasive**

Procedure diagnostiche (cateterismo cardiaco, coronarografie e altre angiografie periferiche) e interventistiche, (angioplastica coronaria con impianto di stent, anche medicati), sia programmate che in emergenza, in pazienti provenienti dal PS, dall'U.T.I.C e da altre UO del territorio (provincia di Palermo e altre province della Sicilia).


- **Attività in emergenza/urgenza "h 24"**

Pronta e ininterrotta disponibilità 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 di uno staff completo (personale sanitario medico e non medico e tecnico di radiologia) per l'angioplastica primaria nell'infarto miocardico acuto (oramai considerata la modalità più efficiente per affrontare questa patologia) e per altre emergenze, sia nei giorni feriali (turni di servizio ore 8-20) sia nelle ore notturne e nei festivi (con un servizio di reperibilità ).

- **Ambulatorio per pazienti esterni**

Questo ambulatorio, gestito direttamente dai medici del Laboratorio, ha due finalità:



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 81 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

1. La valutazione del corretto iter diagnostico del paziente con sospetta cardiopatia ischemica e quindi l'appropriatezza dell'indicazione alla procedura invasiva..
2. Il controllo di quel peculiare sottogruppo di pazienti che sono stati sottoposti a rivascolarizzazione miocardica sia per via percutanea (angioplastica) sia chirurgica (bypass).


### **Organizzazione**

Il laboratorio dedicato alle procedure invasive consta di due sale di emodinamica, ambedue dotate di sistemi cardioangiografici digitali (quella di più recente acquisizione è dotata di flat panel, idoneo alla diagnostica e all'interventistica sia delle coronarie sia dei distretti vascolari periferici) e di tutti i più aggiornati dispositivi per il trattamento percutaneo della malattia coronarica. La coesistenza di due sale attrezzate consente un miglioramento del servizio nel suo complesso e in particolare nell'esecuzione dell'angioplastica primaria nell'infarto miocardio acuto (una sala infatti è sempre pronta e disponibile per l'emergenza anche durante l'attività ordinaria).

L'approccio attraverso l'arteria radiale, in alternativa a quella femorale, e l'uso di dispositivi meccanici per la chiusura delle arterie femorali consentono una rapida mobilizzazione dei pazienti con conseguente riduzione dei disagi e della durata della degenza.

Viene attuato un costante controllo della qualità e della sicurezza, attraverso verifiche periodiche dei risultati e l'aggiornamento di prassi operative condivise.

E' sempre assicurato (h24) il trasferimento protetto dei pazienti candidati ad interventi di cardiocirurgia (anche in situazioni di emergenza) nei Centri di Cardiocirurgia cittadini.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 82 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

### **PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

Controlli ambulatoriali vengono garantiti a tutti i pazienti dimessi dall'UO, quando ritenuto necessario.

Inoltre vengono effettuati controlli per pazienti esterni (purtroppo senza alcun filtro) e per le donne in gravidanza.

Vi sono inoltre peculiari attività ambulatoriali specifiche per il controllo di pace-maker e defibrillatori impiantabili, per pazienti selezionati con scompenso cardiocircolatorio e per pazienti sottoposti a procedure di rivascularizzazione miocardica.

Vengono eseguite anche per pazienti esterni prestazioni strumentali: Ecocardiografia, (Transtoracica e Transesofagea), ECG dinamico, Test ergometrico, Test Cardiorespiratorio (in collaborazione con l'UO di Malattie dell'Apparato Respiratorio) e Scintigrafia miocardica da sforzo (in collaborazione con la Medicina Nucleare).


I medici di questa UO inoltre svolgono il lavoro di consulenza cardiologia (visita e/o prestazione strumentale) richiesto dalle altre U.O. del Presidio Ospedaliero 24 ore/24.

### **PRENOTAZIONI**

Le prenotazioni sono centralizzate dal CUP.

### **PRESTAZIONI**

<b>PRESTAZIONI</b>				
<b>Prestazione</b>	<b>Dove andare</b>	<b>A quale orario</b>	<b>In quali giorni</b>	<b>Documenti da presentare</b>
Ambulatorio "Aritmie e PM"	III piano	9.00 -14.00	Da Lunedì a venerdì	Documentazione sanitaria precedente e richiesta del medico curante da vidimare all'Ufficio ticket e documento d'identità
Ambulatorio "Scompenso"	Poliambulatorio	8.30 – 14.00	Martedì	Documentazione sanitaria precedente e richiesta del medico curante da vidimare all'Ufficio ticket e documento d'identità
Ambulatorio Emodinamica	V piano	19-14	Mercoledì Giovedì	Documentazione sanitaria precedente e richiesta del medico curante da vidimare all'Ufficio ticket e documento d'identità
Controllo ischemici post- dimissione	III piano	8.30-14	Giovedì	Documentazione sanitaria precedente e richiesta del medico curante da vidimare all'Ufficio ticket e documento d'identità
Ambulatorio	Poliambulatorio	8.30-14.00	Martedì	Documentazione sanitaria

 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 83 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

generale			Mercoledì Giovedì	precedente e richiesta del medico curante da vidimare all'Ufficio ticket e documento d'identità
Ambulatorio generale	III piano	8.30-14	Lunedì Venerdì	Documentazione sanitaria precedente e richiesta del medico curante da vidimare all'Ufficio ticket e documento d'identità
Ambulatorio consulenze interne	III piano	8.30-14.30	Lunedì Sabato	Documentazione sanitaria
Test ergometrico	III piano	8.30 – 14.00	Da lunedì a venerdì	Documentazione sanitaria precedente e richiesta del medico curante da vidimare all'Ufficio ticket e documento d'identità
ECG dinamico	III piano	8.30 – 14.00	Da lunedì a venerdì	Documentazione sanitaria precedente e richiesta del medico curante da vidimare all'Ufficio ticket e documento d'identità
Ecocardiografia	III piano	8.30 – 14.00	Da lunedì a venerdì	Documentazione sanitaria precedente e richiesta del medico curante da vidimare all'Ufficio ticket e documento d'identità

Le prestazioni ambulatoriali o strumentali non-filtrate rivolte ai pazienti esterni costituiscono per noi un problema che sistematicamente si riacutizza nel periodo estivo.


A titolo esemplificativo allego due note inviate alla Direzione: la prima del 25 maggio 2011 (prot. 376/11/Card) concernente le prestazioni ecocardiografiche e la seconda del 17.5.2012 (prot 501/12/Card) concernente le prestazioni ambulatoriali.

#### A.

Come ogni anno ho comunicato al servizio CUP la riduzione delle prestazioni programmate per pazienti esterni durante il periodo estivo.

In data 10.5.2011 (prot. N. 1180 CUP-Ticket) il responsabile del servizio CUP-Ticket ha scritto una lettera al Direttore Sanitario nella quale notificava questa riduzione programmata nel periodo estivo dal Direttore dell'UO Cardiologia del PO Cervello concernente gli esami ecocardiografici. Su questa lettera il Direttore Sanitario ha apposto il 17.5 una nota autografa indirizzata al Capo Dipartimento e p.c. al Direttore della Cardiologia del Cervello con la quale invitava a organizzare l'attività estiva senza riduzioni "anche prevedendo l'impiego dei dirigenti medici in esubero".

A tal proposito, sono necessarie alcune precisazioni.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 84 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

### 1.

La ragion d'essere dell'Azienda Ospedaliera è l'attività rivolta al territorio per le emergenze, tra le quali, come è noto, vi è un'altissima incidenza di quelle minacciose cardiologiche potenzialmente letali. Vi è un costante rapporto tra il Pronto Soccorso e la Cardiologia e una squadra di emodinamisti è reperibile h24 per assicurare l'angioplastica primaria in pazienti con infarto miocardico acuto (questa, tra l'altro, è solamente una delle attività per acuti svolta dall'UO). I processi decisionali che il medico deve rapidamente prendere sono complessi e rischiosi (valutazione del dolore toracico; valutazioni sull'opportunità di accertamenti cruenti; valutazioni sulla somministrazione di terapie che di per sé comportano rischi ecc.). La pressione di questa richiesta del territorio continua invariata lungo i mesi estivi, nei quali l'UO non riduce affatto le complesse misure per affrontarla in modo appropriato e vantaggioso per il paziente.

Esiste anche un'attività programmabile rivolta al paziente "esterno" (prestazioni ambulatoriali e prestazioni strumentali – tra queste l'ecocardiografia). Durante i mesi estivi siamo sempre stati costretti a ridurla proprio per non intaccare l'attività propriamente ospedaliera di emergenza-urgenza rivolta al territorio della quale abbiamo accennato nel precedente paragrafo. Sarebbe colpevolmente contraddittorio, per le ragioni di seguito analiticamente specificate, limitare le attività rivolte ai pazienti che vengono in PS e che sono ricoverati, in genere in gravi condizioni, per offrire prestazioni ambulatoriali (non in urgenza) al territorio.

### 2.


Il Direttore Sanitario fa riferimento a "dirigenti medici in esubero".

Innanzitutto non va dimenticato che dei 60 posti letto ordinari previsti per la Cardiologia dell'Azienda, 28 sono attivi a Villa Sofia e 32 (12 di UCIC) sono attivi al Cervello.

Non va dimenticato inoltre che, per l'Azienda, la dotazione organica di dirigenti medici cardiologi rideterminata è di 44 unità (ci limitiamo a questa; non consideriamo la dotazione integrata). Dividendo queste unità per i due presidi arriviamo a 22 unità per presidio. Attualmente l'organico dell'UO Cardiologia del PO Cervello è teoricamente costituito da 22 unità (come risulta anche dalla vostra recente *Notifica provvedimento n. 508 del 28.03.2011 dotazione organica: preso atto del DA n. 0425 del 15.03.2011*). Dico "teoricamente" perché di fatto una unità, il dottor Giuseppe Reina, è stata comandata il 26.10.2010 (con nota prot. 6001) dal Direttore Sanitario nella UO di Cardiologia di Villa Sofia (a questo proposito ho chiesto recentemente notizie al Direttore Sanitario con una mio nota del 2.3.2011, prot. 159/11/Card, rimasta senza risposta).

I dirigenti medici dell'UO Cardiologia del PO Cervello sono dunque 21. Anche senza voler inserire la correzione legata alla differenza di posti-letto (rapporto numero posti letto/numero medici) non si capisce come si possa parlare di "dirigenti medici in esubero".

### 3.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 85 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Entrando nello specifico, a me tocca organizzare l'attività dell'UO e ho la responsabilità di evitare disfunzioni organizzative con i correlati rischi anche clinici.


Nell'organizzazione del lavoro quotidiano dobbiamo tener conto dei seguenti dati di fatto:

- la mattina smonta il medico di guardia notturno; non è presente il medico che farà la successiva guardia di notte; non sono presenti altri due medici che saranno presenti di pomeriggio (di questi uno sarà anche reperibile di notte); quindi ogni mattina vi sono 4 unità in meno; da rilevare – per inciso – che uno dei medici ha l'esonero per motivi di salute dalle guardie notturne, un altro ha l'esonero per motivi di salute da tutte le turnazioni – comprese le guardie notturne – e un terzo gode dei privilegi della legge 104;
- i 4 medici di emodinamica sono inseriti in una loro turnazione peculiare per assicurare il servizio h24 e lo svolgimento dell'attività routinaria del loro laboratorio; non partecipano quindi alle turnazioni del reparto; sommati ai precedenti 4 medici raggiungiamo il numero di 8 medici;
- problema ferie: considerando 1. che nel mese di giugno diversi dirigenti medici sono in ferie per esaurire il loro residuo ferie entro il 30 giugno secondo un piano programmato, 2. che abbiamo previsto la ripresa in pieno regime dell'attività dal 15 settembre, 3. che nel calcolo bisogna togliere i 4 medici dell'emodinamica che organizzano autonomamente le loro ferie, ne consegue che, dovendo concedere le legittime ferie estive (il minimo: quindici giorni continuativi) ai rimanenti 17 medici (21 - 4), nel periodo 1 luglio-15 settembre dobbiamo considerare altri 3 medici in meno per 8 settimane circa e 4 in meno per 2 settimane circa.

Nei mesi estivi abbiamo dunque la disponibilità di  $21 - 11 (8 + 3) = 10$  medici per 8 settimane circa e 9 medici per 2 settimane circa.

Quanti medici occorrono ogni mattina per assicurare il funzionamento dell'UO di Cardiologia nel suo ruolo peculiare di struttura deputata all'accoglienza e alla risoluzione delle emergenze cardiologiche del territorio? Il calcolo è il seguente:

- un minimo di 2 medici per il reparto (20 posti letto); da sottolineare il concetto di minimo: in realtà sarebbero necessari almeno 3 medici; il concetto di minimo è legato al periodo estivo;
- un minimo di 3 medici per l'UTIC (12 posti letto); anche qui sarebbero necessari almeno 4 medici;
- un medico per il DH;
- un medico (dal lunedì al sabato) esclusivamente dedicato alle consulenze interne che continuano numerose anche d'estate;

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 86 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

- un minimo di 2 medici per il laboratorio di Ecocardiografia; anche qui sarebbero necessari 3 medici;
- un medico per il laboratorio di Ergometria;
- un medico per l'elettrofisiologia, per l'ambulatorio correlato (controlli PM e defibrillatori) e per l'ECG dinamico.

Ogni mattina è dunque necessaria la presenza di 11 medici, in una valutazione (lo ripetiamo) al minimo.

Nel periodo estivo possiamo contare, per poter assicurare il lavoro peculiare dell'Ospedale (che richiede la presenza di 11 medici) su 10 medici per 8 settimane circa e su 9 medici per 2 settimane circa, con la improbabile speranza che non sopravvengano assenze impreviste.

Ciò significa che in queste condizioni (senza considerare l'attività rivolta all'esterno) verrà in ogni caso imposto ai medici un surplus di lavoro, cioè per esempio talora ci sarà un solo medico nel laboratorio di ecocardiografia o in reparto.


#### 4.

In questa condizione è assolutamente necessario ridurre le prestazioni programmabili esterne (che possono essere eseguite nel territorio). In caso contrario si correrebbe il rischio di prevedibili gravissime inaccettabili disfunzioni organizzative nello svolgimento del lavoro specifico dell'Ospedale.

#### 5.

Ciò premesso, si ribadisce quanto indicato al CUP sulla riduzione estiva di tutte le prestazioni esterne da parte della Cardiologia del Cervello e si prega di voler correggere eventuali modifiche a questo piano di riduzione estivo che possano essere state introdotte senza che ciò mi sia stato comunicato.

