

# IL Grandangolo

I QUADERNI DI CULTURA SANITARIA DELLA SOCIETÀ PER LA PROMOZIONE DELL'EDUCAZIONE MEDICA

Centro Studi Ercole Bruno - Quaderni di cultura sanitaria (n. 2/2008)-Pubblicazione periodica trimestrale registrata al Tribunale di Salerno n. 1022 in data 15/11/2001-Direttore Responsabile Carlo Giurbino  
[www.speme.com](http://www.speme.com)

Numero 2/2008

## In questo numero:

- Diritti e doveri del medico dipendente
- I percorsi assistenziali quale superamento delle barriere linguistiche nei pazienti stranieri
- L'audit clinico strutturato

**CIMO**  
Associazione  
Sindacale  
Medici  
Dirigenti

**MOMENTO  
MEDICO**

**S.P.E.M.E.**

## Norme redazionali per la pubblicazione e l'uso degli articoli

*Il Grandangolo è l'organo ufficiale della società per la promozione dell'educazione medica. In linea con le finalità statutarie della SPEME si propone di promuovere lo sviluppo della cultura sanitaria in tutti i campi nessuno escluso.*

I testi dovranno pervenire al Publisher su floppy disk o tramite e-mail come file elettronico (Word per Windows o in formato .txt) e avere una lunghezza massima di 5 pagine, con le seguenti caratteristiche:

### Contenuto della pagina

- Numero di caratteri (spazi esclusi): 4961
- Numero di righe: 60
- Numero di caratteri (spazi esclusi) per riga: media 86
- Numero di parole per pagina: media 926

### Impostazioni di pagina

- Dimensioni: 29.7 cm x 21.0 cm (F. to A4)
- Orientamento della pagina: verticale
- Margine superiore: 3.3 cm
- Margine inferiore: 3.3 cm
- Margine destro: 3.3 cm
- Margine sinistro: 3.3 cm

### Formato paragrafo

- Interlinea: 1,5
- Rientri: nessuno

### Carattere

- Tipo: Times New Roman
- Dimensioni: 12
- Stile: normale
- Posizione: normale
- Spaziatura: normale

Nel testo bisognerà indicare il riferimento numerico di eventuali voci bibliografiche, elencandole nella bibliografia a fine articolo secondo l'ordine di citazione nel testo.

Eventuali figure dovranno essere allegate in file separati nei formati .xls, .ppt, .jpg o .tif, utilizzando per gli ultimi due formati alta definizione (almeno 300 dpi). Le immagini diagnostiche quali Rx, ecografie, es. istologici, TC etc. dovranno pervenire in originale (su pellicola, diapositiva o fotografia) onde consentirne l'acquisizione tramite dispositivo scanner.

Gli articoli inviati verranno pubblicati previa valutazione ed approvazione del Board scientifico della Rivista.

Gli interessati potranno utilmente rivolgersi alla Momento Medico, presso i seguenti recapiti:

Via Terre Risaie, 13 - Zona Industriale - 84131 Salerno

Phone: 089/3055511 - Fax: 089/302450

E-mail: [momentomedico@momentomedico.it](mailto:momentomedico@momentomedico.it)

# IL Grandangolo

I QUADERNI DI CULTURA SANITARIA DELLA SOCIETÀ PER LA PROMOZIONE DELL'EDUCAZIONE MEDICA

Centro Studi Ercole Bruno - Quaderni di cultura sanitaria (n. 2/2008)-Pubblicazione periodica trimestrale registrata al Tribunale di Salerno n. 1022 in data 15/11/2001-Direttore Responsabile Carlo Giurbino  
[www.speme.com](http://www.speme.com)

Numero 2/2008

## EDITORIAL BOARD

Dr. A. Catalano *Direttore* (Salerno)

Dr. G. Ricciardi (Milano)

Dr. S. Biasioli (Vicenza)

Dr. A. Cirnigliaro (Catania)

Dr. V. Costa (Cuneo)

Dr. A. Dedoni (Cagliari)

Dr. D. Amoruso (Bari)

## SCIENTIFIC BOARD

Prof. C. Bartolozzi (Pisa)

Prof. M. Bertolissi (Padova)

Prof. D. Caramella (Pisa)

Prof. A. D'Angiolino (Roma)

Prof. G. Guidi (Verona)

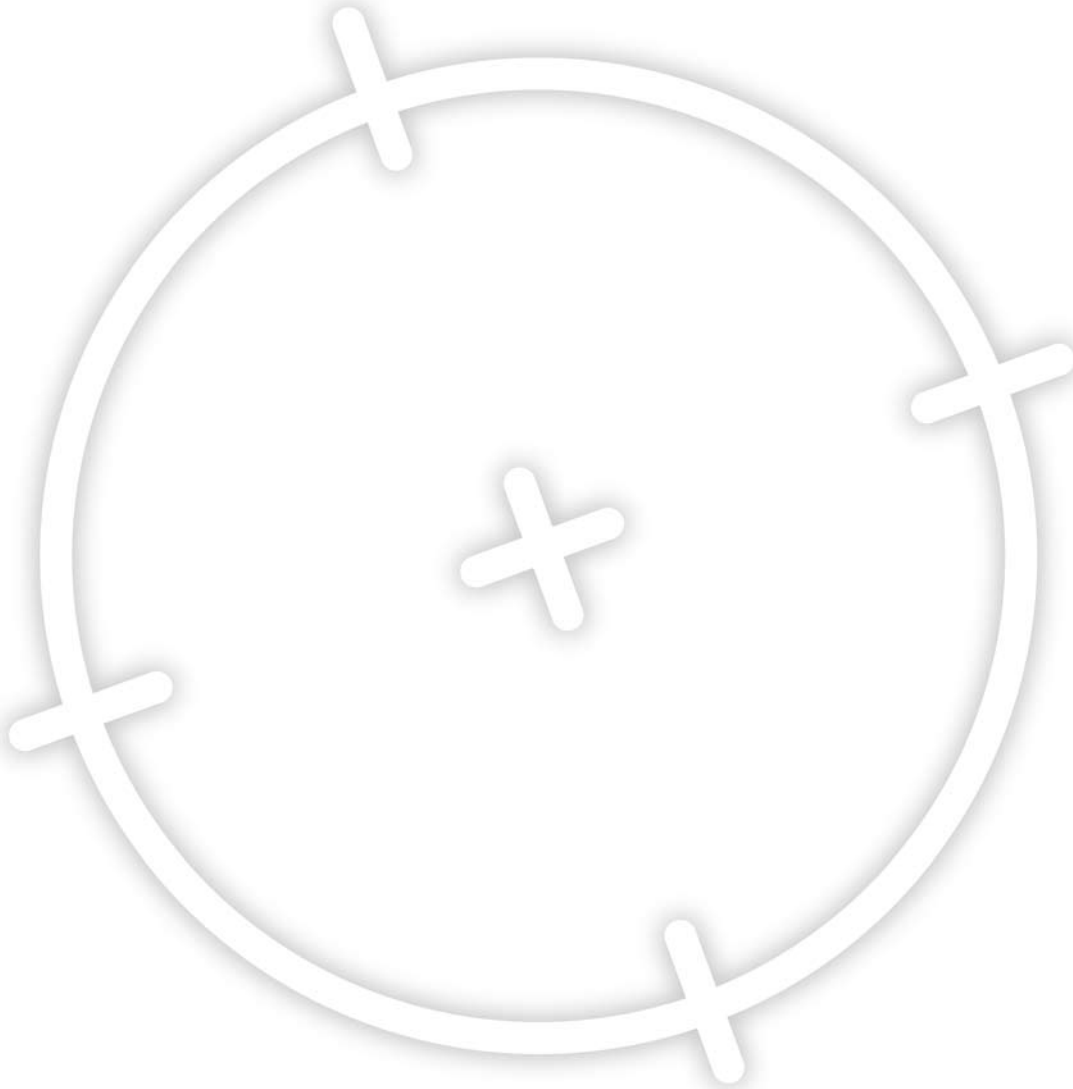
Prof. Don S. Pintor (Roma)

Il contenuto degli articoli pubblicati riflette le opinioni degli Autori e non necessariamente quelle dell'editorial board.

