



Tribunale per i diritti del malato

Il Tribunale per i diritti del malato è una rete di



# CAMPAGNA OSPEDALE SICUR



## V EDIZIONE

Roma, febbraio 2003

*Un progetto realizzato con il sostegno di  
ANIE - Associazione Componenti e Sistemi per Impianti,  
ASSOBIMEDICA,  
IMQ - CSQ.*

## **MIGLIORARE INSIEME AI CITTADINI PER NON PERDERE I RISULTATI RAGGIUNTI**

Dai risultati della Campagna *Ospedale Sicuro 2002*, giunta ormai alla sua quinta edizione, emerge un miglioramento, spesso sensibile, di tutte le componenti della sicurezza (edifici, personale, vigilanza, organizzazione), con l'eccezione del personale. I risultati di cinque anni di rilevazioni mettono in evidenza un trend positivo facilmente constatabile con il confronto fra il punteggio delle quattro componenti nel 1998 e nel 2002:

	1998	2002
Edifici	71	85
Personale	48	58
Vigilanza	59	82
Organizzazione	70	79

(dato 1999)

Un altro dato significativo riguarda la distribuzione negli ospedali in fasce di merito. La prima fascia, il cui orientamento alla sicurezza è considerato soddisfacente, comprende quest'anno 14 ospedali, la seconda 22, la terza 9 e la quarta, la fascia critica, soltanto 2. Nessun ospedale, dei 68 complessivamente monitorati, a differenza delle precedenti edizioni della Campagna, si colloca nella quinta fascia, definita "da allarme rosso".

Restano ancora aree critiche. Stando ai dati emersi sembra di potere affermare che i **problemi di ordine strutturale sono ancora presenti** – come dimostra la permanenza di un numero rilevante di ospedali in cui i malati attendono di essere visitati in piedi – ma in via di soluzione, come dimostra il buon aumento dei punteggi relativi agli impianti generali e alla messa a norma.

Anche i **comportamenti e la sicurezza igienica sembrano essere in netto miglioramento**, ma deve essere segnalato a questo proposito un dato decisamente preoccupante e cioè **l'esistenza di realtà che sembrano essere al di fuori di un qualunque ragionevole controllo**. Lo scarto dei punteggi dei due fattori e dei rispettivi singoli indicatori rispetto al livello desiderato, infatti, è imputabile per la massima parte a un numero ridotto di ospedali, dove i monitori hanno rilevato, sistematicamente, la presenza di biancheria sporca e rifiuti abbandonati, imbrattamenti

non rimossi e vie di fuga ostacolate. In un contesto generale di evoluzione positiva la permanenza, non sanzionata, di simili situazioni di abbandono è inaccettabile e mette in discussione il sistema generale dei controlli.

**La gestione delle tecnologie e le sale operatorie** restano in posizione critica per la difficoltà, ancora ampiamente diffusa negli ospedali italiani, di garantire un controllo sistematico ed efficace dei processi e della circolazione delle informazioni. Il fatto che da un terzo a un quarto degli operatori intervistati non conosca il nominativo delle principali figure della sicurezza (responsabile del servizio di prevenzione e protezione, prevenzione infezioni ospedaliere, medico competente, responsabili delle manutenzioni), o che in un terzo degli ospedali manchi ancora la procedura per la gestione degli incidenti, o, ancora, che in circa metà degli ospedali non esista il piano di rintracciabilità delle bombole dei gas medicinali, mette in evidenza un eccesso di approssimazione nell'organizzazione.

**Il personale resta la componente più critica**, che staziona da ormai tre anni su un punteggio pari a circa 60/100, del tutto insoddisfacente. Probabilmente devono essere completamente riesaminate le quantità e l'impostazione stessa dell'attività di formazione. La chiave di soluzione del problema potrebbe risiedere, da una parte, nella creazione di un legame molto più determinato e stretto fra l'opera di informazione/formazione e il governo generale della sicurezza, dall'altra nella individuazione di un ruolo maggiormente attivo degli operatori.