In caso contrario, dovendo assicurare tempo-lavoro-unità operativa a questo lavoro "esterno" in questo periodo, sarà impossibile per lo scrivente addirittura organizzare le turnazioni necessarie al lavoro specifico ospedaliero. Inoltre, stante la prevedibilità delle conseguenze derivabili a motivo dell'insufficiente numero di personale medico e dell'eccessivo carico di lavoro, ove si persistesse nell'intendimento di non ridurre nel periodo estivo le attività ambulatoriali e le prestazioni diagnostiche strumentali rivolte ad "esterni", declino ogni responsabilità per le eventuali disfunzioni che potrebbero sorgere e per i non auspicabili danni che potrebbero subire i pazienti ricoverati.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 87 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

B.

In data 2.5.2012 (prot. 439/12/Card) abbiamo inviato una nota al Responsabile del CUP e al Direttore Medico di Presidio concernente la riduzione delle prestazioni ambulatoriali e strumentali per pazienti “esterni” nel periodo estivo, come avvenuto anche negli anni passati.

Come comunicato anche negli anni passati, per esigenze organizzative (ferie ecc.) dobbiamo ridurre le prestazioni ambulatoriali estive rivolte all'esterno (visite, test ergometrici, Holter e soprattutto ecocardiogrammi).

Si chiede quindi la sospensione delle prenotazioni tramite CUP dall'1 giugno al 30 settembre.


Si chiede inoltre di organizzare un incontro in Cardiologia con i responsabili del CUP per poter concordare una soluzione, compatibile con le esigenze “incomprimibili” del reparto (emergenze, ricoveri ecc.) per quei pazienti eventualmente già prenotati nel periodo suddetto.

In questo periodo ovviamente continuerà un'attività ambulatoriale rivolta a pazienti esterni selezionati e gestita direttamente dal personale della Cardiologia nei locali della Cardiologia. Non è superfluo ricordare che, come già segnalato in una nostra nota indirizzata alla Direzione Aziendale concernente il DH (rimasta senza risposta), stiamo studiando soluzioni alternative che impegneranno ulteriormente il personale sanitario (medico e non medico) anche nel periodo estivo; infatti nel periodo estivo continua l'afflusso ininterrotto di pazienti che necessitano di ricoveri in urgenza/emergenza e di pazienti con problematiche “non ambulatoriali” che prima gestivamo con gli accessi in DH oggi giudicati impropri; questi pazienti (anche in estate) hanno bisogno di una soluzione complessa rapida che possiamo offrire loro solo con articolate ed elastiche prestazioni ambulatoriali. Quindi non si interrompe affatto l'ambulatorio.

Ricordo che la ragion d'essere dell'Azienda Ospedaliera è l'attività rivolta al territorio per le emergenze, tra le quali, come è noto, vi è un'altissima incidenza di quelle minacciose cardiologiche potenzialmente letali. Vi è un costante rapporto tra il Pronto Soccorso e la Cardiologia e una squadra di emodinamisti è reperibile h24 per assicurare l'angioplastica primaria in pazienti con infarto miocardico acuto (questa, tra l'altro, è solamente una delle attività per acuti svolta dall'UO). I processi decisionali che il medico deve rapidamente prendere sono complessi e rischiosi (valutazione del dolore toracico; valutazioni sull'opportunità di accertamenti cruenti; valutazioni sulla somministrazione di terapie che di per sé comportano effetti collaterali ecc.). La pressione di questa richiesta del territorio continua invariata lungo i mesi estivi, nei quali l'UO non riduce affatto né la disponibilità dei posti letto né le complesse misure per affrontarla in modo appropriato e vantaggioso per il paziente.

Durante i mesi estivi siamo sempre stati costretti a ridurre l'attività programmabile, aspecifica, non adeguatamente filtrata, rivolta al paziente “esterno” (prestazioni ambulatoriali e prestazioni strumentali), proprio per non intaccare l'attività propriamente ospedaliera di emergenza-urgenza rivolta al territorio. Sarebbe colpevolmente contraddittorio, per le ragioni



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 88 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

specificate, limitare le attività rivolte ai pazienti che vengono in PS e/o che sono ricoverati, in genere in gravi condizioni, per offrire prestazioni ambulatoriali (non in urgenza) al territorio.

Se non si riducessero queste prestazioni programmabili esterne (che possono essere eseguite nel territorio), si correrebbe il rischio di prevedibili gravissime inaccettabili disfunzioni organizzative nello svolgimento del lavoro specifico dell'Ospedale.

Infatti, qualora obbligato ad assicurare tempo-lavoro-unità operativa a questa attività "esterna" in questo periodo, sarà impossibile per lo scrivente addirittura organizzare le turnazioni necessarie al lavoro specifico ospedaliero. Inoltre, stante la prevedibilità delle conseguenze derivabili a motivo dell'eccessivo carico di lavoro, ove non si accettasse la richiesta di riduzione nel periodo estivo delle attività ambulatoriali e delle prestazioni diagnostiche strumentali rivolte agli "esterni", declino ogni responsabilità per le eventuali disfunzioni che potrebbero sorgere e per i non auspicabili danni che potrebbero subire i pazienti ricoverati con le correlate implicazioni medico-legali.

Ad oggi (25 maggio 2012) siamo in attesa di una risposta per affrontare il problema.


## Piano delle attività

Poiché, come abbiamo già avuto modo di rilevare, nel mese di maggio 2012 ancora non sono stati formalizzati i nuovi obiettivi, che rispetto a quelli del 2011 sono stati "integrati" e "cambiati", non si comprende come articolare una discussione sul Piano delle attività. In altra sezione del Manuale comunque il problema degli obiettivi è già stato affrontato. Possiamo quindi concentrarci su di un altro aspetto della qualità. Nella proposta per il 2012 (da negoziare), agli obiettivi "economici" è stato dato il 40% del peso. Ciò è indicativo di una mentalità che deve essere analizzata con attenzione, compresa e disapprovata, in accordo col nostro modo di intendere la qualità.

Lo scenario mondiale è dominato da quell'inarrestabile fenomeno definito "globalizzazione", i cui paladini, sull'onda di una straordinaria efficienza tecnologico-finanziaria, tentano d'acquisire una facciata "culturale" e di intercettare ogni persona con universi autoreferenziali e totalizzanti: il mercato (denaro), lo Stato (potere) e gli strumenti di comunicazione sociale (influenza persuasiva).

Il rischio è il raggiungimento dell'entropia, l'omogeneizzazione della civiltà, la trasformazione dell'uomo da persona libera in strumento manipolabile, la colonizzazione del "mondo della vita" che ancora sfugge all'uniformità dominante. Husserl considera all'origine della crisi delle scienze la riduzione di tutto il reale a fattività empirica. La scienza, in questa deriva positivista, escludendo per principio le questioni più importanti, quelle incandescenti che toccano il significato dell'esistenza umana, si limita a una concezione residuale, quello che resta dopo la de-ontologizzazione del mondo e la de-antropologizzazione dell'uomo. Ma all'origine



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 89 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

c'è sempre il *Lebenswelt*, il mondo vitale quotidiano, il mondo della vita pre-scientifica ed extrascientifica, pre-politica e pre-economica, l'ambito primario d'ogni attività. E' il mondo del significato, ove si integrano tutte le realtà conosciute e sconosciute, con orbite che hanno al centro la persona e non il mercato o lo Stato. Tutte le costruzioni scientifiche, tecniche, politiche, economiche, sociologiche ecc. hanno un significato posteriore e derivato. Le scienze e la stessa civiltà occidentale sono entrate in crisi perché hanno interrotto le radici col terreno nutritivo del *Lebenswelt*, smarrendo in tal modo la strada dei significati e dei fini. Poiché la crisi non è nelle strutture, è prevedibile il fallimento degli interventi limitati esclusivamente alle strutture (peraltro rese dall'autoreferenzialità poco permeabili agli apporti di significato provenienti dal *Lebenswelt*).

La sfida è riuscire a integrare e correggere la grande onda in movimento della globalizzazione, cercando il bandolo della matassa per orientare la civiltà verso uno sviluppo più completo, rintracciando le strade culturali vere (non di facciata) che ci ricolleghino alla realtà, recuperando quell'antropologia forte basata su una intelligenza rivoluzionaria della libertà, riproponendo quelle armonie, quella sapienza di vita, che l'Occidente sembra aver smarrito.


In questo mondo globalizzante la sanità costituisce un esempio di clamorosi squilibri. In una popolazione mondiale dove i tre quarti usufruiscono soltanto d'un quinto dei beni prodotti, la spesa per la sanità (pubblica e privata) ha raggiunto 1700 miliardi di dollari (l'8% circa del prodotto mondiale totale); il 90% è stato speso nei paesi industrializzati (spesa pro capite: 1500 dollari) e il restante 10% nei paesi in via di sviluppo (spesa pro capite: 41 dollari)<sup>17</sup>. C'è dunque un Nord ricco, con abbondanza di beni e servizi, e un Sud (fascia geopolitica ove vive la maggior parte del genere umano) povero talora in modo disperato. Nel nostro piccolo questa dinamica si è riprodotta con un Nord (Ospedale Villa Sofia) e un Sud (Ospedale Cervello).

La globalizzazione può comportare effetti positivi che riducano questi squilibri, uno sforzo creativo in funzione del bene comune, ma può anche comportare effetti negativi ("the dark side of globalization") come l'aggravamento delle esclusioni e delle ingiustizie<sup>18</sup>. Ci lascia perplessi un significativo passaggio di consegne, avvenuto alla fine degli anni Ottanta: i maggiori finanziamenti della sanità non provengono più dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) bensì dalla Banca mondiale (Bm) e dal Fondo monetario internazionale (Fmi). Attualmente l'Oms spende per la sanità meno di un miliardo di dollari mentre la Bm spende più di 2,5 miliardi di dollari. La Bm ha conquistato la leadership mondiale in questo campo: è diventata la più importante agenzia di finanziamento per attività sanitarie (soprattutto nei paesi in via di sviluppo) e l'istituzione più prestigiosa coinvolta in progetti di ricerca sulla politica sanitaria. Vi sono rapporti di collaborazione con l'Oms, sui quali Richard Skolnik della Bm si esprime in termini alquanto crudi: «Le due agenzie sono complementari. Noi abbiamo notevoli competenze nel campo della macroeconomia e grandi disponibilità di denaro; ci manca una competenza specifica sanitaria d'alto livello. L'Oms ha questa competenza sanitaria ma non ha molto denaro»<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> World Bank, *World development report 1993*, Oxford University Press, Oxford, 1993; M H King, *Medicine in an unjust world*, in: *Oxford textbook of medicine*, Oxford University Press, Oxford, 1983, pp. 3.3-3.11.

<sup>18</sup> G Frenk e O Gomez-Dantes, *Globalization and the challenges to health system*, "Br Med J, 2002; 325: 95-7.

<sup>19</sup> Br Med J, 1999; 318: p. 935.

 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 90 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

Come mai una banca si interessa della sanità, diventando addirittura il principale attore sulla scena mondiale e scalzando l'agenzia che può vantare più specifiche competenze tecniche, cioè l'Oms? Si potrebbe intravedere un aspetto inquietante della globalizzazione: il lupo (l'efficienza tecnologico-finanziaria) travestito con la pelle dell'agnello (la cultura della solidarietà) alla ricerca continua di nuovi territori in cui espandersi (i mercati).


Bm e Fmi sono nati nel 1944 dagli accordi di Bretton Woods (New Hampshire) tra i paesi vincitori della guerra, come tentativo d'impostare un approccio globale ai problemi economici, che già allora si presentavano come problemi mondiali. Risiedono in Washington. La Bm ha lo *status* di agenzia dell'Onu. I membri (181 paesi all'inizio del 1998) pagano una quota d'adesione differenziale, dalla quale dipende il potere di voto, calcolata in base al loro peso economico (gli Usa controllano il 17 % dei voti; Usa, Canada, Giappone, Francia, Germania, Gran Bretagna e Italia ne controllano il 45%). Nei primi anni la Bm, che aveva il mandato di finanziare gli investimenti produttivi nei paesi con basso tasso di risparmio, ha concentrato le sue energie per agevolare la ricostruzione dei paesi maggiormente danneggiati dalla guerra, Italia compresa. Intorno alla metà degli anni Cinquanta, con l'impetuosa crescita economica dei paesi europei e del Giappone, i finanziamenti sono stati orientati verso i paesi in via di sviluppo, con prestiti diretti quasi totalmente al finanziamento di progetti, effettuati a tassi d'interesse di mercato ma con scadenze lunghe. Verso la fine degli anni Cinquanta divenne evidente che alcuni paesi erano talmente poveri da non essere in grado di rimborsare prestiti contratti a condizione di mercato e che, almeno nei primi stadi dello sviluppo, vi sono investimenti essenziali che divengono produttivi solo in periodi molto lunghi; in questa fase, soprattutto nei paesi di recente indipendenza, carenti sia di capitale sia di capacità tecniche e organizzative, è necessario fornire anche assistenza tecnica, insieme al sostegno finanziario.

Tra i programmi della Bm c'è dunque l'aiuto economico ai paesi in via di sviluppo, associato in genere a progetti definiti d'"aggiustamento strutturale", che rischiano d'avere un *quid* di ricattatorio ("il programma sarà finanziato se nel paese saranno resi operativi i seguenti cambiamenti strutturali"). I "progetti d'aggiustamento strutturale" recentemente sono diventati "documenti strategici per diminuire la povertà", ma è probabile che al cambiamento dei termini non corrisponda un reale cambiamento di strategia<sup>20</sup>. Salvaguardando la rettitudine delle intenzioni, occorre ricordare come molti dei gravissimi problemi di questi paesi (cominciando dal debito internazionale) siano correlati proprio ad alcuni interventi del Fmi. Catherine Caulfield definisce *masters of illusions* i tecnici della Bm e scrive: «Vi è del vero nell'idea che questo sviluppo sia stato in linea di massima un passaggio di denaro da gente povera dei paesi ricchi a gente ricca dei paesi poveri»<sup>21</sup>. Callisto Modavo, vice presidente della Bm per l'Africa, fa un'autocritica: «Alla fine abbiamo capito d'essere stati arroganti. Siamo andati nei paesi limitandoci a mettere sul tavolo le nostre soluzioni preconfezionate e a farle comprare. Non abbiamo incoraggiato la *partnership*»<sup>22</sup>. L'Unicef ha calcolato che, negli anni Ottanta, gli "aggiustamenti strutturali" nei paesi più poveri dell'Africa e dell'America latina hanno causato

<sup>20</sup> E Verheul e M Rowson, *Poverty reduction strategy papers*, Br Med J, 2001; 323; 120-1.

<sup>21</sup> C Caulfield, *Masters of illusions: The World Bank and the poverty of nations*, Mac Millan, London, 1997.

<sup>22</sup> Br Med J, 1999;318: p. 866.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 91 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

una riduzione del 25% della spesa sanitaria e del 50% della spesa per l'istruzione. Ciò ha determinato probabilmente la morte di mezzo milione di bambini in 12 mesi<sup>23</sup>.