**CIMO**  
Associazione  
Sindacale  
Medici  
Dirigenti

**MOMENTO  
MEDICO**

**SPÈME**



Copyright © 2008 Momento Medico S. r. l. - Via Terre Risaie, 13 - Zona Ind. Ie - 84131 Salerno  
Tel. 089. 3055511 (r. a.) - Fax 089. 302450 - E-mail: momentomedico@momentomedico. it

08LE1315-00/08

Tutti i diritti di traduzione e riproduzione, adattamento parziale o totale con qualsiasi mezzo  
(compresi microfilms, copie fotostatiche o xerografiche) sono riservati alla Momento Medico

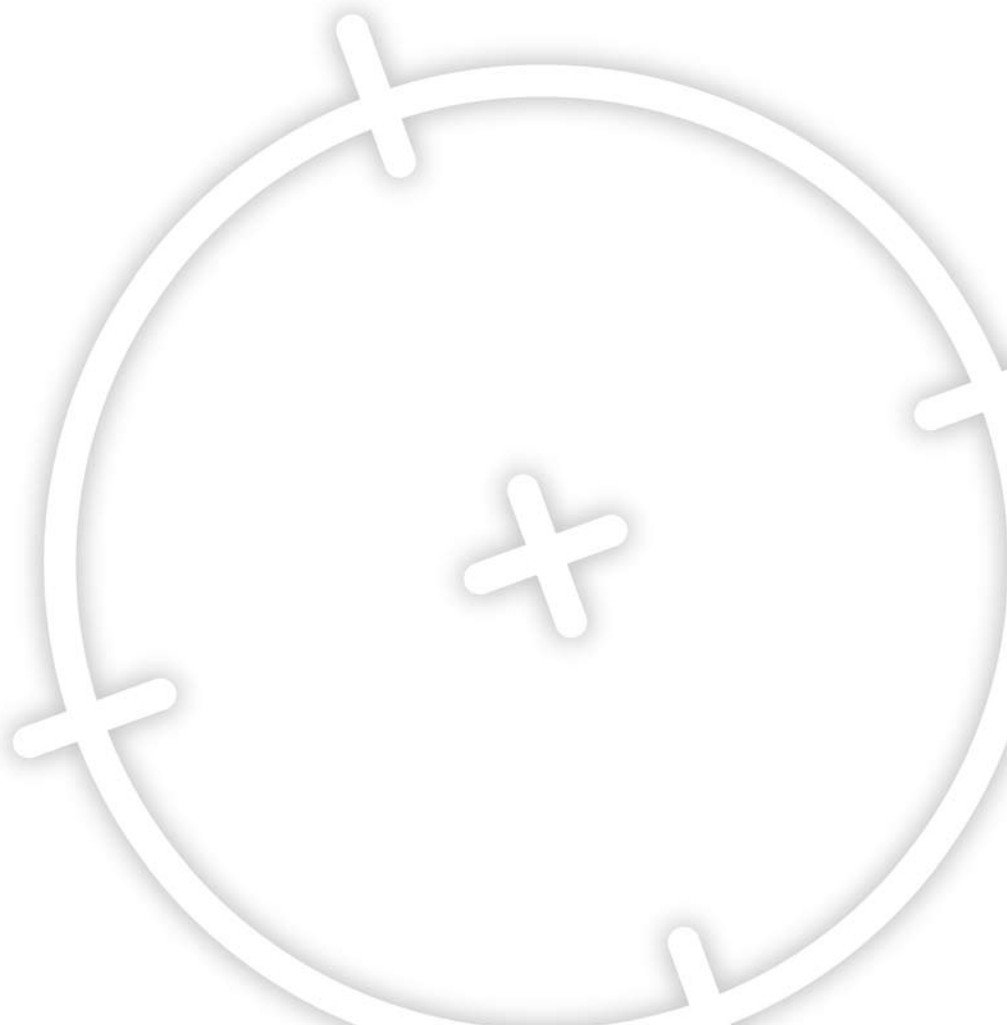
*Coordinamento Editoriale* a cura del Dipartimento Medico

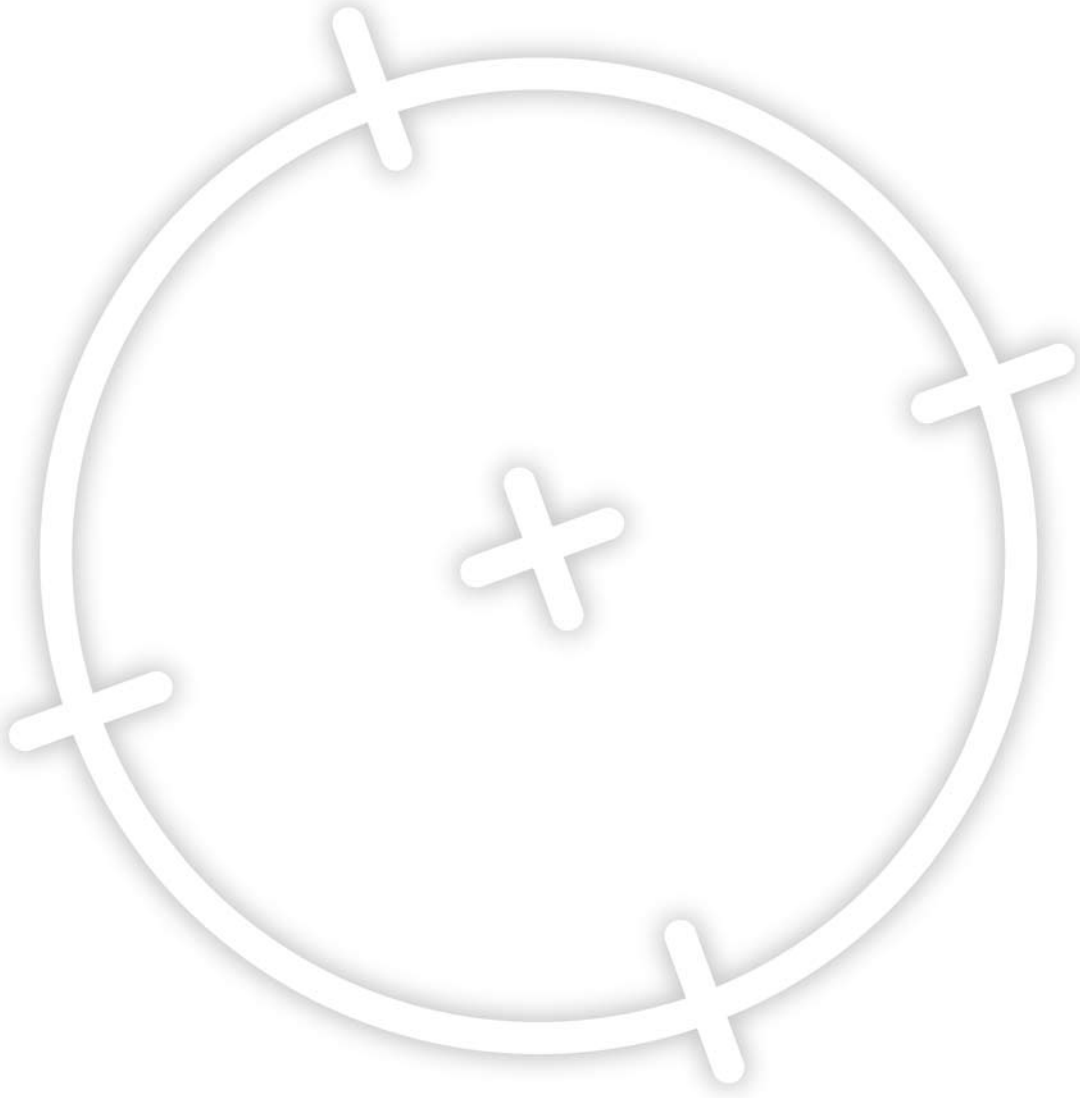
*Grafica, Impaginazione, Fotocomposizione, Edizione e Stampa* Momento Medico