Si potrebbe dire in estrema sintesi che, pur rilevando ancora delle situazioni inaccettabili e fuori controllo, il sistema nel suo complesso è migliorato ed ha raggiunto in questi anni dei buoni risultati, che dovrebbero essere consolidati. Per questo l'opera dei cittadini, grazie alla produzione di informazione civica e alla funzione di stimolo nei confronti delle aziende sanitarie, resta estremamente preziosa.

Appare alquanto evidente, dalle considerazioni precedenti, che l'evoluzione positiva non ha ancora raggiunto una condizione di non ritorno, per tre cause sostanziali: una cultura generale non ancora abbastanza consolidata e diffusa (come dimostra il problema del personale), il permanere di difetti di organizzazione generale, l'incapacità del governo generale di sanzionare le situazioni di abbandono. Per comprendere meglio la situazione basti pensare che un ricambio della direzione generale può ancora avere l'effetto di vanificare in poco tempo i risultati faticosamente raccolti in anni di paziente lavoro.

Nel *Rapporto* conclusivo della campagna precedente era stata inoltre messa in evidenza la latitanza di tre attori importanti: il Ministero della sanità, i governi regionali e gli organi di informazione. Su questo versante non si registrano sostanziali novità positive.

In merito ai problemi proposti sembra possibile, invece, proporre alcune ipotesi di lavoro che potrebbero avere l'effetto di consolidare i risultati raggiunti.

Per quanto riguarda il personale e l'organizzazione, si può ipotizzare una strategia integrata legata alla completa attuazione del D.lgs. n.626 e D.lgs. n.46/97. Schematicamente si potrebbe pensare ad un processo in cinque passi:

- completamento della pianificazione generale della sicurezza (documento sulla valutazione dei rischi, piani di emergenza, gestione degli incidenti, piani di manutenzione, ecc.);
- completamento della organizzazione prevista dal D.lgs. n.626;
- presentazione a tutto il personale della pianificazione e dell'organizzazione, con l'uso di apposite schede, il ruolo attivo dei preposti e dei dirigenti e con la richiesta di completare il quadro generale con le procedure di Unità operative;
- raccolta e sintesi delle procedure delle Unità operative e dei bisogni di formazione del personale;
- formulazione e pubblicazione del piano annuale di intervento e verifica del livello di attuazione anche con il concorso del monitoraggio civico.

Lo schema proposto è, ovviamente, del tutto discutibile, ma permette di mettere in evidenza la possibilità di superare rapidamente e operativamente molte barriere informative e di acquisire le risorse messe a disposizione dei cittadini. In questo quadro la celebrazione delle *giornate della sicurezza*, già sperimentate nel 2001, potrebbe essere l'occasione per un bilancio annuale dei risultati ottenuti e per l'individuazione di ulteriori azioni di miglioramento.

Per quanto concerne la necessità di sanzionare le situazioni di abbandono, il Tribunale per i diritti del malato può assumere l'impegno di rilevarle e di intervenire presso tutte le autorità competenti fino alla loro rimozione.

Resta un compito delle istituzioni pubbliche favorire tutte queste iniziative, nel rispetto dell'ultimo comma dell'art.118 della Costituzione italiana, nel quale si legge che "*Stato, Regioni, Province, Comuni, Città metropolitane favoriscono l'automa iniziativa dei*

*cittadini singoli e associati per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà”.*

## 1. UNA POLITICA CIVICA DELLA SICUREZZA

### 1.1. I cittadini e la sicurezza

La Campagna annuale *Ospedale Sicuro*, giunta alla sua quinta edizione, è una testimonianza ormai consolidata dell'impegno del *Tribunale per i diritti del malato* per l'attuazione del **diritto alla sicurezza**, proclamato nella Giornata dei diritti del malato del 1995 dal Protocollo nazionale sul servizio sanitario:

*“Chiunque si trovi in una situazione di rischio per la sua salute ha diritto ad ottenere tutte le prestazioni necessarie alla sua condizione e ha altresì diritto a non subire ulteriori danni causati dal cattivo funzionamento delle strutture e dei servizi”.*