L'interesse per la sanità di queste potenti agenzie inizia nel 1987 col documento *Financing health care. An agenda for reform*, il primo esplicito tentativo della Bm di prendere in mano le sorti della politica sanitaria internazionale. Un passo avanti viene fatto nel 1993, col documento *World development report. Investing in health*. Il documento analizza gli ultimi avvenimenti della sanità mondiale (Aids compreso) valutando criticamente la vecchia distinzione tra malattie infettive (problema dei paesi in via di sviluppo) e malattie cronico-degenerative (problema dei paesi industrializzati). Analizza in dettaglio l'impatto sociale ed economico della malattia, raccomandando l'analisi costo-efficacia per le scelte di politica sanitaria. Il documento contiene anche un'autocritica di precedenti interventi nei paesi in via di sviluppo: ammette infatti che in alcuni casi i programmi d'aggiustamento strutturale sono falliti; che in campo sanitario il concetto di mercato libero può creare problemi; che il pagamento da parte dell'utente di alcune prestazioni è stato talora disastroso (per esempio in Cina nel 1981, dopo l'introduzione d'un ticket per la terapia antitubercolare, un milione e mezzo di casi sono rimasti senza terapia e questo ha determinato un numero addizionale di dieci milioni d'infezioni).

La strategia della Bm si svolge schematicamente lungo tre linee.

1. Sostenibilità delle modalità di finanziamento (i progetti di politica sanitaria della Bm sono rivolti più ai ministri delle finanze che a quelli della sanità).


2. Miglioramento delle prestazioni dei sistemi sanitari con riduzione dell'intervento pubblico e potenziamento della privatizzazione dei servizi sociali; finanziamento pubblico (soprattutto nei paesi in gravi difficoltà economiche) limitato soltanto a pacchetti di servizi essenziali, valutati in base ad analisi costo-efficacia, lasciando il resto al privato; identificazione delle priorità basandosi su criteri tecnici (come il calcolo dei *daly*, elaborati proprio dai tecnici della Bm); partecipazione dei cittadini alle spese col pagamento d'un ticket; introduzione di sistemi d'assicurazione sulle malattie; creazione d'un mercato attivando meccanismi di concorrenza; separazione di finanziamento, acquisto ed erogazione delle prestazioni; decentramento di potere e responsabilità; applicazione alla sanità dei metodi di gestione manageriale delle aziende.

3. Miglioramento della salute, della nutrizione e regolazione della fertilità soprattutto nei paesi più poveri.

Bisogna riflettere su questi problemi con attenzione. Corriamo il rischio infatti di credere che le nostre discussioni di politica sanitaria e le nostre decisioni originino dalla nostra capacità d'analisi della realtà e dalla nostra tradizione culturale; di credere di prendere decisioni libere che in realtà sono già state prese lontano da noi, al di sopra delle nostre teste, e ci vengono imposte pur se con squisita cortesia.

Prima d'accettare *tout court* il modello statunitense, non bisogna dimenticare che il *Welfare State* in Europa, dopo una serie di trasformazioni e correttivi (diversi nei vari paesi), è diventato un prodotto estremamente elaborato e raffinato (pur se in crisi), profondamente diverso

<sup>23</sup> Unicef, *The state of world children*, Oxford University Press, Oxford, 1989, pp. 16-7.


 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 92 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

da quello statunitense che, come prototipo dei vecchi sistemi liberal-residuali, è considerato da alcuni “ancora all’età della pietra”<sup>24</sup>.

Eppure assistiamo alla disseminazione in tutto il mondo (Italia compresa) d’un solo modello di sistema sanitario, quello dell’efficienza manageriale, in genere *neo-taylorista*, considerata come l’unica strada percorribile, quando già se ne intravede l’obsolescenza. Il *taylorismo* prende il nome dall’ingegnere americano Frederick Winslow Taylor (1856-1915), paladino di una gestione scientifica dell’impresa, per ottenere la massima produzione col minimo dei mezzi. L’impresa è un meccanismo che si può smontare e analizzare quantitativamente nei suoi ingranaggi, cioè le fasi del processo produttivo. L’uomo è uno di questi ingranaggi, semispecializzato, quindi meno importante della macchina specializzata (si pensi ai *Tempi moderni* di Chaplin). Il *taylorismo*, rinforzato con tecniche di controllo finanziario, studi del mercato, applicazione della teoria delle decisioni, segna l’*american way of life*, che continua a influenzare l’Europa, emarginando i sistemi produttivi di tipo artigianale o di mestiere. Non tardarono a comparire i problemi: la direzione rigidamente centralizzata non riusciva ad adattarsi con sufficiente flessibilità all’ambiente sociale sempre più complesso e tendente alla globalizzazione; l’efficacia, cioè la finalità dell’impresa intesa in senso più ampio rispetto all’efficienza, era poco considerata; i lavoratori non trovavano giuste motivazioni. Dagli anni Quaranta agli anni Sessanta, sulla spinta della *Harvard business school*, il *taylorismo* è stato oggetto d’un raffinato aggiornamento: il processo manageriale è stato approfondito nei suoi elementi costitutivi, il *planning* (definire gli obiettivi e allocare le risorse), l’*organizing* (impostare il miglior assetto organizzativo), lo *staffing* (inserire la persona giusta al posto giusto), il *leading* (riuscire a far coincidere l’azione dei singoli lavoratori con le finalità dell’impresa) e il *controlling* (valutare il funzionamento dell’impresa); l’impresa è diventata flessibile per potersi adattare al mercato; sono state sviluppate tecniche decisionali più dinamiche, centrate per esempio sulla direzione per obiettivi, che richiede la partecipazione attiva del personale coinvolto; è stata valorizzata la tecnologia informatica; le strategie d’alleanze hanno cominciato ad abbracciare panorami multinazionali; il personale è stato trattato con grande attenzione, non tanto per un aiuto nella ricerca dei significati quanto per un maggiore rendimento (un lavoratore motivato è più efficiente d’un lavoratore demotivato). Oggi è in crisi anche il *neo-taylorismo*. L’impresa, fallito il modello antropologico che la ispirava (l’uomo-macchina per il *taylorismo* o l’uomo-animale addomesticabile per il *neo-taylorismo*), annaspa alla ricerca di un appoggio. L’essenza della crisi è culturale; è necessario prima che si affermi un modello antropologico forte (l’uomo-persona libera piuttosto che l’uomo-macchina o l’uomo-animale), sul quale si possa appoggiare anche una più adeguata filosofia dell’impresa. La crisi dei modelli meccanicistici fa ricomparire, ma ancora quasi per nostalgia e non per elaborazione forte di pensiero, il principale protagonista dell’organizzazione: la persona. Lo statunitense Kenneth Andrews scrive nel 1969 che la direzione delle imprese non può essere definita professionale se non si attiene a indirizzi etici e culturali, che sono più importanti del raggiungimento di risultati economici immediati<sup>25</sup>.


<sup>24</sup> MR Anspach, L’archipel du welfare américain: âge d’abondance, âge de pierre, “Revue du MAUSS”, 1977;7: pp. 37-82.

<sup>25</sup> K Andrews, *Toward professionalism in business management*, Harvard Business Review, 1969, pp. IV-V.

 A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 93 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

E' probabile che l'insistenza ottusa su modelli in via d'obsolescenza contribuisca all'incremento del divario tra il Nord e il Sud del pianeta. E' successo talora che le banche dei paesi occidentali cosiddetti ricchi, per mobilitare eccedenze finanziarie (derivate in massima parte dai depositi arabi nel periodo della crisi petrolifera), abbiano dapprima quasi obbligato paesi del terzo mondo ad accettare finanziamenti eccessivi (che sono serviti spesso per arricchire i satrapi di regimi locali corrotti) per poi esigerne implacabilmente la restituzione coi dovuti interessi. Non stupisce quindi che molti paesi in via di sviluppo spendano oggi per la sanità meno di quanto spendevano nel 1980; gran parte delle loro risorse infatti è utilizzata per pagare i debiti. Ma anche i paesi cosiddetti ricchi hanno i loro problemi. Gli Usa, paese leader del Nord, hanno nel loro interno un Sud rilevante: nonostante il 14% del Pil dedicato alla sanità, vi sono almeno 40 milioni di persone (il 15% circa della popolazione) senza copertura sanitaria e assicurativa<sup>26</sup>. E' la dimostrazione di una lacuna delle teorie liberali fino a ora irrisolta. E' vero che la produzione deve riuscire ad adeguarsi alla domanda dei consumatori ma è anche vero che, se la distribuzione del reddito è diseguale, questo processo offrirà molto (e sempre di più) al ricco (che diventerà sempre più ricco) e poco (e sempre di meno) al povero (che diventerà sempre più povero). Non basta dunque la sola capacità di produzione; è necessaria anche una distribuzione equa del reddito. In altri termini, se le condizioni di partenza sono inique, anche il livello di produzione produrrà effetti sempre più iniqui, indipendentemente dall'efficacia con cui il mercato avrà adeguato la produzione alla richiesta. Questo problema sta alla base dell'antico conflitto tra capitale e lavoro e del recente conflitto, responsabile dell'instabilità dei mercati, tra redditi produttivi, redditi parassitari e redditi derivati dalla speculazione finanziaria.

<sup>26</sup> Economic report of the President, *Washington DC, US Government Printing Office, 1994.*

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 94 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## CAPITOLO 3 – COMUNICAZIONE

### Comunicazione esterna

Gran parte del nostro tempo è (utilmente) dedicata a dialogare con i pazienti e i loro parenti. La quantità dei reclami è molto bassa. La litigiosità in pratica inesistente.

Consideriamo questo dialogo una parte fondamentale del nostro lavoro di medico, che va preservata a ogni costo da una ottusa burocratizzazione.

Comunque, a richiesta, possiamo svolgere un tema sull'argomento nel seguente modo:


L'UO Cardiologia ha stabilito i seguenti criteri e metodi da adottare per la gestione della comunicazione con la propria Utenza a cui fornisce informazioni relative ai servizi offerti.

1. Le informazioni utili (modalità di accesso, orari, servizi offerti dall'UO ecc.) sono riportate su una carta dei servizi specifica dell'UO a disposizione degli Utenti e consegnata ai pazienti al momento del ricovero.
2. Sono definiti i criteri di comunicazione nell'ambito di: accesso telefonico per informazioni sull'Azienda o informazioni relative all'erogazione dei servizi; accesso ai servizi ambulatoriali; colloqui con paziente e parenti; comunicazione dei dati clinici (nel rispetto della normativa vigente); risposta ai reclami; distribuzione di materiale informativo.
3. Per gli esami o per le pratiche terapeutiche che richiedono il consenso informato da parte del paziente sono stati predisposti modelli in cui vengono riportate le informazioni necessarie, in particolare i rischi e i benefici, sicché il paziente possa in qualche modo partecipare al processo decisionale e fornire consapevolmente il consenso. I modelli per il consenso informato sono firmati dal paziente e dal medico.
4. I reclami dei pazienti vengono gestiti secondo una procedura programmata.

**Gestione reclami** – L'Utente insoddisfatto di un aspetto del servizio può reclamare utilizzando il modulo "Rapporto di Reclamo" messo a sua disposizione. Se l'Utente reclama solo verbalmente chi riceve il reclamo lo registra nel modulo suddetto.

Il modulo col reclamo scritto viene inviato al Responsabile del Sistema Qualità o al Direttore dell'UO che verifica, con la eventuale collaborazione dei responsabili di processo



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 95 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

interessati, la fondatezza del reclamo. In ogni caso il reclamo viene registrato nell'apposito Registro.

Se il reclamo non è fondato, il Responsabile del Sistema Qualità o il Direttore dell'UO archiviano il modulo riportandovi il risultato della valutazione.

Se il reclamo è fondato si apre un Rapporto di Non Conformità e si provvede, con la eventuale collaborazione del responsabile del processo interessato dal reclamo, a definire le azioni per la risoluzione del problema evidenziato e la data entro cui tali azioni devono essere intraprese.

Alla data stabilita, il Responsabile del Sistema Qualità verifica la chiusura del reclamo (provvedendo alla registrazione dell'esito positivo e all'archiviazione). In caso negativo (problema non adeguatamente risolto) richiede un ulteriore trattamento del reclamo stesso.

**Misurazione della soddisfazione degli utenti** – Il Responsabile del Sistema Qualità, con la collaborazione del Direttore dell'UO e dell'URP, predispone un questionario da sottoporre agli utenti per misurarne la soddisfazione (Questionario di Customer Satisfaction).

Ogni anno il Responsabile del Sistema Qualità provvede a raccogliere le risposte ai questionari di ritorno dagli utenti e a elaborare i dati in essi contenuti. Tali dati, raccolti in forma di relazione, sono analizzati e discussi in sede di Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità.

La forma (rappresentazione grafica) con cui sono presentati i dati è decisa dallo stesso Responsabile del Sistema Qualità e sarà quella ritenuta più idonea a rappresentare i dati stessi.


## Comunicazione interna

### A. Comunicazione interna con la Direzione, in modo particolare nel momento di discussione del budget.

Da quanto sinora scritto traspare chiaramente la difficoltà ad avere risposte da parte della direzione. Concentriamoci sulla discussione del budget: essa è infatti un momento fondamentale della contrattazione, talmente importante che se non verranno accolte le nostre obiezioni sulla modificazione degli obiettivi proposta per il 2012 non verrà apposta alcuna firma su documenti che propongono obiettivi a priori irraggiungibili.

E' opportuno quindi ricordare il significato specifico del budget.

E' un complesso di procedure integrate atte a controllare la gestione dell'impresa nella sua globalità (Carlesi). E' un programma di gestione riferito all'esercizio futuro che si conclude con

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 96 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

la formulazione d'un bilancio preventivo (Brusa). E' un processo formale con cui periodicamente i diversi organi dell'impresa raggiungono un accordo sull'impiego e sull'allocazione delle risorse disponibili, definiscono gli obiettivi che ciascuno deve perseguire e analizzano le differenze tra obiettivi e risultati, al fine sia di valutare le prestazioni d'ogni organo sia di migliorare il processo decisionale (Amigoni).

Queste definizioni permettono di tracciare un profilo del budget.

1. E' un programma di gestione, strumento del controllo direzionale.

2. Non è sinonimo di bilancio preventivo; la formulazione d'un bilancio preventivo è soltanto la conclusione del budgeting. Il problema non è di "sfumature"; è il confronto tra due filosofie d'impresa profondamente diverse. Il budget inteso come un bilancio preventivo implica un comportamento sostanzialmente passivo sui risultati raggiunti e sulle tendenze in atto, senza un incisivo sforzo di miglioramento della gestione. Inteso come progetto, implica un lavoro per la definizione degli obiettivi da raggiungere e l'individuazione dei mezzi più appropriati, cioè uno sforzo di miglioramento organizzativo e gestionale (ovviamente per stendere un programma alla fine bisognerà pur tracciare un bilancio di previsione che traduca in termini monetari i propri piani e programmi).