*Allestimento* Legatoria Industriale Mediterranea

# INDICE

<b>1. DIRITTI E DOVERI DEL MEDICO DIPENDENTE</b> .....	5
<i>Alberto Catalano - Patrizia Di Gregorio</i>	
<b>2. I PERCORSI ASSISTENZIALI QUALE SUPERAMENTO DELLE BARRIERE LINGUISTICHE NEI PAZIENTI STRANIERI</b> .....	9
<i>Guido Quici</i>	
<b>3. L'AUDIT CLINICO STRUTTURATO</b> .....	13
<i>Guido Quici</i>	





## 1

**DIRITTI E DOVERI DEL MEDICO DIPENDENTE****ALBERTO CATALANO***Presidente SPEME, Direttore Dipartimento ASL Sa3***PATRIZIA DI GREGORIO***Delegato Regionale SIMTI, Direttore Dipartimento ASL Chieti*

In un mondo sempre più globalizzato, in una società in cui spesso è difficile discernere fra il giusto e l'ingiusto, fra il dovuto e l'optional, definire dei diritti con riferimento alla figura del medico riesce estremamente difficile se cerchiamo di farlo avendo come punto di partenza la specificità della professione.

Molto più agevole, invece, sarebbe definire i diritti da un punto di vista molto più generale considerandoli come naturali e quindi riferibili più in generale all'individuo, al professionista che opera in un contesto sociale in cui le contraddizioni la fanno da padrone.

Fatta questa premessa, pertanto possiamo elencare sommariamente quali sono, a nostro parere, i diritti fondamentali dell'uomo medico:

- rispetto delle norme contrattuali,
- rispetto della dignità di uomo e di professionista,
- rispetto delle scadenze contrattuali,
- riconoscimento della professionalità,
- riconoscimento del ruolo svolto.

La problematica, peraltro, è stata già affrontata in ambito professionale tanto che in occasione della IV Giornata del Medico, organizzata dall'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Ferrara, tenutasi l'8/5/2004 è stato approvato il **DECALOGO DEI DIRITTI DEL MEDICO**. Esso si propone di sintetizzare in 10 punti ciò che sembrano delle dichiarazioni di principio estremamente valide ed accettabili, magari ovvie. Se però proviamo a contestualizzare i principi nell'ambito dei luoghi di lavoro, ed in particolare se li riferiamo al Dirigente Medico che opera nel Servizio non possiamo non convenire che spesso, quelli che sono diritti fondamentali spesso vengono disattesi, se non proprio calpestati.

**DECALOGO DEI DIRITTI DEL MEDICO**

1. Diritto all'esercizio professionale
2. Diritto all'innovazione
3. Diritto al riconoscimento di capacità e qualità
4. Diritto alla formazione e all'aggiornamento (Il SSN ha il dovere di provvedere alla formazione dei medici che con esso contraggono rapporto professionale, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie o del tipo di rapporto contratto)
5. Diritto alla partecipazione
6. Diritto al rispetto dell'uso del suo tempo

7. Diritto all'informazione
8. Diritto alla responsabilità "personale" (Ogni medico ha il diritto di non essere coinvolto o ritenuto responsabile per danni derivanti da cattiva organizzazione altrui dei servizi sanitari o dalla mancanza di strumentazione idonea definita da standard uniformi ed indipendentemente dai gestori del servizio)
9. Diritto alla tutela dell'onorabilità (Ogni medico, qualora coinvolto in contestazioni, accuse di malasanità, o comunque giudizi sul proprio operato, ha diritto al rispetto della propria onorabilità e pertanto, fino a giudizio definitivo, ha diritto all'anonimato e al rispetto della sua privacy, soprattutto presso i mezzi di comunicazione. Il medico che sia stato diffamato o ingiustamente accusato, ha diritto, se riconosciuto innocente, che tale giudizio venga comunicato con la stessa diffusione e lo stesso risalto delle accuse avanzategli. Ha, inoltre, diritto al pieno risarcimento per i danni morali e materiali che abbia subito)

10. Diritto al giusto compenso.

Parlare dei doveri, invece, è argomento ben più complesso. Possiamo riassumere schematicamente i doveri del Medico in tre grandi capitoli:

- Rispetto del codice deontologico
- Rispetto delle leggi generali
- Rispetto delle leggi specifiche

Come è noto il Codice di deontologia medica è un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolante per gli iscritti all'ordine che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta.

Esso si suddivide nei seguenti capitoli:

- Oggetto e campo di applicazione
- Compiti e doveri generali del medico
- Rapporti con i cittadini
- Rapporti con i colleghi
- Rapporti con i terzi (p. es. altre professioni sanitarie)
- Rapporti con il SSN e con enti pubblici e privati.

Riportiamo di seguito alcuni concetti fondamentali:

**Libertà e indipendenza della professione**

L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza professionale che costituiscono irrinunciabile diritto del medico nel rispetto dei diritti dell'individuo.

**I doveri verso i colleghi**

- Il medico deve trattare i suoi Colleghi come si augurerebbe di essere trattato da essi.
- Il medico non deve mai attirare i pazienti dei suoi Colleghi.

Passiamo quindi a considerare la legislazione. Le modalità comportamentali del Medico dipendente sono normate dal Decreto 28 novembre 2000, "Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 84 del 10-04-2001.

Passiamo quindi a considerare alcuni articoli.

#### **ART. 2 - PRINCIPI**

1. Il dipendente conforma la sua condotta al dovere costituzionale di servire esclusivamente la Nazione con disciplina ed onore e di rispettare i principi di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione. Nell'espletamento dei propri compiti, il dipendente assicura il rispetto della legge e persegue esclusivamente l'interesse pubblico; ispira le proprie decisioni ed i propri comportamenti alla cura dell'interesse pubblico che gli è affidato.

#### **ART. 3 - REGALI E ALTRE UTILITÀ**

1. Il dipendente non chiede, per sé o per altri, né accetta, neanche in occasione di festività, regali o altre utilità salvo quelli d'uso di modico valore, da soggetti che abbiano tratto o comunque possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti l'ufficio.
2. Il dipendente non chiede, per sé o per altri, né accetta, regali o altre utilità da un subordinato o da suoi parenti entro il quarto grado. Il dipendente non offre regali o altre utilità ad un sovraordinato o a suoi parenti entro il quarto grado, o conviventi, salvo quelli d'uso di modico valore.

#### **ART. 4 - PARTECIPAZIONE AD ASSOCIAZIONI E ALTRE ORGANIZZAZIONI**

1. Nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, il dipendente comunica al dirigente dell'ufficio la propria adesione ad associazioni ed organizzazioni, anche a carattere non riservato, i cui interessi siano coinvolti dallo svolgimento dell'attività dell'ufficio, salvo che si tratti di partiti politici o sindacati.
2. Il dipendente non costringe altri dipendenti ad aderire ad associazioni ed organizzazioni, né li induce a farlo promettendo vantaggi di carriera.

#### **ART. 9 - COMPORTAMENTO NELLA VITA SOCIALE**

1. Il dipendente non sfrutta la posizione che ricopre nell'amministrazione per ottenere utilità che non gli spettino.  
Nei rapporti privati, in particolare con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, non menziona né fa altrimenti intendere, di propria iniziativa, tale posizione, qualora ciò possa nuocere all'immagine dell'amministrazione.

#### **ART. 10 - COMPORTAMENTO IN SERVIZIO**

1. Il dipendente, salvo giustificato motivo, non ritarda né affida ad altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza.
2. Nel rispetto delle previsioni contrattuali, il dipendente limita le assenze dal luogo di lavoro a quelle strettamente necessarie.
3. Il dipendente non utilizza a fini privati materiale o attrezzature di cui dispone per ragioni di ufficio. Salvo casi d'emergenza, egli non utilizza le linee telefoniche dell'ufficio per esigenze personali. Il dipendente che dispone di mezzi di trasporto dell'amministrazione se ne serve per lo svolgimento dei suoi compiti d'ufficio e non vi trasporta abitualmente persone estranee all'amministrazione.
4. Il dipendente non accetta per uso personale, né detiene o gode a titolo personale, utilità spettanti all'acquirente, in relazione all'acquisto di beni o servizi per ragioni di ufficio.