Questo impegno ha trovato conferma ancora nella recente proclamazione della Carta europea dei diritti del malato, presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002. La Carta, riprendendo e aggiornando la precedente formula presentata nel 1995, dichiara:

*“Ogni individuo ha il diritto di essere libero da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalla malpractice e dagli errori medici, e ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza”.*

Al fine di garantire questo diritto, si legge a commento, gli ospedali e i servizi sanitari devono monitorare continuamente i fattori di rischio ed assicurare che i dispositivi sanitari elettronici siano mantenuti in buono stato e che gli operatori siano formati in modo appropriato. Tutti i professionisti sanitari devono essere pienamente responsabili della sicurezza di ogni fase ed elemento di un trattamento medico. I medici devono essere in grado di prevenire i rischi di errori attraverso il monitoraggio dei precedenti e la formazione continua. I membri di staff sanitari che riferiscono la presenza di rischi ai loro superiori e/o colleghi devono essere protetti da possibili conseguenze avverse.

L'esigenza di integrare l'azione capillare e quotidiana delle sezioni del *Tribunale per i diritti del malato* con una campagna nazionale è maturata in seguito ai fatti intervenuti fra la fine del '97 e l'inizio del '98 (l'incendio della camera iperbarica alla clinica Galeazzi e le infezioni contratte negli interventi per cataratta al Policlinico Umberto I di Roma) che rendevano evidente una vera e propria **“emergenza sicurezza”**. Per chi intratteneva rapporti quotidiani con la realtà del servizio sanitario, infatti, era del tutto

evidente l'assoluta mancanza di continuità e di sistematicità con la quale i livelli istituzionali affrontavano la questione sei anni fa. La pressione della magistrature e degli organi di controllo sulla "messa a norma" degli impianti e delle strutture, e i fondi stanziati dall'art. 20 della finanziaria del 1988, stimolavano interventi di adeguamento, ma non programmi verificabili in cui fossero chiare le priorità da perseguire, le risorse finanziarie da mobilitare e le azioni di aggiornamento del personale.

In questa situazione era indispensabile progettare un intervento che permettesse ai cittadini di entrare efficacemente in gioco, se non altro per rispondere a due esigenze fondamentali. La prima, di ordine generale: per superare conflitti e approcci settoriali bisognava mettere in gioco un punto di vista non condizionato dagli interessi particolari. La seconda, di ordine pratico, ma non per questo meno importante: come in molti altri campi, è impossibile produrre un monitoraggio efficace delle situazioni senza l'intervento attivo dei cittadini.

## **1.2. La costruzione della politica: il *Tavolo per la sicurezza nelle strutture sanitarie***

Dare più sistematicità e più efficacia all'intervento del *Tribunale per i diritti del malato* ha comportato la necessità di definire i criteri ispiratori e di ricercare alleanze.

Il primo problema è stato risolto attraverso la definizione di un *concetto operativo della sicurezza come regime di governo dei rischi*, intendendo per *regime* un sistema di norme, valori, risorse, informazioni, procedure, comportamenti codificati che impegna tutti i soggetti presenti a prevenire e a limitare gli effetti dannosi dei pericoli comunque presenti.

Per quanto riguarda la ricerca delle alleanze, era facile comprendere che gli interlocutori andavano ricercati fra i professionisti, i ricercatori, i produttori e gli utilizzatori. Le adesioni furono fin dall'inizio qualificate e numerose. Lo strumento utilizzato per il lavoro comune è stato il *Tavolo per la sicurezza delle strutture sanitarie*, concepito come un luogo di governo allargato del problema, nel quale i vari soggetti potevano interagire per costruire una politica comune per ideare, avviare e attuare concretamente programmi di azione e sostenere interlocuzioni con i vari livelli di governo.