3. Ha come punto di partenza gli obiettivi e le strategie elaborate in sede di pianificazione strategica. In pratica è la traduzione in termini analitici, operativi, concreti e cronologici del piano, dopo che ne sia stata accertata la fattibilità. Non si può accettare un piano a priori non fattibile. E' un modello di quello che si andrà a fare in termini economico-finanziari nell'impresa, programmando l'impiego ottimale dei fattori produttivi disponibili per raggiungere gli obiettivi e identificando le linee della gestione per il periodo di riferimento.


4. Richiede uno sguardo d'insieme che abbracci tutta l'impresa (tutte le aree funzionali; tutti i livelli organizzativi, direzionali ed esecutivi; tutti i prodotti; tutti gli aspetti in cui è osservabile la gestione). Richiede quindi l'intervento coordinato dei diversi organi dell'impresa, dei diversi centri di responsabilità che formulano i loro budget specifici. Il budget finale complessivo dell'azienda risulta dalla coordinazione d'una serie di budget organizzati per centri di responsabilità.

5. Richiede una profonda conoscenza della propria impresa e della sua complessità; una valutazione attenta sia della stima della domanda e del livello d'attività richiesto per centro di responsabilità sia della capacità di risposta alla domanda; una conoscenza analitica dei costi, sicché il bilancio finale preventivo che conclude il budgeting possa essere tradotto in termini monetari (a tal proposito il budgeting utilizza la contabilità generale e quella analitica e a esse si raccorda).

6. Implica la continua, dinamica e fisiologica negoziazione tra i responsabili dei centri e gli organi di governo delle aziende; una continua contrattazione tra obiettivi e allocazione di risorse. Nel nostro caso la dinamica della negoziazione fino a ora è stata: richieste nostre e silenzio della Direzione.

7. Si conclude con un documento interno (senza valenze esterne né fini autorizzativi), approvato dalla direzione aziendale e vincolante per i vari organi che hanno partecipato alla stesura.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 97 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

8. Ha come supporto operativo una scheda (scheda di *budget*) che serve a definire concretamente ed esplicitare gli obiettivi rispetto ai quali vengono sensibilizzati i dirigenti aziendali.

9. E' un processo continuo, con controlli periodici infraannuali (per esempio trimestrali), per analizzare le informazioni di ritorno e programmare gli eventuali aggiustamenti.

10. E' una guida per l'azione dei manager e dei direttori ai vari livelli, uno stimolo al lavoro in equipe.

11. E' un fattore di motivazione e di formazione del personale coinvolto, essendo formalizzati ed esplicitati i meccanismi di programmazione e di controllo. Nel *budget* infatti è chiarito cosa ci si aspetta dai vari centri di responsabilità.

12. E' un fattore di trasparenza.


## **B. Comunicazione interna con il personale dell'UO.**

Le attività di comunicazione interna sono relative ai seguenti punti:

- Fornire al personale le necessarie informazioni per il corretto svolgimento delle attività specifiche e per operare scelte decisionali basate su dati di fatto e su evidenze scientifiche.
- Tentare di risolvere problemi specifici.
- Tentare di motivare il personale, nonostante tutto, impegnandolo nell'apprendimento e valutando le osservazioni di ritorno ricevute.

La comunicazione viene effettuata attraverso le seguenti modalità:


- ✓ affissione in bacheca di reparto di informazioni rivolte al personale
- ✓ incontri informali quotidiani: la porta d'ingresso della Direzione è sempre aperta al personale, per incontri diretti senza appuntamenti;
- ✓ comunicazione verbale (data di incontro di riunioni ecc.) o scritta (materiale da valutare ecc.) trasmessa attraverso la Segretaria alle singole persone;
- ✓ incontri periodici di aggiornamento quando possibile;
- ✓ incontri quando necessari (programmati o richiesti dal personale) per affrontare problemi di gestione dell'UO.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 98 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE


## CAPITOLO 4 – ATTREZZATURE

Nella tabella che segue sono elencate le attrezzature dell'UO

OGGETTO	MODELLO
<b>UTIC E DEGENZA</b>	
SISTEMA DI MONITORAGGIO CENTRALIZZATO PROGRAMMATO PER 12 POSTI LETTO	HEWLETT PACKARD
SISTEMA DI MONITORAGGIO CON CENTRALINA E 4 MONITOR VOLANTI	SMU
20 POMPE DI INFUSIONE A SIRINGA	ALARIS
20 POMPE DI INFUSIONE VOLUMETRICHE	ALARIS
3 ELETTROCARDIOGRAFI	MORTARA
1 ELETTROCARDIOGRAFO	CARDIETTE
1 ELETTROCARDIOGRAFO	SMU
1 DEFIBRILLATORE	MEDTRONIC LIFEPAK 20
1 DEFIBRILLATORE	MEDTRONIC LIFEPAK 12
APPARECCHIO PER ULTRAFILTRAZIONE	AQUADEX
<b>LABORATORIO DI EMODINAMICA</b>	
1 UNITA' RADIOLOGICA INTEGRIS 5000	PHILIPS
1 UNITA' RADIOLOGICA ALLURA	PHILIPS
1 POLIGRAFO	PHILIPS
1 POLIGRAFO	MARQUETTE
2 DEFIBRILLATORI	MEDTRONIC LIFEPAK 12
CONTROPULSATORE	ARROW FIBRE OTTICHE
2 ELETTROCARDIOGRAFI	CARDIETTE
1 ASPIRATORE PORTATILE	
1 INIETTORE	MEDRAD
1 INIETTORE	ACIST
1 FFR	ST-JUDE
2 POMPE VOLUMETRICHE	ALARIS
1 POMPA A SIRINGA	ALARIS
1 DETERMINATORE PER ACT	HEMOCROM
<b>LABORATORIO DI ELETTROFISIOLOGIA</b>	
1 INTENSIFICATORE DI BRILLANZA	ANGIO XL VIP 48
1 LAMPADA SCIALITICA	MACH
1 ASPIRATORE	GIMA TOBI HOSPITAL
1 ELETTROCARDIOGRAFO	SMU
1 DEFIBRILLATORE	MEDTRONIC LIFEPAK 12

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 99 DI ___
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

<b>LABORATORIO DI ECOCARDIOGRAFIA</b>	
2 ECOCARDIOGRAFI	VIVID 7 PRO GE
1 ECOCARDIOGRAFO	HEWLETT-PACKARD SONOS 1000
1 ECOCARDIOGRAFO	HEWLETT-PACKARD SONOS 2000
1 ECOCARDIOGRAFO	ACUSON SEQUOIA
1 ECOCARDIOGRAFO PORTATILE	
1 ASPIRATORE	FASET
1 ELETTROCARDIOGRAFO	CARDIETTE
<b>LABORATORIO DI ELETTROCARDIOGRAFIA DINAMICA</b>	
1 LETTORE	DEL MAR AVIONICS
9 REGISTRATORI	DEL MAR AVIONICA
<b>LABORATORIO DI ERGOMETRIA</b>	
1 SISTEMA PER PROVA DA SFORZO	ESAOTE ERGOMILE
1 ELETTROCARDIOGRAFO	SIEMENS MINGOGRAF 420
1 ELETTROCARDIOGRAFO	ESAOTE ACTAPLUS
1 DEFIBRILLATORE (collocato in Medicina Nucleare)	PENTAM PE 300 R
1 TAPPETO ROTANTE (collocato in Medicina Nucleare)	CARNIELLI NRG 17

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 100 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## CAPITOLO 5 – FORMAZIONE

### **Inserimento, affiancamento, addestramento Formazione e Aggiornamento**

#### **A. In teoria.**

Potremmo elencare una serie di adempimenti “burocratici” difficili da realizzare nel contesto.

Potremmo scrivere per esempio:

Per ogni mansione prevista nell'Unità Operativa il Responsabile del Sistema Qualità, con la collaborazione del Direttore dell'UO di Cardiologia e dell'Ufficio URP, compila la scheda “Responsabilità, autorità e competenza” dove vengono riportate le attività svolte, il profilo richiesto al momento dell'assunzione, il percorso formativo e professionale all'interno dell'Unità Operativa.


Il Responsabile del Sistema Qualità, con la collaborazione dei vari Responsabili di Processo, entro il mese di Dicembre di ogni anno esamina le schede “Registrazione, addestramento e formazione” del personale e, confrontandole con le schede “Responsabilità, autorità e competenza”, valuta la necessità di formazione e addestramento relativamente alla mansione svolta. Partendo da questi dati, redige il modulo “Proposta di addestramento e formazione” che sottopone al Direttore dell'Unità Operativa per l'approvazione.

Il Direttore dell'Unità Operativa entro il mese di Dicembre di ogni anno, durante la riunione del Riesame del Sistema Qualità, esamina:

- le schede di formazione del personale, valutando e annotando sulle rispettive schede la necessità di formazione e addestramento con riferimento alle attività svolte
- la proposta di addestramento e formazione redatta dal Responsabile del Sistema Qualità
- le proposte (anche estemporanee) provenienti dai vari Responsabili di Processo o da ogni singolo lavoratore.

Collegialmente vengono decise le attività di addestramento e formazione e viene redatto un “Piano annuale di addestramento e formazione” precisando:

- la descrizione analitica dell'attività
- il luogo della formazione
- i docenti
- il periodo e la durata
- le persone interessate.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 101 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

I Responsabili di Processo propongono attività di formazione e/o addestramento, proprie o del proprio personale, ogni qualvolta se ne verifichi la necessità. Per esempio a causa di:

- assunzione di nuovo personale
- modifica di mansioni
- nuovi processi o metodi di lavoro
- identificazione di carenze di capacità e professionalità.

Le attività di formazione a addestramento vengono di solito effettuate attraverso:

- partecipazione a seminari, corsi esterni e stages finalizzati alla conoscenza di tecnologie, aspetti e metodologie di carattere generale o specifiche
- riunioni interne (talora col supporto di consulenti esterni) per facilitare l'approfondimento e l'implementazione di temi specifici (di particolare importanza gli argomenti inerenti la Qualità)
- divulgazione di pubblicazioni, informazioni o documenti tecnici
- affiancamento a personale più esperto per un determinato periodo di tempo (v. schede ad hoc).


Per ogni corso verrà compilata la scheda "Descrizione del Corso" che riporta l'argomento, i partecipanti, la sede e i docenti. Su questa scheda il Responsabile di Processo riporta, dopo un adeguato lasso di tempo, una valutazione sull'efficacia della formazione effettuata sulla base delle competenze acquisite dai partecipanti.

Criteri di valutazione sono:

- i risultati ottenuti in base agli obiettivi
- i risultati ottenuti in riferimento all'applicazione dei processi operativi del Sistema Generale Qualità mediante l'esito delle verifiche interne
- la partecipazione costruttiva al miglioramento delle attività.

Il Responsabile del Sistema Qualità effettuerà la registrazione dell'attività sulla scheda personale.

Nel corso dell'anno, in occasione di corsi, convegni, congressi ecc. di particolare interesse per il lavoro specifico svolto nell'UO, i vari responsabili interessati propongono al Direttore dell'UO la partecipazione del personale ritenuto idoneo a seguire i suddetti eventi traendone un arricchimento formativo ai fini dello svolgimento delle attività aziendali. Queste proposte relative alla formazione e all'addestramento devono essere sottoposte all'approvazione del Direttore dell'UO utilizzando il modulo "Proposta di formazione e aggiornamento". Il Direttore valuta la proposta e può approvarla o rigettarla (con motivazione scritta).

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 102 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## B. In pratica.

Come si può identificare un Responsabile della Qualità in un sistema che ha come obiettivo prioritario la sopravvivenza, non per sé stesso ma per il rispetto dei malati? Che senso ha parlare di “analisi della richiesta formativa”?

Come si può parlare di formazione se uno degli strumenti fondamentali per l'aggiornamento (l'accesso al data base di Pittsburgh) dall'ottobre 2009 non è più attivo? Che senso ha organizzare riunioni “formative” quando le uniche riunioni veramente significative sarebbero quelle per addestrare il personale alla valutazione critica di una letteratura che non è più facilmente accessibile?

I nostri pazienti comunque possono stare tranquilli.

Noi partecipiamo a registri e a sperimentazioni (che presuppongono conoscenza scientifica e comportano aggiornamento quasi automatico). Ogni anno viene valutata, in base a indicatori specifici, la qualità della ricerca clinica cardiologica dei Centri che partecipano ai lavori gestiti dal Centro Studi ANMCO (molti dei quali sono prestigiosi studi policentrici internazionali) e l'UO di Cardiologia del PO V. Cervello nei settori nei quali è stata coinvolta ha avuto un punteggio medio ampiamente superiore alla media nazionale e spesso il massimo punteggio (dieci).

Siamo stati chiamati come revisori da riviste prestigiose (per esempio The Lancet, la più famosa rivista medica).

Siamo stati chiamati a partecipare al progetto MORE (*McMaster Online Rating of Evidence*) della McMaster University del Canada.

Siamo stati chiamati a contribuire alla parte cardiologica di *DynaMed*, programma statunitense di Evidence-based clinical reference, considerato oggi superiore a *Up-to-date*.


Anche in questo campo però la politica aziendale ci fornisce esempi illuminanti di comportamento paradossale.

Il 3 giugno 2010 (prot. 199/10/Card) abbiamo inviato una nota al Direttore Sanitario per illustrargli la situazione del laboratorio di Elettrofisiologia. Non c'è mai stata alcuna risposta.

Il 7 novembre 2011 (prot. 700/11/Card) abbiamo comunicato al Direttore Sanitario che l'unico esperto in Elettrofisiologia avrebbe anticipato il suo pensionamento al febbraio 2012. Nessuna risposta. Solo generiche affermazioni che tutto sarebbe stato risolto in sede dipartimentale.

Abbiamo provveduto ad affiancare all'elettrofisiologo un altro Dirigente da addestrare rapidamente.

Abbiamo chiesto, dopo averne saggiato la disponibilità, che il nostro elettrofisiologo, dopo il pensionamento, potesse continuare a prestare opera di consulenza e addestramento nel campo dei dispositivi impiantabili, a titolo gratuito e coperto da propria assicurazione professionale. La richiesta, dopo aver ottenuto il nulla osta del Direttore Sanitario, è stata accolta dall'Amministrazione con delibera 868 del 3 maggio 2012. La delibera è stata formulata però in

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 103 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

modo equivoco: si prende atto della nostra richiesta, del parere favorevole del Direttore Sanitario; però si autorizza il medico a “prestare attività medica ambulatoriale a titolo completamente gratuito”. E il suo compito di addestramento?