#### **ART. 11 - RAPPORTI CON IL PUBBLICO**

1. Il dipendente in diretto rapporto con il pubblico presta adeguata attenzione alle domande di ciascuno e fornisce le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio. Nella trattazione delle pratiche egli rispetta l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto motivando genericamente con la quantità di lavoro da svolgere o la mancanza di tempo a disposizione. Egli rispetta gli appuntamenti con i cittadini e risponde sollecitamente ai loro reclami.
2. Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali e dei cittadini, il dipendente si astiene da dichiarazioni pubbliche che vadano a detrimento dell'immagine dell'amministrazione. Il dipendente tiene informato il dirigente dell'ufficio dei propri rapporti con gli organi di stampa.
3. Il dipendente non prende impegni, né fa promesse in ordine a decisioni o azioni proprie o altrui inerenti all'ufficio, se ciò possa generare o confermare sfiducia nell'amministrazione o nella sua indipendenza ed imparzialità.
4. Nella redazione dei testi scritti e in tutte le altre comunicazioni il dipendente adotta un linguaggio chiaro e comprensibile.
5. Il dipendente che svolge la sua attività lavorativa in una amministrazione che fornisce servizi al pubblico si preoccupa del rispetto degli standard di qualità e di quantità fissati dall'amministrazione nelle apposite carte dei servizi. Egli si preoccupa di assicurare la continuità del servizio, di consentire agli utenti la scelta tra i diversi erogatori e di fornire loro informazioni sulle modalità di prestazione del servizio e sui livelli di qualità.

## ART. 12 - CONTRATTI

1. Nella stipulazione di contratti per conto dell'amministrazione, il dipendente non ricorre a mediazione o ad altra opera di terzi, né corrisponde o promette ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, né per facilitare o aver facilitato la conclusione o l'esecuzione del contratto.
2. Il dipendente non conclude, per conto dell'amministrazione, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato nel biennio precedente.  
Nel caso in cui l'amministrazione concluda contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con imprese con le quali egli abbia concluso contratti a titolo privato nel biennio precedente, si astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto.
3. Il dipendente che stipula contratti a titolo privato con imprese con cui abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'amministrazione, ne informa per iscritto il dirigente dell'ufficio.
4. Se nelle situazioni di cui ai commi 2 e 3 si trova il dirigente, questi informa per iscritto il dirigente competente in materia di affari generali e personale.

## ART. 13 - OBBLIGHI CONNESSI ALLA VALUTAZIONE DEI RISULTATI

1. Il dirigente ed il dipendente forniscono all'ufficio interno di controllo tutte le informazioni necessarie ad una piena valutazione dei risultati conseguiti dall'ufficio presso il quale prestano servizio.  
L'informazione è resa con particolare riguardo alle seguenti finalità: modalità di svolgimento dell'attività dell'ufficio; qualità dei servizi prestati; parità di trattamento tra le diverse categorie di cittadini e utenti; agevole accesso agli uffici, specie per gli utenti disabili; semplificazione e celerità delle procedure; osservanza dei termini prescritti per la conclusione delle procedure; sollecita risposta a reclami, istanze e segnalazioni.

Passiamo ora a considerare le altre prescrizioni che caratterizzano la normativa relativa alla professione medica.

### **Divieto di apertura di ambulatori e case di cura non autorizzati.**

Per la apertura di ambulatori, Case o Istituti di Cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, gabinetti di analisi per il pubblico o scopo di accertamento diagnostico e Case o Pensioni per gestanti, necessita apposita autorizzazione.

### **Divieto di esercizio di farmacia**

Il medico non può esercire una farmacia, né fare convenzioni con farmacisti per la partecipazione agli utili della farmacia.

### **Divieto di comparaggio**

Il medico non può ricevere per sé o per altri denaro, o altre regalie e neppure la promessa, allo scopo di agevolare con prescrizioni o in qualsiasi altro modo la diffusione di specialità medicinali o altri prodotti di uso farmaceutico.

### **Divieto di commercio di campioni**

Il medico non può vendere sotto qualsiasi forma i campioni medicinali.

### **Divieto di usare raggi X e sostanze radiogene da parte di sanitari non specializzati**

È vietato l'impiego dei raggi X e delle sostanze radiogene a scopo terapeutico ai sanitari non specializzati e sprovvisti della autorizzazione ministeriale.

### **Divieto di custodia di alienati non autorizzata**

È fatto divieto ai medici di custodire, senza autorizzazione, persone affette da alienazione mentale.

### **Divieto di uso illegittimo di cadavere**

È fatto divieto al medico di dissezionare, o altrimenti adoperare, cadavere o una parte di esso, a scopi scientifici o didattici non consentiti dalla legge.

### **Segreto professionale**

Il medico ha l'obbligo di mantenere il segreto su tutto ciò che viene a sua conoscenza nel corso della cura dei Pazienti. Il medico può pertanto astenersi dal testimoniare in virtù del segreto professionale; l'interessato però può sciogliere il medico dall'obbligo del segreto professionale nei suoi riguardi.

Come si può osservare da questo breve excursus le norme che regolano la professione medica sono molteplici e complesse. Esse implicano sia la sfera personale, che quella pubblica, ma ciò che maggiormente colpisce è l'intima correlazione fra etica e norma e nell'ambito di quest'ultima fra norme generiche e norme specifiche. A rendere particolarmente complesso l'esercizio professionale, inoltre, sono da considerare altri due importanti elementi.

La normativa specifica che regola alcune attività sanitarie come, per esempio, l'esercizio della medicina transfusionale che viene regolata da numerosissime Leggi, Decreti e Circolari peraltro, in continua evoluzione.

Altro aspetto importante, infine, è rappresentato dal crescente contenzioso in ambito sanitario.

Spesso una mal interpretata informazione a livello mediatico determina aspettative di salute o di qualità di vita spesso irrealizzabili, ma che appaiono agli occhi degli utenti di semplice e immediato raggiungimento.

Ecco quindi che il non soddisfacimento di certe aspettative comporta l'immediata apertura di un contenzioso, talora ingiustificato. La conseguenza di ciò è un progressivo incremento dei premi assicurativi richiesti dalle compagnie per poter coprire la Responsabilità civile del Medico, il quale spesso si rifugia nella medicina difensiva nella speranza di evitare guai maggiori.

Ci auguriamo che le istituende unità operative di Risk Management possano contribuire a ridurre i contenziosi come peraltro le esperienze di alcune Strutture Sanitarie sembrano confermare.

Il "Risk Management", è una metodica basata su una serie di procedure:

- identificazione delle risorse;
- identificazione dei rischi;
- valutazione dei rischi (per entità o frequenza);
- il controllo dei rischi per prevenirli o ridurli;
- l'assicurazione in proprio, in tutto o in parte, dei rischi finanziariamente sostenibili;
- l'eventuale trasferimento dei rischi a terzi;
- il monitoraggio nel tempo dell'evoluzione dei rischi.

Purtroppo, però, bisogna osservare che sono ancora poche le aziende sanitarie che hanno realizzato unità operativa di Risk Management.

La complessità nella realizzazione delle unità di R.M. è dovuta anche al fatto che nell'ambito dell'assistenza

sanitaria, contrariamente ad altre attività umane, assume capitale importanza il danno alla persona, mentre nelle aziende assume importanza il danno alla struttura.

La gestione della sicurezza nei processi clinici, inoltre, non può avvalersi dei modelli derivati dalle esperienze industriali, ma deve essere collocata nell'ambito della gestione della qualità dei servizi.

Se l'attività del medico, pertanto, si caratterizza per la sua complessità globale, e dal punto di vista del singolo professionista vede come punto di riferimento principale, al di là delle norme, soprattutto l'aspetto della deontologia professionale, essa appare ben più complessa quando il medico diventa "dirigente" e quindi si trova ad operare in un'entità molto articolata come il Servizio Sanitario Nazionale.