A partire dalla prima edizione della Campagna Ospedale sicuro hanno partecipato alle attività del *Tavolo* rappresentanti di organismi tecnico-scientifici come l'Istituto Superiore di Sanità e il Consiglio nazionale delle ricerche, di istituzioni della qualità come l'Istituto per il Marchio di Qualità/CSQ e Certimedica, di associazioni professionali particolarmente impegnate sulle questioni della sicurezza come l'Associazione italiana di fisica per la medicina, l'Associazione italiana degli ingegneri clinici, l'Associazione degli ingegneri e degli architetti del servizio sanitario, l'Associazione degli infermieri di camera operatoria, dei produttori come l'Associazione nazionale delle industrie elettromedicali, Assobiomedica e Federchimica (gruppo prodotti sensibili e gruppo gas medicinali), della Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere, dei medici aderenti alla Fimmg e all'Anao Assomed e inoltre rappresentanti dell'Inas Cisl e dell'Associazione italiana dell'ospitalità privata (AIOP).

Con il contributo del *Tavolo* è stato possibile definire i lineamenti di una politica civica della sicurezza per quanto riguarda almeno due aspetti. In primo luogo, le competenze scientifiche e professionali sono state fondamentali per la messa a punto del sistema degli indicatori descritto nella nota metodologica. In secondo luogo, la compresenza di soggetti di diversa natura ha fatto sì che il *Tavolo* fosse, in un certo senso, un laboratorio che permettesse di sperimentare sia forme di concertazione sulla definizione di priorità e programmi, sia modalità di comunicazione fra i diversi soggetti, significative per la formazione di una cultura comune della sicurezza.

Attraverso le successive campagne si è andata costruendo una rete civica di dimensioni ormai significative e in grado di sostenere la costruzione della terza componente essenziale di una politica civica, vale a dire l'interlocuzione istituzionale, che però è ancora del tutto insufficiente rispetto alle dimensioni del problema.

### **1.3. La rete della sicurezza**

Le cinque *Campagne Ospedale Sicuro* hanno fatto emergere una potenziale rete civica, costituita da rappresentanti delle associazioni e degli enti aderenti al *Tavolo per la sicurezza delle strutture sanitarie*, da operatori sanitari e naturalmente dai cittadini "monitori", mobilitati attraverso il *Tribunale per i diritti del malato*.

Da una stima risulta che i soggetti finora coinvolti sono:



- 535 **operatori civici** della sicurezza;
- 2360 **operatori sanitari** (medici, infermieri, tecnici, ausiliari);
- 165 **responsabili del Servizio di prevenzione e protezione**;
- 108 **medici competenti**;
- 108 **responsabili per la prevenzione delle infezioni**;
- 30 **operatori sanitari di sala operatoria**;
- 38 **farmacisti ospedalieri**;
- 17 **organizzazioni** che costituiscono il *Tavolo per la sicurezza delle strutture sanitarie*.

A questo elenco bisogna aggiungere l'équipe centrale, costituita dai responsabili nazionali e dai collaboratori esterni (circa 10 persone).

#### **1.4. La Campagna Ospedale Sicuro 2002**

Con la Campagna del 1998 è stato sperimentato per la prima volta il monitoraggio dei cittadini sulla base degli *indicatori* della sicurezza. Nel 1999 e 2000 è stata applicata una nuova metodologia per l'elaborazione dei dati raccolti attraverso una scheda di valutazione ed è stata consolidata la rete civica della sicurezza. Nel 2001 è stata sperimentata una nuova impostazione della campagna, in grado di tenere distinti tre regimi di monitoraggio, impostazione consolidata con la campagna 2002, che ha conservato la distinzione tra:

- a) il monitoraggio completo della sicurezza con la realizzazione di tutte le operazioni descritte nella successiva nota metodologica;
- b) il monitoraggio semplificato "di accesso" volto a rilevare, attraverso l'osservazione della struttura, gli eventi sentinella e un'intervista al responsabile del servizio di prevenzione e protezione, **146 indicatori complessi**, in grado di rendere sostenibile una valutazione significativa dell'ospedale;
- c) un'azione di mantenimento, riservata agli ospedali nei quali fosse già stato realizzato e verificato l'anno successivo almeno un monitoraggio completo. Questa azione è stata imperniata sulla rilevazione degli eventi sentinella e

sulla registrazione degli investimenti e degli interventi nel settore della sicurezza.