Avevamo intenzione di far svolgere al nuovo elettrofisiologo un periodo intensivo di addestramento presso l'UO di Cardiologia dell'AO Ospedale Civico nel mese di maggio (dopo è impossibile, infatti con l'inizio del periodo estivo non si possono più programmare assenze prolungate dei medici) dandone comunicazione alla Direzione in data 5.4.2012. La scelta dell'Ospedale Civico invece di Villa Sofia risponde a motivazioni precise.

Il 17 aprile abbiamo ricevuto (per conoscenza) una lettera piena di accuse gratuite da parte del Direttore del Dipartimento. In pratica veniva negata la possibilità dello stage di addestramento al Civico.

Nonostante tutto abbiamo, in data 27 aprile (prot. 432/12/Card) abbiamo accettato che il medico frequentasse Villa Sofia. Ho chiesto al Direttore Sanitario di identificare un tutor col quale concordare il percorso di formazione (anche alla luce delle mie perplessità sullo svolgimento dell'addestramento a Villa Sofia).

In data 16 maggio abbiamo ricevuto una fotocopia dell'ultima nostra lettera con una scritta vergata dal Direttore Sanitario: “NO per frequenza a Villa Sofia. Tutor proposto dott. XY”.

In data 18 maggio abbiamo inviato un fax al dottor XY per potergli parlare per definire i particolari.

Al momento attuale (25 maggio 2012) non abbiamo ricevuto ancora risposta.


E' questa la modalità di gestire l'addestramento?

Il mese di maggio è passato inutilmente.

Il ritardo per il rallentamento dell'addestramento si tradurrà inevitabilmente in un ritardo nella realizzazione degli obiettivi del 2012, qualunque essi siano.

Il problema riportato è (per ricorrere a una analogia) la descrizione di un quadro clinico chiaro. La sintomatologia e la fisiopatologia tradiscono una **evidente mancanza dell'attenzione che sarebbe necessaria** da parte della Direzione verso l'UO di Cardiologia del PO “V. Cervello”.

Non mi pronuncio sulla etiologia.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 104 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## CAPITOLO 6 – SISTEMA INFORMATIVO

Vi è uno scambio continuo bidirezionale di dati tra l'UO e il Sistema Informativo e Statistico dell'Azienda.


I rapporti sono eccellenti.

Possiamo controllare continuamente i periodici report che arrivano con continuità ed avere in tal modo un quadro preciso della situazione.

Ho sempre avuto risposte immediate ai miei frequenti dubbi.


Ho ricevuto sempre, quando richiesti, dati aggiuntivi.



 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 105 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE


## CAPITOLO 7 – PROCEDURE

Livello di applicazione	Titolo procedura	Requisito da soddisfare
Procedura aziendale	1	
Procedura dipartimentale/struttura	1	
Procedura di U.O./A.O.:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedura per il ricovero del paziente in regime ordinario.</li> <li>2. Procedura per la cardioversione elettrica.</li> <li>3. Procedura per l'impianto di pace-maker provvisorio.</li> <li>4. Procedura per l'impianto di pace-maker definitivo.</li> <li>5. Procedura per l'impianto di defibrillatore automatico.</li> <li>6. Procedura per l'impianto di defibrillatore-resincronizzatore.</li> <li>7. Procedura per la sicurezza dei pazienti per i quali può rendersi necessario il trasferimento in altro Ospedale dell'AO per l'impianto di device di elettrostimolazione</li> <li>8. Procedura per l'ecocardiografia standard.</li> <li>9. Procedura per l'ecografia Doppler vascolare.</li> <li>10. Procedura per l'ecocardiografia da stress.</li> <li>11. Procedura per l'ecocardiografia transesofagea.</li> <li>12. Procedura per la prova da sforzo.</li> </ol>	

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 106 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

	<ul style="list-style-type: none"> <li>13. Procedura per la scintigrafia miocardica da sforzo.</li> <li>14. Procedura per il test da sforzo cardiopolmonare.</li> <li>15. Procedura per l'elettrocardiografia dinamica</li> <li>16. Procedura diagnostica per coronarografia</li> <li>17. Procedura interventistica di angioplastica</li> <li>18. Procedura per il trasporto di pazienti cardiopatici presso altri Istituti per acuti</li> </ul>	
--	--	--

Linee guida – Nell'UO Cardiologia II vengono adottate le linee guida delle principali Società di Cardiologia. E' in atto un lavoro continuo di implementazione dell'uso di queste linee guida (che sono disponibili in formato PDF nei computer dell'UO).

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 107 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## CAPITOLO 8 – VERIFICA DEI RISULTATI

### A. Forma.

Le verifiche sono pianificate all'inizio di ogni anno dal Responsabile del Sistema Qualità. Il piano è approvato dal Direttore dell'UO e trasmesso per conoscenza a tutto il personale. In ogni caso possono essere previste anche verifiche non pianificate.

La filosofia di base è che pianificazione e controllo sono espressioni dello stesso processo; tra le due attività non c'è sostanziale differenza di metodi, strumenti e persone coinvolte. In altri termini chi ha la responsabilità di gestire gli obiettivi e suggerire gli indicatori specifici ha anche la responsabilità di verificarne la realizzazione.

Essendo l'obiettivo un obiettivo di servizio alla persona (fornire prestazioni conformi alle specifiche predefinite e ottenere la piena soddisfazione dell'Utente), ci sembra particolarmente interessante analizzare come venga gestita la Non Conformità nell'Unità Operativa Cardiologia.

Le NC possono essere rilevate internamente o a seguito di reclamo da parte dell'Utente.

La gestione della Non Conformità (NC), suddivisa in trattamento della NC e documentazione della stessa, è regolata in termini generali dal seguente iter:


- registrazione della NC a cura dell'operatore che la rileva o a cura del responsabile del processo interessato che la formalizza in un modulo ("Rapporto di Non Conformità")
- identificazione del servizio o dell'apparecchiatura NC
- individuazione delle cause della NC e relativo trattamento
- chiusura della NC.

L'UO di Cardiologia ne ha previsto una classificazione secondo le seguenti tipologie:

- NC a seguito del reclamo dell'Utente
- NC rilevata durante l'erogazione del servizio
- NC rilevata sulle forniture
- NC sul Sistema Qualità
- NC diverse da quelle previste nei punti precedenti.

Le condizioni di NC sono generalmente determinate da:

- stesura di documenti in forma non completa o inadeguata allo scopo per cui sono destinati
- svolgimento di attività in contrasto con procedure stabilite
- ogni altra situazione che possa compromettere il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 108 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

L'operatore che ha rilevato la NC o il responsabile del Sistema Qualità compila un modulo ad hoc ("Rapporto di Non Conformità") ove inserisce le seguenti informazioni:

- tipologia della NC
- eventuale riferimento a documentazione del Sistema Qualità, documentazione esterna, bolla del fornitore ecc.
- descrizione dettagliata della NC
- data del riscontro e firma del compilatore.

L'eventuale apparecchiatura NC viene identificata con un cartellino riportante la dicitura "Sotto controllo", in attesa di decisione sul trattamento della NC.

Il modulo compilato viene trasmesso al responsabile del processo ove è stata rilevata la NC che informa il Responsabile del Sistema Qualità. Il responsabile del processo analizza le cause della NC indicando nel modulo:

- l'azione da intraprendere
- il responsabile dell'azione
- il tempo entro cui tale azione dovrà essere espletata.

Una volta completato il trattamento della NC il responsabile del processo interessato verifica l'esito del trattamento riportandone il risultato sul modulo.

Il modulo, firmato dal responsabile del processo dopo la valutazione e il trattamento della NC, viene inviato al Responsabile del Sistema Qualità che archivia la NC se la verifica ha avuto esito positivo.

Se la verifica ha esito negativo occorre aprire nuovamente un processo di azioni correttive e preventive per quella NC


I moduli utilizzati per la segnalazione di NC servono al Responsabile del Sistema Qualità per esercitare sia un'adeguata attività di sorveglianza sulle modalità di gestione delle singole situazioni di NC sia un'attività di riesame allo scopo di valutare l'opportunità di avviare adeguata azioni correttive aventi lo scopo di prevenire il ripetersi dello NC stesse.

Le informazioni desunte da questi moduli (elaborate dal Responsabile del Sistema Qualità) vengono inoltre utilizzate al fine di individuare NC sistematiche o aree di criticità e di valutare la necessità di avviare azioni correttive o preventive finalizzate a ridurre al minimo i rischi di non qualità.

In occasioni delle riunioni del Comitato per la Qualità. Il Responsabile riferirà sulle NC rilevate e sui reclami pervenuti.

## **B. Sostanza.**


Il lettore di questo manuale può rendersi conto che stiamo trattando di vere e proprie "situazioni che possono compromettere il raggiungimento degli obiettivi", a cominciare

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 109 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

dall'obiettivo principale per una UO ospedaliera di Cardiologia, che è quello di fornire una prestazione adeguata, sicura, efficace ed efficiente al paziente che per problemi cardiologici si rivolge alla nostra UO. Una vera e propria **condizione di non conformità**.

Che fare?

Forse le nostre numerose lettere non sono state prese in considerazione perché non scritte su una apposita modulistica?

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 110 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## CAPITOLO 9 – MIGLIORAMENTO

### A. Forma.

Ancora una volta potremmo fare una descrizione teorica.  
Potremmo per esempio scrivere:

In un Comitato per la Qualità, specifico per l'Unità Operativa Cardiologia, coordinato da un Responsabile del Sistema Qualità, sono rappresentate le varie figure professionali dell'UO.

Il processo descritto è necessario al fine di ottenere prodotti conformi alle specifiche predefinite (gli obiettivi formulati a vario livello) e la piena soddisfazione degli utenti.

1. L'Unità Operativa Cardiologia, in relazione alla sua attività di servizio per l'Utenza (analiticamente scomponibile in obiettivi, processi ecc.) individua degli indicatori utilizzati per misurare:


- l'affidabilità e le prestazioni dei processi
- le caratteristiche dei servizi offerti
- l'adeguatezza del Sistema di Gestione della Qualità.

2. L'individuazione degli indicatori risponde a una esigenza di miglioramento continuo che l'UO intende perseguire. Infatti sulla base dei risultati ottenuti dalle misurazioni effettuate sono identificate e messe in atto opportune azioni correttive e/o preventive allo scopo di migliorare la qualità dei processi e/o dei servizi.

3. Con cadenza annuale (in sede di Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità) il Direttore dell'UO, con il supporto dei report statistici prodotti durante l'anno, stabilisce gli obiettivi per la qualità (nel contesto degli obiettivi aziendali) e le politiche di miglioramento da adottare.

4. La responsabilità della raccolta dei dati è assegnata al Responsabile del Sistema Qualità al quale i diversi responsabili di processo forniscono i dati relativi ai singoli indicatori.

5. Al Responsabile del Sistema Qualità spetta il compito di elaborare i dati raccolti e presentare al Direttore dell'UO un rapporto nel quale sono sintetizzati i risultati ottenuti e le loro interpretazioni.


 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 111 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## **B. Sostanza.**

Come si può parlare di miglioramento in relazione a una situazione attualmente poco sostenibile che si preannuncia disastrosa per il prossimo futuro?

Basti ricordare la poco accorta identificazioni delle Unità Operative Semplici. Ne sono state identificate due a valenza dipartimentale: Emodinamica ed Elettrofisiologia. Ma la valenza dipartimentale coinvolge due Ospedali geograficamente distanti: non si possono sganciare queste attività dalle due UOC e dar loro autonomia. La necessaria sinergia funzionale della Cardiologia di Villa Sofia e di quella del Cervello poteva essere raggiunta senza determinare aumenti impropri di complessità burocratica che si tradurranno (come si è già potuto notare) in problemi di difficile gestione dei quali, al solito, faranno le spese i pazienti.


E' questa la qualità?

 <p>A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Palermo</p>	MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 112 DI __
	CARDIOLOGIA	
	Dott: FRANCESCO ENIA	DATA ULTIMA REVISIONE

## ALLEGATI

- Schede per la valutazione del processo di inserimento di dirigenti medici neo assunti nell'Unità Operativa
- Schede per la valutazione (1) del processo di inserimento di IP/tecnicisti neo assunti nell'Unità Operativa
- Schede per la valutazione (2) del processo di inserimento di IP/tecnicisti neo assunti nell'Unità Operativa
- Schede per la valutazione (3) del processo di inserimento di IP/tecnicisti neo assunti nell'Unità Operativa



 <b>Azienda Ospedaliera  "V. Cervello" Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL  MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA  REVISIONE</b>

### VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI INSERIMENTO NUOVI DIRIGENTI MEDICI

Il Dott. \_\_\_\_\_  
assegnato alla U.O. di \_\_\_\_\_  
viene affidato per l'inserimento al Dott. \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Il Direttore della U.O. \_\_\_\_\_

Valutazione dopo il \_\_\_\_\_

- Conosce mission e vision dell'Unità Operativa
- Conosce le figure professionali presenti nell'U.O. e le loro attività
- Conosce la pianificazione e la strutturazione oraria del servizio della U.O.
- Conosce gli spazi della struttura
- Conosce la dislocazione delle apparecchiature in uso, conosce l'utilizzo degli specifici modelli disponibili
- Conosce le modalità di intervento specialistico presso altre UU.OO.
- Conosce la modulistica in uso
- Conosce la cartella clinica in uso
- Conosce i protocolli diagnostico terapeutici utilizzati

Può essere avviato alla Fase 2 – Autonomia supportata

Data \_\_\_\_\_ Il Medico di riferimento \_\_\_\_\_ Il Direttore \_\_\_\_\_

Valutazione del \_\_\_\_\_ Può essere inserito in completa autonomia?

SI

NO  Prosegue in autonomia supportata ancora fino al \_\_\_\_\_


Data \_\_\_\_\_ Il Medico di riferimento \_\_\_\_\_ Il Direttore \_\_\_\_\_

Valutazione del \_\_\_\_\_ Può essere inserito in completa autonomia?