I medici che operano nel Servizio Sanitario Nazionale, infatti si trovano a confrontarsi con due altri aspetti rilevanti:

- Operare in équipe
- Operare secondo criteri di razionalizzazione delle risorse (peraltro sempre meno adeguate).

In conclusione, quindi, possiamo affermare che diritti e doveri del medico vanno visti in un'ottica dinamica, essendo essi in continua evoluzione, in quanto egli, nel suo operato, non deve più rispondere solo dal punto di vista etico e professionale, ma anche da quello gestionale.

## 2

## I PERCORSI ASSISTENZIALI QUALE SUPERAMENTO DELLE BARRIERE LINGUISTICHE NEI PAZIENTI STRANIERI

**GUIDO QUICI**

*Direttore del Dipartimento di Valutazione e Qualità –  
A.O. Rummo - Benevento*

Le difficoltà di comunicazione all'interno delle strutture sanitarie rappresentano un problema rilevante che è particolarmente sentito dagli operatori e dai pazienti, soprattutto quanto emergono situazioni di negatività per processi organizzativi e/o decisionali che conducono a possibili eventi avversi proprio per effetto dei cosiddetti "disturbi" di comunicazione.

Tutto questo avviene per numerose cause: innanzitutto il crescente numero di figure professionali che operano in una stessa struttura sanitaria (dal medico, all'ingegnere clinico, all'avvocato, al tecnico, al fisico, all'esperto qualificato, ecc.) nell'ambito di un contesto che si caratterizza per la mancata chiarezza di ruoli e responsabilità che è tale da trasformare le strutture sanitarie in luoghi sempre più simili a vere e proprie Torri di Babele.

Ma è anche possibile riscontrare un deficit di comunicazione tra operatore sanitario e paziente stesso indipendentemente dal Paese di provenienza durante tutte quelle attività clinico-assistenziali che vanno dall'indagine anamnestica, al consenso informato, alla procedura interventistica, alla tutela della privacy, fino alla dimissione del paziente stesso.

Ed, allora, cosa succede quando, alla struttura ospedaliera, accede un cittadino straniero che mostra una evidente difficoltà di comunicazione per problemi legati alla mancata conoscenza della lingua italiana?

È un problema, questo, emergente, perché l'accesso degli stranieri ai servizi sanitari sta diventando sempre più rilevante considerando che il loro numero sta aumentando molto rapidamente.

Si avverte oggi, da parte degli operatori, l'esigenza di potere gestire le difficoltà attraverso strumenti di governo clinico che siano finalizzati a fornire servizi qualitativamente più appropriati e tali da rendere effettivo il diritto degli stranieri alla salute.

In questa ottica è superfluo sottolineare come le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie, da parte di uno straniero, avvengano in un contesto sociale particolarmente complesso caratterizzato dalla mancanza di lavoro e reddito, dalla sottoccupazione, dall'assenza di tutela sul lavoro, dal degrado abitativo, dall'assenza di supporto familiare e dal clima e dalle abitudini alimentari diverse.

Ed, allora, è necessario dare concreta e piena applicazione al principio di equità che può avvenire unicamente

attraverso un sistema che garantisca la reale fruibilità dei servizi. Ne consegue che, nell'ottica dei principi enunciati dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e dagli articoli 3 e 32 della Costituzione Italiana si ritiene necessario promuovere e sostenere approcci innovativi, quali l'offerta attiva di servizi e il ricorso alla mediazione culturale.

Ma, in sanità, per rendere concrete le azioni che devono essere finalizzate al superamento delle barriere linguistiche ed alla fruibilità dei servizi da parte degli stranieri è necessario definire e, quindi, implementare, specifici percorsi assistenziali e processi professionali a supporto di una corretta "gestione" del cittadino straniero che mostra difficoltà linguistiche; il tutto anche al fine di ridurre eventuali rischi e/o eventi avversi.

Nell'ambito di una struttura ospedaliera è possibile proporre alcuni interventi di natura organizzativo/gestionale che sono finalizzati a ridurre le difficoltà di comunicazione tra il personale sanitario ed il paziente di lingua straniera. In sintesi si ritiene utile definire il seguente percorso:

1. effettuare un indagine epidemiologica sul territorio dove è collocata la struttura sanitaria per definire i bisogni di salute dei cittadini stranieri presenti ed adottare, quindi, i possibili interventi di natura organizzativa;
2. individuare i punti di accoglienza della struttura sanitaria interessata per facilitarne l'accesso alla stessa;
3. implementare i percorsi assistenziali interni alla struttura finalizzati alla "presa in carico" del paziente, prima, ed al follow-up dopo;
4. definire i ruoli ed i compiti del personale (chi fa, cosa);
5. definire i rapporti con i volontari, con il privato sociale e con le Associazioni coinvolte.

Da un punto di vista **epidemiologico**, gli stranieri presenti in Italia provengono da circa 150 paesi diversi: una varietà di persone con caratteristiche biologiche, culturali e religiose diverse. Un immigrato su dieci proviene dai Paesi europei e dall'America settentrionale, gli altri nove dai Paesi in via di sviluppo, primi tra tutti l'Africa settentrionale, col Marocco e la Tunisia, l'Europa orientale, l'Asia, l'Africa sub-sahariana e l'America latina.

In genere si tratta di soggetti giovani, sani per i quali "l'effetto migrante sano" dovrebbe durare circa 2 anni.

Fanno eccezione i bambini, per i quali sono richiesti, principalmente, interventi di Pronto Soccorso e le donne provenienti dall'est Europeo, che hanno un'età compresa fra i 45 e i 60 anni e che presentano patologie neoplastiche e cardiovascolari.

Per di più il fenomeno delle IVG nelle donne straniere è in costante aumento a differenza che nelle donne italiane. Naturalmente l'analisi epidemiologica su base nazionale deve essere integrata da quella dai dati locali avendo, ogni area territoriale, assunto una connotazione diversa.

Tutte queste informazioni ci servono: per capire quale è il reale impatto dell'utenza nei confronti della struttura sanitaria interessata; per definire quali sono le patologie più frequenti che ci possiamo aspettare; per adottare alcune azioni di natura organizzativa tra cui l'accoglienza, la formazione, la comunicazione, la presenza del mediatore culturale, ecc.

Per quanto riguarda l'individuazione delle **aree di accoglienza** nelle strutture ospedaliere, di norma, il primo impatto coincide con il pronto soccorso, l'accettazione sanitaria, il centro unico di prenotazione ed il servizio di accoglienza. Come è noto l'accoglienza è il momento in cui avviene il primo contatto con l'utente straniero e durante il quale ha luogo uno scambio di informazioni finalizzate ad indirizzare il paziente all'interno o all'esterno della struttura.

Di norma gli operatori incontrano le seguenti difficoltà: la mancata comprensione della lingua, i modelli culturali diversi, la difficoltà nel capire i bisogni e le aspettative dei pazienti stranieri, le difficoltà nel far capire la necessità di dover programmare visite ed esami, la scarsità del tempo a disposizione per poter interagire con l'utente, le differenze culturali, le difficoltà nel trasmettere le informazioni corrette o, infine, la complessità delle procedure.

Ne consegue la necessità di adottare alcuni interventi finalizzati a migliorare l'accoglienza, tra questi: formare il personale, anche attraverso l'ausilio del mediatore culturale, semplificare le procedure burocratiche ed i percorsi interni, predisporre materiale informativo tradotto nelle lingue più ricorrenti.

In quest'ultimo caso il materiale informativo dovrà tenere conto delle esigenze del paziente e della struttura. In particolare, per il Pronto Soccorso ed i reparti di degenza, potrebbe essere utile un questionario multilingue basato sulla descrizione dei sintomi. Già la CIMO-ASMD, unitamente alla ULSS 21 di Legnago, hanno elaborato un utile ed interessante vademecum in sei lingue dal titolo *"Le domande del soccorso"*.