La diversificazione dei regimi ha permesso di raddoppiare nel 2001 gli ospedali posti sotto osservazione, i quali sono passati dai 37 del 2000 ai 70 del 2001, 39 dei quali monitorati per la prima volta. Nel 2002 sono stati monitorati i seguenti ospedali, raggruppati per regime di monitoraggio e in ordine alfabetico:

1. **regime completo** (20 strutture):

Albano Laziale (Rm) – *Ospedale S. Giuseppe*;  
Alghero (Ss) – *Ospedale civile, Asl 1*;  
Bosa (Nu) – *Ospedale P. Mastino, Asl 3 Nuoro*;  
Cerignola (Fg) – *Ospedale G. Tatarella, Asl Fg 2*;  
Chioggia (Ve) – *Ospedale civile di Chioggia, Asl 14*;  
Genzano di Roma (Rm) – *Ospedale civile E. De Sanctis*;  
Grosseto – *Ospedale La Misericordia*;  
Molfetta (Ba) – *Presidio ospedaliero, Usl Ba 2*;  
Napoli – *A.O. Santobono*;  
Ortona (Ch) – *Presidio ospedaliero G. Bernabeo, Asl 2 Chieti*;  
Palermo – *Ospedale Benfratelli, Azienda civica di Alta Specializzazione*;  
Policoro (Mt) – *Ospedale civile di Policoro, Asl 5 Montalbano Ionico*;  
Potenza – *A.O. S. Carlo*;  
Spoleto (Pg) – *Ospedale S. Matteo degli Infermi, Asl 3 Foligno Spoleto*;  
Sestri Ponente (Ge) – *Ospedale Antero Micone, A. O. Genova Voltri*;  
Teramo – *Ospedale civile G. Mazzini*;  
Terni – *Ospedale S. Maria*;  
Torino – *Ospedale Koelliker*;  
Torino – *Ospedale Martini Nuovo, Asl 2 Torino*;  
Urbino – *Ospedale S. Maria della Misericordia*;

2. **regime di accesso** (27 strutture):

Angera (Va) – *Ospedale C. Ondoli, Asl Varese*;  
Ariano Irpino (Av) – *Ospedale civile, Asl Av 1*;  
Beldosso (Co) – *Presidio ospedaliero Beldosso Longone al Segreno, A.O. S. Anna*;  
Borgo Valsugana (Tn) – *Ospedale civile*;  
Campobasso – *A.O. Cardarelli*;  
Cantù (Co) – *Presidio ospedaliero di Cantù, A.O. S. Anna*;  
Caserta – *A.O. Ospedale civile*;

Como – *Presidio ospedaliero di Como, A.O. S. Anna*  
Fermo (Ap)- *Ospedale Augusto Murriss;*  
Foggia – *A.O. Ospedali Universitari Riuniti;*  
Gallipoli (Le) – *Ospedale civile Sacro Cuore di Gesù, Asl Le 2;*  
Licata (Ag) – *Ospedale S. Giacomo D’Altopasso;*  
Mariano Comense (Co) – *Presidio ospedaliero Felice Villa, A.O. S. Anna*  
Menaggio (Co) – *Presidio ospedaliero di Menaggio, A.O. S. Anna;*  
Napoli – *Fondazione Pascale;*  
Napoli – *A.O. Monaldi;*  
Ozieri (Ss) – *Ospedale A. Segni, Asl 1;*  
Pagani (Sa) – *Ospedale civile Andrea Tortora, Asl Sa 1;*  
Piacenza – *Ospedale G. da Saliceto;*  
Piazza Armerina (En)- *Ospedale M. Chiello, Asl Enna;*  
Pozzuoli (Na) – *Ospedale S. Maria delle Grazie;*  
Reggio Emilia – *Ospedale S. Maria Nuova;*  
Rimini – *Ospedale Infermi, Asl Rimini;*  
Roma – *Ospedale S. Pertini;*  
Roma – *Ospedale S. Pietro-Fatebenefratelli;*  
Sarzana (Sp) - *Ospedale S. Bartolomeo, Asl 5 La Spezia;*  
Torino – *Ospedale M. Adelaide, Cto;*