SI

NO  Prosegue in autonomia supportata ancora fino al \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il Medico di riferimento \_\_\_\_\_ Il Direttore \_\_\_\_\_

 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

**Scheda (1) di valutazione dell'I.P. / Tecnico neo assunto – neo inserito**

Cognome e Nome	Periodo di verifica

Valutazione dopo \_\_\_\_\_ giorni

Valutazione dopo _____ giorni	Autovalutazione	Valutazione del Referente
Gestisce la propria sicurezza con l'igiene personale e utilizza i presidi di prevenzione	A B C D E	A B C D E
Conosce le finalità del servizio	A B C D E	A B C D E
Riconosce le figure professionali che ruotano nel reparto	A B C D E	A B C D E
Conosce la turistica	A B C D E	A B C D E
Conosce gli spazi del reparto e tutte le zone operative	A B C D E	A B C D E
Conosce la dislocazione del materiale e delle apparecchiature in uso comune e d'urgenza	A B C D E	A B C D E
Ha appreso la compilazione della modulistica e della cartella infermieristica	A B C D E	A B C D E
Sa come e quando riordinare l'unità del paziente	A B C D E	A B C D E
Conosce il protocollo d'igiene e di mobilità del paziente	A B C D E	A B C D E
E' in grado di somministrare la terapia ed eseguire i prelievi venosi (solo I.P.)	A B C D E	A B C D E
Prende visione autonomamente dei protocolli dell'unità operativa	A B C D E	A B C D E
Conosce le modalità di smaltimento rifiuti e biancheria	A B C D E	A B C D E
Conosce le modalità di riordino del materiale inviato alla sterilizzazione	A B C D E	A B C D E
Ha preso visione del manuale di accreditamento e della politica dell'U.O., dell'organigramma e delle responsabilità delegate	A B C D E	A B C D E

Note

---




---

Firma Neo assunto

Data \_\_\_\_\_

I.P. Referente

Capo Sala

 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

**Scheda (2) di valutazione dell'I.P. / Tecnico neo assunto – neo inserito**

Cognome e Nome	Periodo di verifica

Valutazione dopo \_\_\_\_\_ giorni

	Autovalutazione	Valutazione del Referente
Gestisce autonomamente le competenze proprie della qualifica	A B C D E	A B C D E
E' in grado di valutare nell'utente le condizioni generali	A B C D E	A B C D E
Informa correttamente l'utente riguardo il suo iter assistenziale	A B C D E	A B C D E
Monitorizza correttamente il paziente e riconosce i livelli d'allarme	A B C D E	A B C D E
Ha stabilito buoni rapporti coi colleghi e con le altre figure che operano nella U.O.	A B C D E	A B C D E
Conosce l'ubicazione del materiale e delle apparecchiature in uso comune e d'urgenza	A B C D E	A B C D E
Compila autonomamente la modulistica e la cartella infermieristica	A B C D E	A B C D E
Posiziona correttamente i presidi in uso nel reparto	A B C D E	A B C D E

Note

---




---

Firma Neo assunto

Data \_\_\_\_\_

I.P. Referente

Capo Sala

 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

**Scheda (3) di valutazione dell'I.P. / Tecnico neo assunto – neo inserito**

Cognome e Nome	Periodo di verifica

Valutazione dopo \_\_\_\_\_ giorni

	Autovalutazione	Valutazione del Referente
Gestisce autonomamente il paziente critico	A B C D E	A B C D E
Conosce ed utilizza i protocolli e le procedure in uso nel reparto	A B C D E	A B C D E
Evidenzia i fabbisogni di farmacia	A B C D E	A B C D E
Evidenzia i fabbisogni di materiale sanitario	A B C D E	A B C D E
Conosce ed applica tutte le procedure	A B C D E	A B C D E
Gestisce le urgenze sia di tipo chirurgico che medico	A B C D E	A B C D E
Si rapporta correttamente con l'èquipe e l'utenza	A B C D E	A B C D E

Note

---




---

Firma Neo assunto

Data \_\_\_\_\_

I.P. Referente

Capo Sala

 <b>Azienda Ospedaliera  “V. Cervello” Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL  MANUALE DELL’UNITA’ OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA  REVISIONE</b>

## **1. Procedura per il ricovero del paziente in regime ordinario**

Il paziente, appena arriva in reparto, viene visitato immediatamente dal medico di reparto (se il ricovero avviene la mattina dalle 8 alle 14) o dal medico di guardia. Il medico definisce i problemi e formula un programma per ogni problema, che comprende anche l’iter diagnostico e la terapia. Tutto questo viene scritto in una cartella *problem-oriented*.

L’infermiere collabora col medico. Dopo aver preparato il posto letto, esegue i monitoraggi necessari (ritmo cardiaco, inserzione di catetere vescicale ecc.), esegue l’elettrocardiogramma e i prelievi richiesti dal medico.


La terapia è trascritta in un foglio ad hoc, che è inserito in una carpetta, conservata in Medicheria. In questo foglio sono indicate anche le eventuali diete seguire dal paziente.

Il paziente è seguito quotidianamente e i dati sono trascritti nella cartella clinica (dal medico) e nella cartella infermieristica (dall’infermiere).


In caso di necessità di procedure interventistiche il paziente è accompagnato da un medico e da un infermiere in Emodinamica (spesso restando nella barella del Pronto soccorso).

La dimissione può avvenire in vario modo:

1. Dimissione ordinaria. Viene data al paziente una relazione completa che indica la diagnosi, il motivo del ricovero, i problemi insorti durante il ricovero, l’andamento, la terapia consigliata, le prenotazioni programmate (visita ambulatoriale o controllo in DH o esecuzione di esami in post-ospedalizzazione). Vengono allegate anche le fotocopie degli esami eseguiti. Viene chiaramente indicato nella relazione se è necessario programmare un intervento cardiocirurgico non urgente, lasciando libero il paziente sulla scelta del chirurgo di fiducia.
2. Trasferimento in Cardiocirurgia per un intervento in emergenza (per esempio dissecazione aortica ecc.). In questo caso i medici responsabili contattano preliminarmente i Centri di Cardiocirurgia palermitani e identificano quello che offre la disponibilità dell’intervento nel tempo più breve. Il paziente viene trasferito con l’Ambulanza del nostro Ospedale, accompagnato da un cardiologo e da un infermiere del reparto, attrezzati per le eventuali manovre di rianimazione. Anche in questo caso viene fornita una relazione con la documentazione necessaria allegata.
3. Trasferimento in Cardiocirurgia per un intervento urgente ma non in emergenza (per esempio malattia coronarica sintomatica). In questo caso forniamo al paziente e ai parenti i nomi dei Chirurghi dei Centri palermitani e provvediamo al trasferimento nella Cardiocirurgia da loro scelta e da noi successivamente contattata. Anche in questo caso il paziente viene trasferito con l’Ambulanza del nostro Ospedale, accompagnato da un cardiologo e da un infermiere del reparto, attrezzati per le eventuali manovre di rianimazione. Anche in questo caso viene fornita una relazione con la documentazione necessaria allegata.
4. Trasferimento in un altro Reparto dell’Ospedale (per esempio: paziente ricoverato in Cardiologia con appendicite acuta da operare).

 <b>Azienda Ospedaliera  “V. Cervello” Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL  MANUALE DELL’UNITA’ OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA  REVISIONE</b>

5. Decesso. La salma viene trasferita in Camera mortuaria e il medico che ha assistito il paziente fino al decesso esplica le formalità necessarie (valutando anche la possibilità di donazione delle cornee).

 <b>Azienda Ospedaliera  “V. Cervello” Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL  MANUALE DELL’UNITA’ OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA  REVISIONE</b>

## **2. Procedura per la cardioversione elettrica.**

### **Descrizione**

Tentativo di ripristino del ritmo sinusale in pazienti con fibrillazione striale mal tollerata.

La cardioversione è eseguita in una stanza dedicata esclusivamente a questa procedura, con paziente in regime di ricovero ordinario o in DH.

Previo accertamento del consenso informato, delle condizioni cliniche e di una adeguata terapia anticoagulante, secondo le attuali linee guida, si procede alla monitorizzazione del ritmo cardiaco, a predisporre un accesso venoso e a somministrare una blanda anestesia venosa, di solito con propofol, sotto la supervisione dell’anestesista, che è sempre presente per eventuali manovre rianimatorie.


Si applicano le piastre dell’apparecchio defibrillatore sul torace (entrambe anteriormente o una anteriormente e una posteriormente).

Dopo essersi assicurati di una adeguata sincronizzazione con l’onda R del complesso QRS, si somministra una scarica elettrica in corrente diretta, usualmente nel range di 100-200 joules, con forma d’onda bifasica. In caso di insuccesso si può erogare una scarica di maggiore intensità.

Si procede quindi al risveglio del paziente, che viene trattenuto alcune ore dopo la procedura (se è ricoverato in DH).

### **Personale necessario:**

- un dirigente medico specialista in cardiologia
- un dirigente medico specialista in anestesia e rianimazione
- un infermiere professionale esperto nella tecnica

 <b>Azienda Ospedaliera  “V. Cervello” Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL  MANUALE DELL’UNITA’ OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA  REVISIONE</b>

### **3. Procedura per l’impianto di pacemaker provvisorio.**

#### **Descrizione**

Applicazione di un dispositivo temporaneo di stimolazione elettrica attraverso il ventricolo destro.

Previo accertamento del consenso informato, se del caso\*, e delle condizioni cliniche si procede a monitoraggio del ritmo cardiaco, a predisporre un accesso venoso assicurandosi di avere a disposizione il necessario per eventuale intubazione oro-tracheale e quanto utile per eventuali manovre rianimatorie. Si esegue antibiotico profilassi con una cefalosporina di I generazione.

Dopo aver praticato l’anestesia locale, si punge la vena femorale o si isola chirurgicamente una vena brachiale.

Si introduce un elettrocatetere, attraverso il sistema venoso, nel ventricolo destro, ancorandone la punta nella porzione trabecolata. Il monitoraggio radiologico avviene tramite un intensificatore di brillanza. L’operatore è protetto da grembiuli di piombo.

Si controllano le grandezze elettriche, principalmente l’ampiezza del QRS endocavitario e la soglia di stimolazione.

Si ancora l’elettrodo alla cute e si collega allo stimolatore esterno, che viene programmato caso per caso, secondo le necessità.


#### **Personale necessario:**

- un dirigente medico specialista in cardiologia
- un infermiere professionale esperto nella tecnica
- un tecnico di radiologia se ritenuto necessario.

---

\* In condizioni di emergenza – per esempio paziente con blocco cardiaco completo – riteniamo non opportuna la richiesta di consenso per una procedura standard e da eseguire con urgenza. In ogni caso, parliamo sempre con i parenti.



 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

#### **4. Procedure per l'impianto di pacemaker definitivo.**

##### **Descrizione**

Applicazione di un dispositivo di stimolazione elettrica nelle cavità cardiache di destra.

Previo accertamento del consenso informato e delle condizioni cliniche, si procede alla monitorizzazione del ritmo cardiaco e a predisporre un accesso venoso. L'antibiotico profilassi è eseguita con una cefalosporina di I generazione.

L'intervento è eseguito in una piccola sala operatoria adibita soltanto a questi impianti e adeguatamente attrezzata e controllata.

Dopo aver praticato l'anestesia locale, si incide la cute del torace, anteriormente, poco al di sotto della clavicola e si confeziona una tasca sottocutanea per il dispositivo.

Si isola chirurgicamente la vena cefalica o si punge la vena succlavia.

Si introducono uno o due elettrocateri (a secondo il tipo di pacemaker scelto) nel sistema venoso e da qui nelle cavità cardiache di destra (atrio e ventricolo). Il percorso dei cateteri è seguito con un intensificatore di brillanza. Il personale è adeguatamente protetto con camici di piombo e sottoposto ai controlli periodici per la radioprotezione, previsti dalla normativa vigente.

Si controllano le grandezze elettriche, principalmente l'ampiezza del QRS endocavitario e la soglia di stimolazione.

Si ancorano gli elettrodi e si collegano allo stimolatore; si seppellisce il dispositivo nel tessuto sottocutaneo. Si procede quindi alla sutura della tasca sottocutanea e della cute.


Il paziente viene tenuto in regime di ricovero ordinario per qualche giorno. Viene eseguito un controllo radiografico standard (proiezioni antero-posteriore e obliqua anteriore destra). Il *pace-maker* viene controllato quotidianamente.

I punti di sutura vengono tolti dopo almeno 8 giorni.

Il paziente entra in un programma di controlli ambulatoriali prefissati.

##### **Personale necessario:**

- un dirigente medico specialista in cardiologia
- un infermiere professionale esperto nella tecnica
- un tecnico di radiologia se ritenuto necessario.

 <b>Azienda Ospedaliera  “V. Cervello” Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL  MANUALE DELL’UNITA’ OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA  REVISIONE</b>

## **5. Procedura per l’impianto di defibrillatore.**

### **Descrizione**

Applicazione di un dispositivo di stimolazione elettrica nelle cavità cardiache di destra capace di prevenzione della morte improvvisa.

Previo accertamento del consenso informato e delle condizioni cliniche, si procede alla monitoraggio del ritmo cardiaco e a predisporre un accesso venoso. L’antibiotico profilassi è eseguita con una cefalosporina di I generazione.

L’intervento è eseguito in una piccola sala operatoria adibita soltanto a questi impianti e adeguatamente attrezzata e controllata.

Dopo aver praticato l’anestesia locale, si incide la cute del torace, anteriormente, poco al di sotto della clavicola e si confeziona una tasca sottocutanea per il dispositivo.

Si isola chirurgicamente la vena cefalica o si punge la vena succlavia.

Si introducono uno o due elettrocateri (a secondo il tipo di pacemaker scelto) nel sistema venoso e da qui nelle cavità cardiache di destra (atrio e ventricolo). Il percorso dei cateteri è seguito con un intensificatore di brillanza. Il personale è adeguatamente protetto con camici di piombo e sottoposto ai controlli periodici per la radioprotezione, previsti dalla normativa vigente.


Si controllano le grandezze elettriche, principalmente l’ampiezza del QRS endocavitario e la soglia di stimolazione.

Si ancorano gli elettrodi e si collegano allo stimolatore; si seppellisce il dispositivo nel tessuto sottocutaneo. Si procede quindi alla sutura della tasca sottocutanea e della cute

Il paziente viene tenuto in regime di ricovero ordinario per qualche giorno. Viene eseguito un controllo radiografico standard (proiezioni antero-posteriore e obliqua anteriore destra). Il dispositivo viene controllato quotidianamente.


I punti di sutura vengono tolti dopo almeno 8 giorni.

Il paziente entra in un programma di controlli ambulatoriali prefissati.

 <p>Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo</p>	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

**Personale necessario:**

- un dirigente medico specialista in cardiologia
- un infermiere professionale esperto nella tecnica
- un tecnico della Ditta fornitrice, usualmente un ingegnere elettronico, con funzioni di consulenza
- un tecnico di radiologia se ritenuto necessario.

 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

## 6. Procedura per l'impianto di defibrillatore resincronizzatore.

### Descrizione

Applicazione di un dispositivo di stimolazione elettrica delle cavità cardiache di destra e di sinistra, come misura terapeutica per i pazienti con scompenso congestizio e di prevenzione della morte improvvisa.

Previo accertamento del consenso informato e delle condizioni cliniche, si procede alla monitoraggio del ritmo cardiaco e a predisporre un accesso venoso. L'antibiotico profilassi è eseguita con una cefalosporina di I generazione.

L'intervento è eseguito in una piccola sala operatoria adibita soltanto a questi impianti e adeguatamente attrezzata e controllata.

Si pratica anestesia locale. Si incide la cute del torace, anteriormente, poco al di sotto della clavicola e si confeziona una tasca sottocutanea per il dispositivo.