Per le aree di accoglienza, invece, è possibile utilizzare del materiale informativo finalizzato principalmente agli aspetti burocratico-normativi o alla prevenzione delle più importanti patologie. Naturalmente la tipologia dello

strumento presenta alcuni punti deboli rappresentati, ad esempio, dalla tendenza del paziente a nascondere le patologie, oppure da possibili condizioni di gravità clinica o dall'analfabetismo, ecc.

Una volta individuate le aree di accoglienza, è necessario definire e, quindi, implementare, i **percorsi clinici**. Naturalmente parliamo di macroprocessi o percorsi clinico-assistenziali quando sono coinvolti sia il territorio, che l'ospedale (dalla "presa in carico" del paziente alla ospedalizzazione, al follow-up, fino all'uscita dal percorso); viceversa parliamo di processi professionali quando si tratta di percorsi intraospedalieri. In entrambe i casi l'obiettivo principale non è quello di fornire la prestazione richiesta, ma di ottenere un outcome adeguato alla prestazione fornita.

A livello ospedaliero l'analisi dei processi professionali ci porta a definire percorsi che originano dal Pronto Soccorso o dal Servizio di Accettazione o dal Centro Unico di Prenotazione o, infine, dall'Accoglienza unitamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Naturalmente ad ogni area di accoglienza corrisponderà un diverso percorso intraospedaliero che è strettamente correlato alle necessità clinico-assistenziali del paziente.

Ne consegue, a questo punto, la necessità di definire, per ciascuna area di accoglienza e per i percorsi clinici correlati, i **compiti** e le **responsabilità** del personale preposto (chi fa, cosa) e l'eventuale stesura di protocolli di intesa con le Associazioni di volontariato/privato sociale. In ambito ospedaliero possiamo individuare 3 livelli di responsabilità: il personale medico/infermieristico, che ha il primo impatto con l'utente estero; l'assistente sociale e lo psicologo, che assumono un ruolo determinante nella risoluzione di eventuali problematiche di natura sociale e la Direzione Sanitaria o Medica di Presidio che, viceversa, assume la funzione di raccordo con le Istituzioni.

Naturalmente il ruolo del **"mediatore culturale"** è da considerarsi trasversale a tutti i processi intraospedalieri anche se occorre "calibrarne" le attività tenendo conto delle scarse risorse economiche disponibili, della eterogeneità delle richieste da parte dell'utenza straniera e delle esigenze organizzative interne alla struttura sanitaria interessata.

Si propone, pertanto, una sorta di triage (codici rosso, giallo e verde) che selezioni gli interventi del mediatore culturale e del servizio sociale secondo priorità di natura, non solo, clinica ma anche socio-assistenziale e medico-legale.

In altre parole nell'ambito dei codici rossi potrebbero rientrare: le emergenze cliniche, pediatriche, infettivologiche, medico-legali (traumatismi, violenze, ecc.) e psico-sociali (atti di violenza); nei codici gialli le problematiche che interessano l'area oncologica, materno-infantile

(IVG, neonatologia, pediatria,) ecc. e nei codici bianchi le attività di screening, follow-up, continuità assistenziale e gli interventi sanitari programmabili.

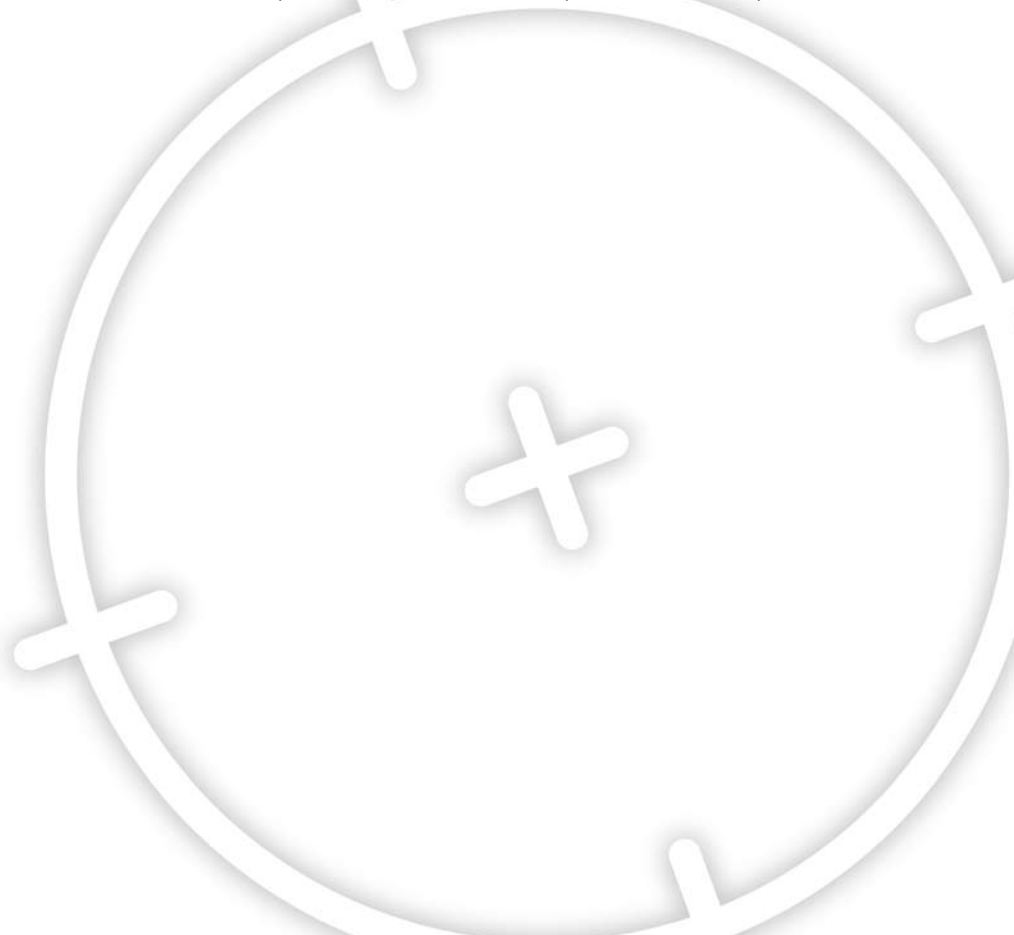
È, quindi, possibile prevedere la presenza giornaliera del mediatore culturale, magari coadiuvato da un gruppo di lavoro anche su base di volontariato, presso l'area dell'accoglienza/URP per tutte quelle attività di routine (formazione ed informazione) caratterizzate da interventi già selezionati come codice bianco.