**3. *regime di mantenimento* (21 strutture):**

Brindisi – *Ospedale A. Perrino, Asl Br;*  
Cagliari – *A. O. Brotzu;*  
Cagliari – *Policlinico;*  
Cavalese (Tn) – *Ospedale civile;*  
Cles (Tn) – *Ospedale civile;*  
Legnago (Vr) – *Ospedale di Legnago;*  
Milano – *Ospedale S. Paolo;*  
Napoli – *A.O. Cotugno;*  
Napoli – *Ospedale S. Paolo, Asl Na 1;*  
Nuoro – *Ospedale S. Francesco, Asl 3 Nuoro;*  
Pescara – *Ospedale civile dello Spirito Santo;*  
Riva del Garda (Tn) – *Ospedale civile;*  
Roma – *A.O. S. Giovanni Addolorata;*  
Rovereto (Tn) – *Ospedale Santa Maria del Carmine;*  
Sessa Aurunca (Ce) – *Ospedale S. Rocco, Asl Ce 2;*  
Taranto – *Ospedale SS. Annunziata, Asl Ta 1;*

Termoli (Cb) – *Ospedale S. Timoteo, Asl 4 Basso Molise;*  
Tione (Tn) – *Ospedale civile;*  
Torino – *Ospedale Giovanni Bosco, Asl 4 Torino;*  
Torino – *Ospedale M. Vittoria, Asl 3 Torino;*  
Trento – *Ospedale S. Chiara.*

Si può legittimamente affermare, quindi, che nel 2002 la Campagna ospedale sicuro, superata dal 2001 la fase sperimentale, si è consolidata come attività ordinaria, permanente e diffusa delle sezioni del *Tribunale per i diritti del malato*, in grado di interagire con il governo della sicurezza.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Il presente Rapporto è stato redatto da Francesca Moccia e Alessio Terzi, con la collaborazione di Ilaria Donatio, Marco Ferrara, Margherita Ferrara, Marina Iarlori, Giovanni Petrillo, Elio Rosati e con la consulenza di Stefano A. Inglese.

## 2. NOTA METODOLOGICA

### Premessa

Quando il *Tribunale per i diritti del malato* pubblica i propri *Rapporti*, c'è sempre qualcuno che contesta la significatività dei dati criticando la metodologia adottata o mettendo addirittura in discussione la legittimità di una qualunque forma di valutazione che non sia stata formulata da istituzioni "abilitate".

La sostanziale coerenza dei dati ottenuti in cinque campagne dovrebbe essere sufficiente, da sola, a rispondere a questo tipo di obiezioni.

Resta vero, però, (anche se non tutti rispettano questa regola fondamentale), che una piena comprensione del significato e dei limiti di validità dei dati prodotti e delle conseguenti valutazioni, è possibile soltanto se gli autori dichiarano, con la necessaria precisione, la metodologia adottata. Riproponiamo quindi la nota metodologica già pubblicata nei *Rapporti* precedenti.

### 2.1. L'analisi civica

Nel *Manuale di cittadinanza attiva*<sup>2</sup> è contenuta una ampia rassegna delle interpretazioni delle nuove forme di azione civica proposte da vari Autori. Alcuni di loro (in particolare Rubin e Wildavsky) mettono in evidenza la capacità delle organizzazioni di intervenire in modo consapevole e informato nelle diverse fasi delle politiche pubbliche. Raccogliendo e integrando tali contributi il *Manuale* propone di riconoscere l'esistenza di una vera e propria *analisi civica* intesa come "sistema di attività poste in atto dai cittadini per partecipare al policy making e, più in particolare, per definire, comunicare e far valere il proprio punto di vista in ordine alle questioni di rilevanza pubblica e sociale, soprattutto quando esse riguardano direttamente la tutela dei diritti e la qualità della vita".