Si isola chirurgicamente la vena cefalica o si punge la vena succlavia.

Si introducono due o tre elettrocateri (a secondo il tipo di dispositivo scelto) nel sistema venoso e da qui nelle cavità cardiache di destra (atrio e ventricolo) e nel seno coronarico. Il percorso dei cateteri è seguito con un intensificatore di brillanza. Il personale è adeguatamente protetto con camici di piombo e sottoposto ai controlli periodici per la radioprotezione, previsti dalla normativa vigente.

Si controllano le grandezze elettriche, principalmente l'ampiezza del QRS endocavitario e la soglia di stimolazione.

Si ancorano gli elettrodi e si collegano allo stimolatore; si seppellisce il dispositivo nel tessuto sottocutaneo. Si procede quindi alla sutura della tasca sottocutanea e della cute.


Il paziente viene tenuto in regime di ricovero ordinario per qualche giorno. Viene eseguito un controllo radiografico standard (proiezioni antero-posteriore e obliqua anteriore destra). Il dispositivo viene controllato quotidianamente.

I punti di sutura vengono tolti dopo almeno 8 giorni.

Il paziente entra in un programma di controlli ambulatoriali prefissati.

### Personale necessario:

- un dirigente medico specialista in cardiologia
- un infermiere professionale esperto nella tecnica
- un tecnico della Ditta fornitrice, usualmente un ingegnere elettronico, con funzioni di consulenza
- un tecnico di radiologia se ritenuto necessario.

 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

## **7. Procedura per la sicurezza dei pazienti per i quali può rendersi necessario il trasferimento in altro Ospedale dell'AO per l'impianto di device di elettrostimolazione.**

La procedura concerne la garanzia della sicurezza in caso di eventuale trasferimento dalla Cardiologia del PO V. Cervello alla Cardiologia del PO Villa Sofia di pazienti che necessitano di impianto definitivo di device di elettrostimolazione

La presente raccomandazione riguarda i dirigenti medici della Cardiologia del PO "V. Cervello".

Ha carattere temporaneo cioè sarà valida sino alla riorganizzazione completa del laboratorio di elettrofisiologia ed elettrostimolazione.

Questo programma di riorganizzazione del laboratorio di elettrofisiologia nella nostra UO prevede l'identificazione di due dirigenti medici. Un dirigente ha già cominciato un percorso formativo, affiancando il responsabile del servizio fino al suo pensionamento.

La presente raccomandazione riguarda quindi la possibilità teorica (da prevedere e razionalizzare, anche se non si verificasse mai) di un paziente ricoverato presso l'UOC di Cardiologia del PO V. Cervello, che debba impiantare un device di elettrostimolazione durante l'assenza (programmata o imprevista) del medico del laboratorio.

Il problema verrà risolto dopo il completo addestramento di una seconda unità e la possibilità di alternare i periodi di ferie dei responsabili.

**Riferimenti:** *Joint Commission International* – Standard per Ospedali e per la sicurezza del paziente.

**Modalità operative** - Qualora si ponga il problema del trasferimento verso l'UO di Cardiologia di Villa Sofia di pazienti ricoverati nell'UO di Cardiologia del PO V. Cervello per impianto di device di elettrostimolazione, occorre distinguere 2 tipologie di pazienti.


**1.** I pazienti, per i quali viene posta una indicazione "programmabile" all'impianto (per esempio di risincronizzatori e/o di defibrillatori), possono essere trasferiti a Villa Sofia concordando il giorno del trasferimento.

Il trasferimento avverrà secondo la già nota e collaudata procedura specifica.


**2.** I pazienti che sono stati ricoverati dal Pronto Soccorso nell'UO di Cardiologia del PO V. Cervello per problemi correlati ad aritmie sintomatiche (in genere sincope) o che sviluppano durante il ricovero in Cardiologia aritmie che devono essere trattate con impianto di device prima della dimissione non possono essere trasferiti per il rischio imprevedibile di ricorrenza dell'aritmia durante il trasferimento. Il trattamento in ambulanza di questa situazione sarebbe drammatico e comporterebbe inevitabili responsabilità medico-legali.

Il trasferimento non può avvenire nemmeno con la protezione di un PM provvisorio. Le manovre e il tragitto in ambulanza esporrebbero il paziente al rischio di depiazzamento del catetere.

In questa situazione, soltanto in caso di necessità e di assenza del cardiologo del PO V. Cervello deputato agli impianti, si concorderà lo spostamento di un elettrofisiologo dell'UO di

 <b>Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

Cardiologia di Villa Sofia per eseguire l'impianto nell'UO di Cardiologia del PO V. Cervello, senza spostare il paziente. Il personale non medico sarà quello dell'UO di Cardiologia del PO V. Cervello.

 <b>Azienda Ospedaliera  “V. Cervello” Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL  MANUALE DELL’UNITA’ OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA  REVISIONE</b>

## 8. Procedura per l’ecocardiografia standard

### Descrizione

Analisi in tempo reale delle strutture anatomiche cardiache (secondo diversi piani di scansione), della cinetica di tali strutture e dei flussi cardiaci.

Prima di praticare l’esame va analizzata tutta la documentazione cardiologica del paziente; se ricoverato va visionata la cartella clinica.

Le strutture anatomiche e i flussi vengono indagati attraverso trasduttori che inviano ultrasuoni a differenti frequenze e, insieme, analizzano gli echi di ritorno (ecografia) e la differenza di frequenza tra l’impulso inviato e quello riflesso (Doppler).

L’esame prevede differenti tecniche esplorative, e cioè:

- ecografia mono-dimensionale, per l’analisi settoriale delle strutture
- ecografia bidimensionale, per l’analisi bidimensionale
- Doppler pulsato, per l’indagine analitica dei flussi
- Doppler continuo, per i flussi a elevata velocità
- Doppler color per l’analisi globale dei flussi
- Tissue Doppler, per la valutazione Doppler della cinetica istantanea delle strutture.

In alcuni casi l’esame viene praticato previa iniezione di mezzi di contrasto per la valutazione di shunt o dei flussi coronarici.

L’esame è condotto con il paziente in decubito laterale sinistro, scansionando differenti spazi intercostali di sn.

Le proiezioni transtoraciche standard sono registrate posizionando il trasduttore nella posizione parasternale (sn e dx), apicale, sottocostale e soprasternale come di seguito esposto:

#### A. Approccio parasternale

##### a. Sezione asse lungo

Radice dell’aorta-valvola aortica, atrio sinistro, tratto di efflusso del ventricolo sinistro

Corpo del ventricolo sinistro –valvola mitrale

Apice del ventricolo sinistro

Tratto di afflusso del ventricolo destro –valvola tricuspide


##### b. Sezione asse corto

Radice dell’aorta-valvola aortica, valvola polmonare, valvola tricuspide, tratto di afflusso del ventricolo destro, atrio sinistro, arteria polmonare, arterie coronarie

Ventricolo sinistro –valvola mitrale

Ventricolo sinistro –muscoli papillari

Ventricolo sinistro –apice

 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL          MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA          REVISIONE</b>

### B. Approccio apicale

- a. Sezione quattro camere
  - Quattro camere
  - Quattro camere con aorta
- b. Sezione due camere
  - Due camere-ventricolo sinistro, atrio sinistro
  - Due camere con aorta

### C. Approccio sottocostale

- a. Sezione quattro camere
- b. Sezione asse corto
  - Ventricolo sinistro
  - Ventricolo destro
  - Vena cava inferiore

### D. Approccio soprasternale

- Arco dell'aorta-aorta discendente

Gli ecocardiogrammi vengono registrati su videocassetta VHS o SVHS per consentire successive analisi e utilizzazioni. Nel più recente ecocardiografo in dotazione al laboratorio le immagini sono acquisite in formato digitale. Ciò consente di montare liberamente le immagini ottenute ponendole fianco a fianco sullo schermo televisivo, consentendo così la visualizzazione simultanea di molteplici proiezioni. Ciò risulta particolarmente utile nell'ecocardiografia da stress.


Le immagini digitali inoltre possono essere duplicate senza alcuna perdita di qualità e possono essere trasmesse a distanza per una rianalisi.

Non è necessario che il paziente sia ricoverato. L'esame può essere eseguito nei locali del laboratorio o, essendo l'ecocardiografo facilmente trasportabile, in qualunque reparto dell'Ospedale (per esempio in caso di pazienti non trasportabili).

Il referto dettagliato è preparato immediatamente dopo l'esecuzione dell'esame.

**Personale necessario:** un dirigente medico specialista in Cardiologia



 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

## 9. Procedura per l'ecografia Doppler vascolare.

### Descrizione

Analisi delle strutture anatomiche vascolari e dei flussi.

L'esame deve essere preceduto dalla valutazione della documentazione medica del paziente.

L'esame viene praticato con il paziente sdraiato in differenti posture, in relazione ai segmenti esplorati.


Sono previste indagini differenti: ecografia dei vasi, con e senza manovre di compressione; analisi Doppler dei flussi, con o senza manovre di compressione attraverso indagine Color, Doppler pulsato, Doppler Continuo.

Non è necessario che il paziente sia ricoverato.

Il referto dettagliato è preparato immediatamente dopo l'esecuzione dell'esame.

### Personale necessario :

- un dirigente medico specialista in Cardiologia
- un parasanitario per praticare le manovre di compressione.

 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

## 10. Procedura per l'ecocardiografia da stress.

### Descrizione

Analisi di alterazioni cinetiche segmentarie ecocardiografiche indotte dallo sforzo fisico (cicloergometro o tappeto mobile) o dalla somministrazione di farmaci (dobutamina, dipiridamolo + atropina). Le immagini da acquisire vengono sincronizzate col tracciato ecografico in modo da visualizzare in modo analitico la sistole ventricolare.

Questi esami sono eseguiti nel laboratorio di Ecocardiografia. Il paziente è ricoverato (ricovero ordinario o in DH).

### Ecocardiogramma da stress farmacologico con Dobutamina

#### Strumenti utilizzati

- ecocardiografo di ultima generazione (Acuson Sequoia) completo di programma per la digitalizzazione delle immagini
- elettrocardiografo con monitor
- defibrillatore
- sfigmomanometro
- pompa di infusione volumetrica

Sono immediatamente disponibili inoltre tutti gli strumenti (per esempio Ambu, aspiratore ecc.) e i farmaci necessari per affrontare una eventuale emergenza.

#### Svolgimento del test

E' necessaria l'analisi preliminare della documentazione clinica, il colloquio esplicativo con il paziente e la firma del modulo relativo al consenso informato.


Vengono applicati degli elettrodi per la registrazione continua dell'ECG (12 derivazioni).

Viene applicato il bracciale dello sfigmomanometro per il controllo della PAO.

La registrazione dell'ecocardiogramma avviene in asse lungo parasternale, asse corto parasternale (piano dei muscoli papillari), 4-camere apicale e 2- camere apicale:

- 1) prima della somministrazione di dobutamina ( ecocardiogramma basale)
- 2) nel corso della somministrazione di dobutamina:
  - terzo minuto di 5 µg/kg/min
  - terzo minuto di 10 µg/kg/min
  - terzo minuto di 20 µg/kg/min
  - terzo minuto di 30 µg/kg/min
  - terzo minuto di 40 µg/kg/min

3) al raggiungimento dell'85% della frequenza cardiaca massimo teorica (il che richiede spesso l'uso di atropina)

 <b>Azienda Ospedaliera  “V. Cervello” Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL  MANUALE DELL’UNITA’ OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA  REVISIONE</b>

4) nel recupero, quando la FC si normalizza (spesso dopo infusione e.v. del beta-bloccante)

La digitalizzazione delle immagini bidimensionali viene eseguita:

- 1) Prima della somministrazione della dobutamina
- 2) Nel corso del terzo minuto di 10 µg/kg/min
- 3) Al raggiungimento dell’85% della FCMT
- 4) Nel recupero, quando la FC si normalizza

Al termine del test segue l’analisi delle immagini registrate e digitalizzate e infine la refertazione dove vengono indicati: lo stadio raggiunto, la PAO max; la FC max; eventuali sintomi clinici, eventuali anomalie elettrocardiografiche ed eventuali anomalie cinetiche delle pareti del ventricolo sinistro (prova di ischemia inducibile).

**Personale necessario:**

- due dirigenti medici specialisti in Cardiologia
- un infermiere professionale, che prepari l’accesso venoso, la somministrazione di dosi scalari di farmaci stressanti, il monitoraggio di ECG, il monitoraggio di PAO, la registrazione di ECG, la somministrazione di farmaci antagonisti.

Eco stress fisico ( tappeto mobile)


Viene eseguito presso il laboratorio di ergometria.

Consiste nei seguenti passaggi:

- registrazione e digitalizzazione dell’ecocardiogramma basale (prima dell’inizio dello stress)
- all’acme dello stress fisico il paziente viene rapidamente sdraiato sulla lettiga e nell’arco di 30”- 1 min vengono registrate e digitalizzate le immagini eco nelle quattro proiezioni standard
- nuova registrazione ecocardiografica nel recupero
- analisi delle immagini ottenute
- refertazione

**Personale necessario;**

- un cardiologo esperto in ecocardiografia
- un cardiologo esperto in ergometria responsabile dello stress fisico
- un infermiere professionale.

 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

## 11. Procedura per l'ecocardiografia transesofageo ( TEE )

### Descrizione

Analisi delle strutture anatomiche cardiache, della cinetica parietale e dei flussi attraverso una sonda introdotta in esofago e nello stomaco.

L'esame è eseguito nel laboratorio di ergometria. Il paziente è in regime di ricovero ordinario o in DH.

### Strumenti utilizzati:

- ecocardiografo Acuson Sequoia con sonda TEE multiplana
- saturimetro digitale
- defibrillatore

Sono immediatamente disponibili inoltre tutti gli strumenti (per esempio Ambu, aspiratore ecc.) e i farmaci necessari per affrontare una eventuale emergenza.

Dopo aver analizzato la documentazione sanitaria, previa acquisizione del consenso informato, si procede a monitorare il ritmo cardiaco, a predisporre un accesso venoso e a praticare anestesia locale del faringe; eventualmente si somministrano benzodiazepine, per sedare pazienti particolarmente ansiosi. Viene applicato un ossimetro digitale a permanenza.

L'esame viene praticato con il paziente in decubito laterale sinistro, introducendo, attraverso un boccaglio, una sonda simile a un gastroscopio flessibile che presenta alla sua estremità un trasduttore a ultrasuoni miniaturizzato, che viene spinta in esofago ( ECO TRANSESOFAGEO), e in stomaco ( ECO TRANSGASTRICO ).

L'esame prevede la visualizzazione delle strutture anatomiche e la analisi dei flussi in molti piani di scansione vengono; eseguite diverse proiezioni nei piani orizzontale e longitudinale che corrispondono ai piani di scansione da 0° a 90° utilizzando la sonda multiplanare. Le apparecchiature del nostro Laboratorio sono fornite di sonde mono, bi, e multiplane.