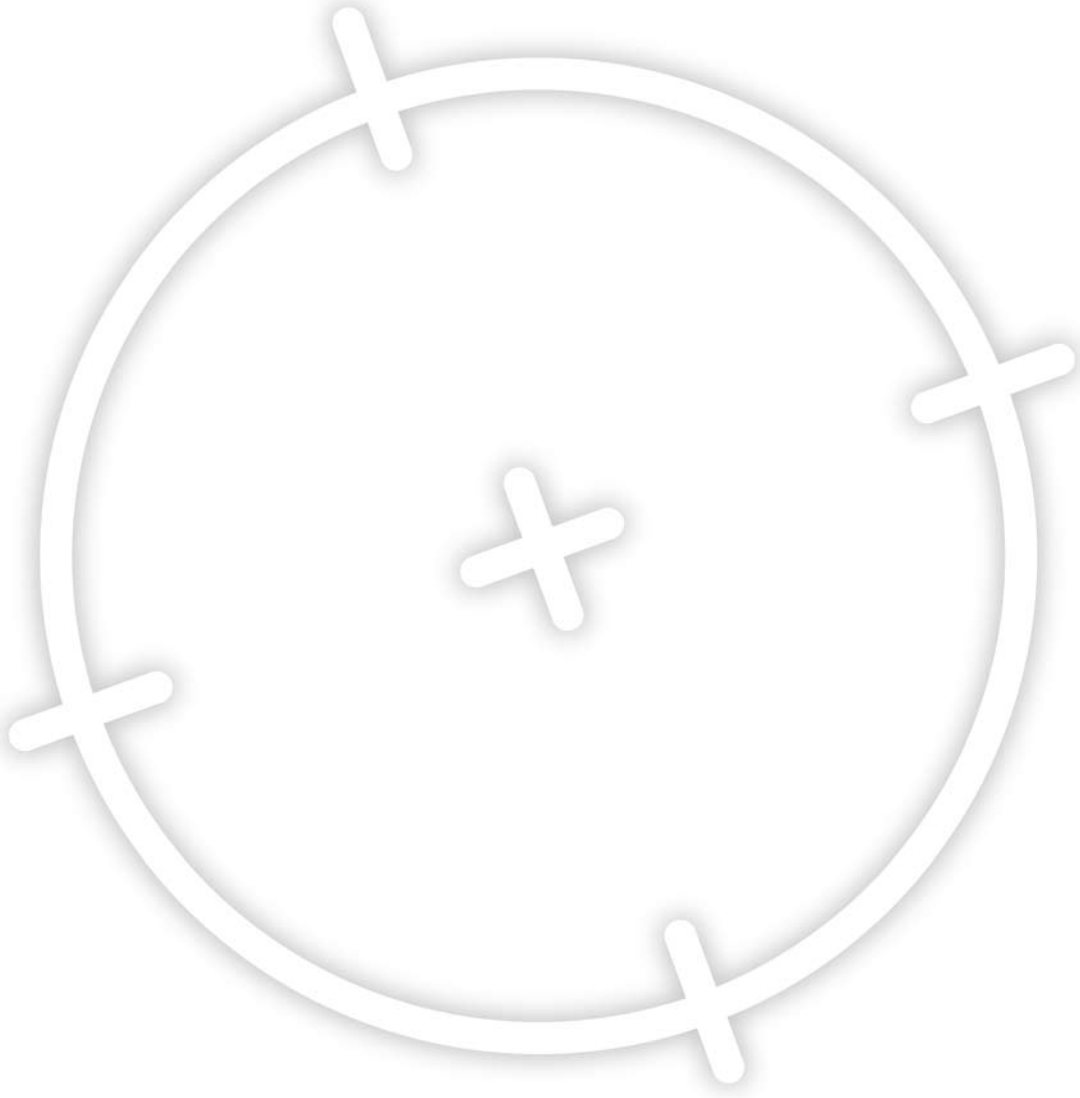
Per gli interventi programmati, come da codice giallo, lo stesso mediatore potrà collaborare con il Servizio Sociale e gli psicologi su determinate problematiche già segnalate dai servizi interessati (vedi IVG, ecc.); infine, in situazioni di urgenza, ovvero in situazioni da codice rosso, la segnalazione del medico/infermiere dovrà essere indirizzata al Servizio Sociale o alla Direzione Sanitaria con richiesta, da parte di queste strutture, dell'immediato intervento del mediatore culturale la cui presenza sarebbe assicurata anche attraverso una sorta di pronta disponibilità.

In conclusione si ritiene che, in sanità, il superamento delle barriere linguistiche rappresenti un dovere sia etico che morale e la realizzazione può avvenire solo attraverso il raggiungimento di un unico obiettivo: garantire ad ogni cittadino, incluso il cittadino straniero, i tre principi imprescindibili di uno Stato Sociale che sono la *solidarietà* verso le fasce sociali più deboli, l'*accessibilità* ai servizi sanitari e l'*equità* nel trattamento delle cure.

Il Pronto Soccorso prende in carico la totalità della persona e considera importante un proprio ruolo attivo nella segnalazione dei problemi. Valuta positivamente l'approccio multidisciplinare e la capacità di lavorare in rete con figure professionali diverse.

- A) **Comunicazione incompleta:** *lingua e filtro operato da parte di traduttori improvvisati, parenti ipercoinvolti che aggiungono interpretazioni personali, datori di lavoro che pongono problemi di censura e di privacy. È stato anche sottolineato il ruolo della cultura, ad esempio nella diversa espressione dei sintomi, nel frapporre barriere alla comprensione.*
- B) **Difficoltà nella diagnosi e maggiore ricorso ad esami strumentali e ricovero** (*difficoltà di ricostruzione anamnestica*), *patologie inconsuete* (come la tubercolosi), *frequente conversione fisica del disagio psicosociale* che non trova canali espressivi diversi.
- C) **Accessi impropri.** Il maggior problema degli accessi impropri è stato identificato nella: *clandestinità, nella disinformazione sui percorsi e sui diritti, sul mancato utilizzo del Medico di Medicina Generale, su una fiducia generale nell'ospedale come luogo di cura.*
- D) **Emergenze psicosociali (senz'altro)**
- E) **I cinesi arrivano con patologie gravi** (*ritardo nella richiesta di cure; chiusura culturale; uso di rimedi popolari*).
- F) **Comportamento aggressivo** (*albanesi e maghrebini, in coincidenza di reati al momento del referto*)
- G) **Consenso informato** (*uso emoderivati*).





## 3

## L'AUDIT CLINICO STRUTTURATO

## GUIDO QUICI

Direttore del Dipartimento di Valutazione e Qualità –  
A.O. Rummo - Benevento

L'audit clinico è uno strumento di verifica dell'appropriatezza, efficacia e qualità della performance clinica che ha, come naturale conseguenza, la realizzazione di cambiamenti migliorativi della pratica clinica e, pertanto, deve essere inquadrato in una politica complessiva per la qualità.

I principali obiettivi di un audit sono i seguenti:

- Definire la congruità tra prestazione e percorso assistenziale
- Valutare la congruità del risultato clinico rispetto ad uno standard
- Valutare l'appropriatezza di un intervento/percorso rispetto al bisogno.

Ogni audit non può essere svincolato dal contesto organizzativo in cui i servizi vengono erogati. Si tratta di una verifica di adeguatezza/efficacia (prestazioni amministrative sanitarie/tecniche/ alberghiere) verso obiettivi di outcome o di una verifica di conformità verso regole, linee guida, norme e comportamenti. I professionisti sono coinvolti a diversi livelli nel raggiungimento degli scopi ed alla costruzione di standard di prodotto, efficacia, appropriatezza, verifica e miglioramento (governo dell'attività clinica).

Da un punto di vista operativo si definiscono, prioritariamente, i criteri e gli standard che devono essere concordati e misurabili, si valuta la pratica clinica in termini di processo o esiti e si elaborano le proposte di miglioramento.

I livelli rispetto ai quali si intende implementare un audit sono, di norma, due:

**Livello base:** prevede un incontro tra operatori per discutere di casi selezionati **random** o per **accordo** (i più frequenti/quelli con decessi inattesi/quelli con esiti insoddisfacenti) da effettuare in maniera **retrospettiva** sulle **cartelle cliniche**.

I metodi principali sono:

- Verifica retrospettiva interna
- Verifica retrospettiva esterna
- Verifica attiva e simultanea
- Verifica basata su criteri e standard.

I contenuti sono:

- Adeguatezza del processo assistenziale (linee guida/ protocolli)
- Adeguatezza dei risultati ottenuti rispetto all'atteso

**Livello strutturato:** il livello strutturato può essere di tipo retrospettivo o prospettico. Nella Tabella che segue sono riportati i possibili vantaggi e gli svantaggi derivanti dalla implementazione dell'attività di audit.

VANTAGGI	SVANTAGGI
Spinta al cambiamento	Richiesta di tempo
Miglioramento performance	Restrizione autonomia lavoro clinico
Soddisfazione	
Miglioramento cure paziente	

Ogni struttura sanitaria può organizzare una propria attività di audit per effettuare autovalutazioni rispetto alla verifica di conformità verso le linee guida/processi assistenziali che ha inteso adottare. L'attività di audit deve avvenire attraverso periodici incontri tra professionisti del dipartimento opportunamente individuati per discutere dei casi selezionati.