Applicata nell'ambito della valutazione della sicurezza questa definizione comporta tre conseguenze precise. La prima è che, in nessun caso, la valutazione civica può

---

<sup>2</sup> G. Moro, *Manuale di cittadinanza attiva*, Carocci editore, Roma 1998, nel seguito della trattazione citato come il *Manuale*.

essere confusa con una attività ispettiva sul rispetto delle normative, che compete ad organismi dotati di specifiche competenze e ufficialmente individuati come tali. La finalità è piuttosto quella di rendere rilevante un punto di vista – quello del cittadino – che, come si è visto nel primo capitolo, subisce le conseguenze del cattivo (o assente) governo dei rischi senza potere intervenire.

La seconda è di ordine più tecnico, e discende dal fatto che l'esigenza di interagire tempestivamente sulle situazioni in atto richiede modalità di raccolta dei dati e di produzione delle informazioni rapide e di costo non eccessivo. Le tecniche della statistica, quando si vuole davvero il rigore scientifico, sono costose e comportano tempi alquanto lunghi (una rilevazione sulla sicurezza condotta utilizzando queste tecniche richiede, nel migliore dei casi, non meno di un anno mentre l'osservazione civica giunge a conclusione in due-tre mesi). Come si vedrà più avanti è comunque possibile mettere in campo dati e informazioni dotati di un valore riconoscibile.

La terza conseguenza è che nelle organizzazioni civiche sono presenti e si sviluppano competenze di ordine tecnico. È bene ricordare, infatti, che i cittadini attivi svolgono (o hanno svolto) funzioni qualificate nei rispettivi luoghi di lavoro ma, soprattutto, che il sistematico intervento sulle diverse questioni connesse con la tutela dei diritti produce esperienza, informazione e quindi competenza.

## **2.2. L'informazione civica come metodologia tecnica**

Nel quarto capitolo del *Manuale* sono descritte le tecniche di raccolta dei dati e di produzione delle informazioni che compongono quella tecnologia particolarmente strutturata di analisi che prende il nome di *informazione civica*.

Quando il problema è complesso, come nel caso della valutazione della sicurezza, viene messo in atto un ciclo di lavoro che comporta cinque passaggi sostanziali:

- a) l'individuazione di un numero definito di **elementi standardizzati**, osservabili e rappresentativi della realtà sottoposta ad osservazione;
- b) la produzione di **strumenti tecnici** per la raccolta dei dati;
- c) la definizione di **strutture operative** per la raccolta dei dati;
- d) il reclutamento e la formazione dei **monitori**;
- e) l'**elaborazione** e la **presentazione** pubblica dei dati.

È alquanto evidente che la bontà dei dati dipende in larga parte dalla qualità delle prime due operazioni. Si deve, infatti, rispondere a due domande. La prima: quali sono gli elementi caratterizzanti del sistema sicurezza? È necessaria la consultazione di testi ed esperti: nel nostro caso, per esempio, i componenti del *Tavolo per la sicurezza delle strutture sanitarie* hanno rivestito un ruolo fondamentale. La seconda è: come fanno i cittadini comuni a rilevare tali elementi? La risorsa fondamentale, in questo caso, è l'esperienza delle persone che da anni controllano le strutture. Gli indicatori vengono così definitivamente selezionati e distribuiti fra gli strumenti tecnici secondo le specifiche modalità di rilevazione.

### 2.3. Struttura della valutazione

La *Campagna Ospedale Sicuro 1998* aveva già permesso di sperimentare positivamente il repertorio di *indicatori* da utilizzare. Fatte salve le inevitabili correzioni, questo ha permesso di concentrare l'attenzione su due problemi:

- a) la necessità di rendere più incisiva e più comprensibile la valutazione;
- b) la necessità di giungere a una valutazione puntuale di ogni singolo ospedale e non soltanto dell'universo.