In alcuni casi viene praticata una indagine dopo iniezione di mezzo di contrasto per la valutazione di eventuali shunt.

L'esame viene interamente registrato su videocassetta superVHS.

Il referto è preparato immediatamente dopo l'esecuzione dell'esame.

### Personale necessario.

- Un dirigente medico specialista in Cardiologia
- Un infermiere professionale (che curi l'accesso venoso, l'anestesia locale, la somministrazione di farmaci o contrasto, il controllo del boccaglio.)
- In particolari esami, è necessaria la presenza di un medico specialista in Anestesia e Rianimazione.

 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

## 12. Procedura per la prova da sforzo

### Descrizione

E' un esame cardiologico con il quale 1) si pone la diagnosi di malattia coronarica o 2) si valuta la gravità della malattia stessa dopo che la diagnosi è stata fatta. L'informazione contenuta nel referto, utile al medico curante per definire il caso in senso diagnostico o per precisare il grado di sofferenza cardiaca, costituisce anche la base per procedere eventualmente ad altri accertamenti non invasivi (scintigrafia miocardica, ecocardiografia...) o invasivi (coronarografia). Tutto ciò (come quanto verrà descritto oltre per la scintigrafia miocardica, il test da sforzo cardiopolmonare e l'ECG dinamico) è conforme alle linee-guida internazionali pubblicate in letteratura.

L'esame è eseguito nel laboratorio di ergometria. Il paziente può essere valutato ambulatoriamente o in regime di ricovero (ordinario o in DH).

La tecnica di base della prova comporta una valutazione dei disturbi e delle alterazioni dell'ECG che si possono verificare durante l'esecuzione di un esercizio graduale al tappeto rotante o alla cyclette. L'esame inizia con la visita cardiologica e la revisione della documentazione esistente. Al soggetto viene poi richiesto di leggere e firmare un consenso informato. Successivamente vengono applicati al torace gli elettrodi per il monitoraggio elettrocardiografico ed il bracciale per il controllo della pressione arteriosa. Nessuna di queste procedure è dolorosa o invasiva.

Sono immediatamente disponibili gli strumenti (per esempio defibrillatore, Ambu ecc.) e i farmaci necessari per affrontare una eventuale emergenza.


I protocolli più seguiti sono il protocollo classico di Bruce (tappeto mobile) e il protocollo di Kattus, più *soft* per la stratificazione prognostica dei pazienti nell'immediato post-infarto.

Il risultato dell'esame, della durata media di 15-20', è consegnato al paziente quasi in tempo reale, di modo che il suo soggiorno nel laboratorio dura circa 30'. Il tasso di incidenti e di ricoveri conseguenti alla prova è basso.

Il referto è preparato immediatamente dopo l'esecuzione dell'esame.

### Personale necessario:

- un dirigente medico esperto in ergometria
- un infermiere professionale con le mansioni di tecnico di laboratorio

 <b>Azienda Ospedaliera  "V. Cervello" Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL  MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA  REVISIONE</b>

### **13. Procedura per la scintigrafia miocardica da sforzo.**

#### **Descrizione**

L'esame è eseguito in collaborazione con la Medicina Nucleare, nel loro laboratorio, in linea di massima con le stesse indicazioni della prova da sforzo (diagnostica o di valutazione delle coronaropatie).

Il paziente può essere valutato ambulatoriamente o in regime di ricovero (ordinario o in DH).


L'esame è tecnicamente più sofisticato del test da sforzo semplice: il soggetto viene trattenuto alcune ore in Medicina Nucleare, dove, oltre alla procedura di base già descritta per il test da sforzo, viene somministrata una dose di sostanza radioattiva. Tale sostanza viene captata dal miocardio ed è in grado quindi di dare una mappa della perfusione del cuore. L'imaging perfusionale (in più proiezioni) costituisce un potenziamento della tecnica di base: dà informazioni sulla estensione e la gravità della malattia più complete rispetto alla prova da sforzo, al prezzo di un assorbimento di radioattività tutto sommato limitato. Per queste sue caratteristiche, l'esame quindi completa ed estende le informazioni ottenute dalla semplice prova da sforzo. In associazione alla coronarografia, consente di definire al meglio le indicazioni alla terapia di questi soggetti (terapia solo farmacologica, o di rivascolarizzazione miocardica). L'esposizione del paziente e del personale alle radiazioni ionizzanti è regolato dalle disposizioni e dagli organi di controllo competenti.

Sono immediatamente disponibili gli strumenti (per esempio defibrillatore, Ambu ecc.) e i farmaci necessari per affrontare una eventuale emergenza.

Il referto è consegnato dopo 3-6 giorni: il tempo necessario per l'elaborazione delle immagini al computer e per una refertazione collegiale, che coinvolga Cardiologo e Medico nucleare.

#### **Personale necessario:**

- un dirigente medico esperto in Medicina Nucleare
- un dirigente medico di Cardiologia esperto in Ergometria
- un tecnico di Medicina nucleare
- un infermiere di Cardiologia che svolga il ruolo di tecnico di ergometria.

 <b>Azienda Ospedaliera  “V. Cervello” Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL  MANUALE DELL’UNITA’ OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA  REVISIONE</b>

#### **14. Procedura del test da sforzo cardiopolmonare.**

##### **Descrizione**

Si esegue in collaborazione con i medici della Pneumologia, nel loro Laboratorio. Il paziente è ricoverato (ricovero ordinario o più frequentemente in DH).


L’obbiettivo dell’esame è determinare la capacità funzionale del soggetto in termini di consumo di ossigeno. Per tale ragione è necessario collegare il paziente, tramite un boccaglio, ad una analizzatore dei gas espirati (ossigeno, anidride carbonica...), mentre lo si sottopone ad un esercizio graduale come nel test da sforzo semplice. Il risultato consente una valutazione obbiettiva del grado di scompenso cardiaco e rivela la eventuale presenza di concomitante impegno respiratorio, al fine della stratificazione del rischio e della identificazione della terapia più idonea, farmacologica o chirurgica (indicazione al trapianto cardiaco). L’esecuzione del test è appena più laboriosa del test da sforzo convenzionale ed il profilo di rischio sostanzialmente non differente.

Sono immediatamente disponibili gli strumenti (per esempio defibrillatore, Ambu ecc.) e i farmaci necessari per affrontare una eventuale emergenza.

Il referto è consegnato dopo 3-6 giorni: il tempo necessario per l’elaborazione delle immagini al computer e per una refertazione collegiale, che coinvolga Cardiologo e Pneumologo.

##### **Personale necessario:**

- un dirigente medico esperto in Fisiopatologia respiratoria
- un dirigente medico di Cardiologia esperto in Ergometria
- un infermiere di Cardiologia che svolga il ruolo di tecnico di ergometria.

 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

## 15. Procedura per l'elettrocardiografia dinamica (Holter).

### Descrizione

E' un esame cardiologico non invasivo tramite il quale, per 24 ore consecutive, viene registrato l'ECG del paziente durante lo svolgimento delle attività quotidiane.

Può essere eseguito durante il ricovero o (meglio) ambulatoriamente, lasciando il paziente libero di espletare la sua normale attività.


La registrazione avviene mediante la applicazione di alcuni elettrodi al torace (come per la metodica della prova da sforzo) ed il collegamento di tali elettrodi ad un mini-registratore (una borsetta del peso di pochi grammi), che in genere il paziente porta a tracolla per la durata della registrazione, nello svolgimento della sua attività quotidiana. In caso di disturbi il paziente può inserire un segnale nella registrazione (ammaccando un pulsante del registratore) e segnalare il disturbo nella scheda che gli viene consegnata. Alla riconsegna del registratore, la cassetta contenente i dati memorizzati viene sottoposta ad analisi computerizzata ed a lettura in parte automatica (le 24 ore di registrazione sono lette dal computer in 30 minuti circa) ed in parte visiva (guidata dall'operatore). In tal modo vengono analizzati svariati parametri: la frequenza cardiaca media (nelle 24 ore di registrazione); la media della frequenza cardiaca ogni ora; il numero di eventi "insoliti" cronologicamente collocati (per esempio presenza di extrasistoli ventricolari o sopraventricolari – l'analizzatore dell'Holter ha un algoritmo diagnostico che permette di distinguere le 2 forme -, tachicardie, blocchi ecc.). I tratti più significativi del tracciato ottenuto (in genere 2 derivazioni) vengono stampati su carta, come per un comune ECG. L'esame è utile soprattutto per l'identificazione delle aritmie cardiache, più o meno sintomatiche. Non comporta alcun rischio per il paziente.

Il referto viene consegnato, dopo la lettura e l'analisi dei dati, nell'arco di 3-4 giorni.

### Personale necessario:

- un infermiere di Cardiologia con mansioni di tecnico che monti il registratore, istruisca il paziente e sia in grado di avviare la procedura di lettura del registratore; questo infermiere deve possedere peculiari e approfondite conoscenze di elettrocardiografia;
- un dirigente medico di Cardiologia che funga da supervisore nella fase di analisi e refertazione dei dati.



 Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo	<b>ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE</b>

## 16. Procedura diagnostica per coronarografia.

La coronarografia è un esame invasivo, eseguito per studiare le arterie dell'albero coronarico individuando la eventuale presenza di alterazioni stenosanti.

Può essere eseguito in regime programmato o in urgenza/emergenza in caso di "infarto miocardico acuto" per poter eseguire, se possibile, l'angioplastica primaria.

Prima acquisizione del consenso informato e valutazione delle condizioni cliniche del paziente, si procede a: incannulazione di una vena periferica di buon calibro, prelievo per esami ematochimici, rilevamento dei parametri vitali, esame elettrocardiografico e tricotomia del sito di inserzione percutaneo (radiale o femorale).

L'esame in questione va eseguito in una delle due sale angiografiche poste al quinto piano del padiglione A dell'Ospedale "V. Cervello".

Si esegue la disinfezione del sito prescelto (arteria radiale o arteria femorale) per l'incannulazione arteriosa. Si pratica infiltrazione di anestetico locale (solitamente Lidocaina) e quindi si introduce una cannula attraverso la quale vengono inseriti cateteri con curve preformate che imboccano le arterie dell'albero coronarico nativo e/o by-pass.

Dopo che il catetere si è introdotto nell'arteria (tronco comune, coronaria destra o by-pass), viene iniettato mezzo di contrasto con apposito iniettore automatico; ciò permette di evidenziare in tempo reale la presenza di eventuali stenosi o irregolarità. L'esame va eseguita in radioscopia e per tale motivo tutto il personale che lavora in emodinamica, oltre a usare dispositivi individuali di protezione (camici piombati, occhiali anti rx), è sottoposto periodicamente ai controlli sanitari che le norme vigenti impongono.

In caso di presenza di stenosi, se le condizioni cliniche lo permettono, si procede all'intervento di angioplastica coronarica.


Se le coronarie sono sane, si toglie la cannula dall'arteria e si pratica la chiusura del sito arterioso, in modo chimico, meccanico o manuale.

Tutti gli esami sono registrati su appositi supporti elettronici e vengono conservati presso i nostri archivi per dieci anni.

Il paziente può essere dimesso il giorno successivo all'esame.

### Personale necessario:

- Un dirigente medico specialista in cardiologia
- Un infermiere esperto nella tecnica
- Un infermiere di supporto
- Un T.S.R.M. esperto

 <b>Azienda Ospedaliera  “V. Cervello” Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL  MANUALE DELL’UNITA’ OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA  REVISIONE</b>

## **17. Procedura interventistica di angioplastica.**

Solitamente questo tipo di intervento è immediatamente successivo a una coronarografia selettiva, che ha evidenziato una o più stenosi delle arterie coronariche o degli eventuali by-pass.

Attraverso gli introduttori precedentemente inseriti nel sito prescelto (arteria radiale o arteria femorale) supportati da cateteri interventistici, si fanno passare particolari fili guida che attraversano la lesione da riaprire o rimodellare.

Dopo il posizionamento di questi speciali fili guida, su di essi vengono fatti scorrere particolari palloni dilatatori, comandati da un inflatore esterno ad alta pressione e si procede alla dilatazione dell’arteria malata.


Dopo aver ottenuto la rivascolarizzazione del tratto interessato, si procede sempre attraverso il filo guida all’impianto di uno stent che può essere metallico (BMS) o a rilascio di farmaco (DES).

Ultimato l’intervento, viene rimosso l’introduttore, e viene praticata l’eventuale emostasi che come per la coronarografia può essere manuale, chimica o meccanica.

Il paziente (tranne nel caso di angioplastica primaria per infarto miocardico acuto) può essere dimesso il giorno successivo con indicazione a controlli periodici presso l’ambulatorio dedicato e con indicazioni terapeutiche da eseguire al proprio domicilio.

### **Personale necessario:**

- Due dirigenti medici specialisti in cardiologia
- Due infermieri esperti nella tecnica
- Un T.S.R.M. esperto

 <b>Azienda Ospedaliera  “V. Cervello” Palermo</b>	<b>ALLEGATI AL  MANUALE DELL’UNITA’ OPERATIVA</b>	
	<b>STRUTTURA</b>	<b>DATA DI EMISSIONE</b>
	<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>	<b>DATA ULTIMA  REVISIONE</b>

### **18. Procedura per il trasporto di pazienti cardiopatici presso altro Istituto per acuti.**

- Si informano il paziente e i familiari del programma di trasferimento e se ne spiegano le motivazioni e le finalità.
- Si fa firmare il consenso al paziente.
- Si allerta servizio ambulanza con barelliere.
- Si informa la Direzione Medica di Presidio.
- Si incannula, se non ancora fatto, una vena periferica adeguata e sicura.
- Se il paziente è instabile si monitorizza l’elettrocardiogramma con un monitor portatile provvisto di defibrillatore e di stimolatore esterno, ed eventualmente si monitorizza anche la pressione arteriosa e la saturazione di O2.
- Si provvede ad assicurare una fonte di O2.
- Si allerta il Cardiologo Reperibile.
- Si identifica un infermiere di turno che affianchi il medico nell’accompagnamento e si occupi della gestione della cassetta di emergenza con i farmaci di pronto soccorso e dei presidi di BLS-D.
- Si valuta la necessità di un supporto da parte del Medico Rianimatore.
- Si sistema il paziente sulla barella di trasporto dell’ambulanza.
- Si assiste il paziente fino alla presa in carico dello stesso da parte del Medico di guardia dell’Ospedale di arrivo.



**Azienda Ospedaliera  
"V. Cervello" Palermo**

**ALLEGATI AL  
MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA**

**STRUTTURA**

**RESPONSABILE STRUTTURA**

**DATA DI EMISSIONE**

**DATA ULTIMA  
REVISIONE**