Di norma viene adottata una **verifica retrospettiva random** sulle cartelle cliniche e sono definiti e concordati, prioritariamente, i criteri e gli standard che devono essere misurabili. Le caratteristiche principali di un audit clinico strutturato sono le seguenti:

- l'audit è diretto a **valutare la pratica clinica e non il personale clinico**
- ogni audit deve avere obiettivi definiti e condivisi e verificarne, prioritariamente il grado di scostamento dagli standard assistenziali (vedi EBM)
- l'audit deve prevedere modalità organizzative e gestionali definite sia per le responsabilità che per il ruolo delle persone coinvolte (vedi team leader, relatore, esperto, ecc.)
- occorre selezionare la linea guida/processo assistenziale oggetto dell'audit ed introdurre una metodica random in retrospettiva utilizzando i dati desunti dalle cartelle cliniche
- occorre prevedere un'attività di verifica del metodo e dell'efficacia.

Una buona progettazione è una pre condizione per il successo di un audit. Di seguito sono riportati i requisiti ottimali per l'implementazione di una attività di audit.

**Scopo:** lo scopo finale è migliorare le cure del paziente attraverso:

- Aumento della cultura del clinico
- Risolvere un problema
- Standardizzare il comportamento dei clinici
- Ridurre il gap tra standard progettato ed atteso.

**Obiettivo:** l'audit deve avere le seguenti caratteristiche:

- Specifico
- Misurabile
- Raggiungibile
- Rilevante
- Temporizzato
- Efficace
- Research based (solidi fondamenti).

**Oggetto:** la scelta dell'argomento deve interessare il professionista, l'organizzazione e gli *stakeholder*. Argomenti con scelte di tempo o di soddisfazione del cliente prevedono gruppi di miglioramento multiprofessionali; argomenti con scelte di efficacia o appropriatezza prevedono audit clinici. Sono criteri di criticità:

- Alti volumi di prestazioni
- Alti costi
- Alta rischiosità
- Alta variabilità
- Alta complessità
- Alto contenuto di novità.

**Standard di riferimento:** lo standard di riferimento si giova di strumenti forniti dalla EBM. Può derivare da linee guida, percorsi clinico-terapeutici, indicatori di performance, dati di benchmarking, risposte a quesiti clinici posti per un gruppo di pazienti. Ogni standard deve essere chiaro, condiviso, esplicito. Lo standard di riferimento richiede:

- Le migliori evidenze di efficacia disponibili
- Le esperienze del gruppo di professionisti coinvolti
- Le preferenze del paziente
- Le esigenze e vincoli dell'organizzazione.

## REALIZZARE L'AUDIT

Da un punto di vista **operativo** l'audit clinico strutturato deve rispettare le seguenti regole:

- A. Di norma si svolge sulla cartella clinica
- B. Il gruppo di audit deve essere multidisciplinare
- C. Ogni partecipante al gruppo di audit deve avere un ruolo ben definito:
  - Il *Responsabile* delle riunioni sceglie il caso e la tipologia di audit, le figure professionali che partecipano all'attività, il luogo e la data di verifica, ecc.
  - Il *Team Leader* ha la responsabilità della conduzione, delle conclusioni e del verbale di audit, ha anche funzioni di moderatore
  - Il *Relatore* presenta il caso
  - L'*Esperto* offre contributi specifici di metodo e di merito ed interviene nella discussione.
- D. Deve esistere una griglia di quesiti chiari e condivisi ai quali il gruppo di audit deve rispondere (predisposizione di una check list in funzione dei dati desunti dalle cartelle cliniche)

E. Deve essere tenuto un verbale di audit

F. Devono essere definiti gli obiettivi dell'audit (nel caso specifico l'audit è finalizzato alla verifica della applicazione ed efficacia della linee guida/processo assistenziale adottato in ambito dipartimentale)

G. La struttura, l'organizzazione e la gestione di un audit strutturato deve essere sottoposto a revisioni periodiche con lo scopo di renderlo più funzionale agli obiettivi.

Quando la progettazione è completa va attivata una comunicazione formale con i partecipanti all'audit con illustrazione di precise motivazioni circa le modalità da adottare, gli eventuali consulenti, gli impegni, gli incarichi, le scadenze.

Se si istituisce un **gruppo tra pari** le regole sono le seguenti:

- Definizione di criteri trasparenti
- Presenza nel gruppo di tutta la competenza necessaria all'analisi del problema
- Adesione dei professionisti senza troppe riserve (tempo, denaro, ecc.)
- I partecipanti devono essere autorevoli
- Devono essere chiariti fin dall'inizio le regole comuni di comportamento: riservatezza, puntualità, rispetto impegni assunti.

Se è presente un **team leader** i suoi compiti sono i seguenti:

- Concentrare l'attività del gruppo sul compito
- Consentire una buona comunicazione tra professionisti
- Supportarli con contributi metodologici di *problem solving*
- Garantire il rispetto delle scadenze e modalità di progettazione per la conduzione dell'audit.

## PRODURRE I RISULTATI

A. L'attività di audit deve svolgersi secondo le seguenti indicazioni:

- Scrittura di un report (bozza)
- Ragioni dell'audit
- Obiettivi/Indicatori
- Criteri/Standard
- Modalità organizzative di realizzazione di un audit
- Risultati ottenuti
- Primi commenti

B. Sottoporre il documento ai partecipanti

- Il documento può essere verificato, oggetto di controdeduzioni

C. Discussione dei risultati

- Pubblica riunione
- Incontri riservati

D. • I risultati, correlati dalle proposte, raccomanda-

zioni e commenti, devono essere utilizzati per le attività di miglioramento, le azioni di marketing, la programmazione, la formazione, ecc.

### SVILUPPARE UN AUDIT CLINICO/PROFESSIONALE

- Aspetti organizzativi e gestionali: chiunque può proporre un audit ad un organismo istituzionale. Si costituirà un gruppo di valutazione che dovrà verificare la **fondatezza** e l'**opportunità** della proposta prima di avviare la fase di progettazione dettagliata. A tal fine è necessario che la proposta sia correlata da: chiarezza degli scopi, obiettivi, ambiti e standard. La successiva fase di progettazione dovrà comprendere l'elaborazione di una matrice che includa: le azioni da compiere/le responsabilità/i tempi e le risorse assegnate.
- Aspetti metodologici e tecnico-professionali: ogni fase principale deve essere scomposta in azioni elementari e per ciascuna di esse è necessario definire tempi e modi di esecuzione.
  - Definire la popolazione di riferimento
  - Definire le modalità di selezione dei casi: (tutta la popolazione, % in arco di tempo, per età, **campione casuale**, ecc.)
  - Definire le modalità di raccolta dei dati: su cartelle cliniche mediante questionario o ricerca dati o schede individuali. Occorre definire il **setting** (momento dimissione, data esecuzione procedura, ecc.)
- Definire il foglio di raccolta dati: lo strumento da adottare deve bilanciare la facilità e l'esattezza di raccolta. Deve possedere le seguenti caratteristiche:
  - **Usabilità:** la raccolta dati prevede tutte le risposte possibili

- **Validità:** lo strumento contiene elementi (domande) che consentono di coprire tutti i fattori importanti da misurare
- **Affidabilità:** è collegata all'errore inerente ad ogni misurazione.
- Precisare chi compila il foglio dati: individuare chi esprime il 1° giudizio di conformità del caso rispetto allo standard
- Prevedere modalità di verifica qualità dei dati raccolti
- Definire il criterio di giudizio di aderenza dei risultati osservati allo standard individuato: giudizio sì/no o su scala graduata
- Prevedere procedure di elaborazione dati e programmi informatici
- Prevedere il target
- Definire le modalità di presentazione dei risultati.

### VALIDAZIONE AUDIT

La valutazione dell'audit rappresenta la fase finale che conduce alla verifica della funzionalità dell'audit progettato rispetto all'utilizzo dello stesso.

Di norma si ricorre all'adozione di una check-list di confronto tra quanto progettato e quanto realizzato.

### CONCLUSIONI

In conclusione, una ben strutturata attività di audit clinico assume una forte connotazione professionale perché conduce all'analisi critica e sistematica della qualità dell'assistenza.

In particolare i punti di forza su cui un audit si basa consistono nella verifica delle procedure utilizzate per la diagnosi ed il trattamento dei pazienti, l'uso di risorse, gli outcome e la qualità della vita dei pazienti.