Gli strumenti utilizzati sono stati la revisione critica del rapporto conclusivo della *Campagna 1998* e l'introduzione del concetto di *fattore di sicurezza*, in analogia ai fattori di qualità definiti dal D.p.c.m. del 19/5/95 sulle Carte dei servizi, come aspetto che qualifica il rapporto che i cittadini instaurano con i servizi durante il loro percorso nelle strutture sanitarie.

Si è potuto quindi considerare la sicurezza come la risultante di quattro *componenti*, a propria volta articolate in fattori. Le componenti considerate sono *gli edifici* all'interno dei quali si svolgono le attività sanitarie, *il personale* che lavora all'interno di tali strutture, *l'organizzazione* delle attività dirette e di supporto, *la vigilanza* e cioè il livello di attenzione riservato ai problemi connessi con la sicurezza. Ogni fattore poteva essere misurato attraverso una combinazione coerente di indicatori.

Nella scorsa edizione della campagna è stato introdotto un nuovo fattore (la gestione degli impianti di gas medicinali) e sono state integrate e corrette, sulla base dell'esperienza, le liste degli indicatori relative ai diversi fattori.

Per ogni ospedale sono stati quindi rilevati i dati necessari per misurare **235 indicatori** (erano 184 nel 2000), raggruppati in **24 fattori** (erano 23 nel 2000) e **quattro componenti**, come indicato dallo schema seguente.

<b>Componenti</b>	<b>Fattori</b>
Edifici	Strutture comuni (10 indicatori), Pronto soccorso (6), Impianti elettrici (9), Prevenzione incendi (6), Impianti di condizionamento (2), Impianti gas medicinali (21), Impianti idrici (2), Cantieri (5).
Personale	Livello di informazione (6), Formazione (4), Conoscenza dell'organizzazione (4), Conoscenze operative (10).
Vigilanza	Comportamenti (13), Sorveglianza (6), Informazione (7), Segnaletica (4)
Organizzazione	Sicurezza igienica (38), Degenza (7), Manutenzione e controlli (14), Sicurezza del lavoro (10), Provvedimenti generali (7), Gestione delle tecnologie (18), Gestione impianti gas medicinali (13), Laboratorio analisi (9).

Per rilevare i dati, ogni gruppo di monitoraggio, che si è impegnato a realizzare un monitoraggio *completo*, ha:

- compilato **una griglia strutturale** per rilevare i dati stabili nel tempo;
- effettuato **quattro distinti sopralluoghi** per rilevare gli elementi variabili nel tempo;
- intervistato **20 operatori** (sei medici, sei infermieri, tre ausiliari, tre addetti ai servizi clinici e due addetti ai servizi tecnici);
- intervistato **cinque responsabili** (servizio di prevenzione e protezione, medico competente, prevenzione infezioni ospedaliere, farmacista ospedaliero e responsabile del laboratorio analisi) e **un rappresentante dei lavoratori** per la sicurezza, per acquisire giudizi qualificati e informazioni diversamente non disponibili.



Al termine delle operazioni sul campo, i gruppi hanno provveduto alla elaborazione dei dati con il supporto di una scheda di valutazione. Per la quantificazione sono stati adottati i seguenti criteri:

- i valori dei singoli indicatori potevano variare da **0 (totale inadeguatezza)** a **100 (situazione ideale)**, con opportune scale;
- i valori dei fattori corrispondevano alla **media dei valori degli indicatori**;
- le componenti erano calcolate come **media dei fattori**;
- il punteggio dell'ospedale è calcolato come la **media delle componenti**.

L'esecuzione della valutazione ha permesso agli stessi rappresentanti locali di costituirsi come interlocutori nei confronti dei responsabili e di avviare politiche locali che, in alcuni casi, hanno già prodotto effetti misurabili.

Il monitoraggio semplificato, definito regime di *accesso*, è stato realizzato attraverso la griglia strutturale, la griglia periodica e l'intervista al responsabile del servizio di prevenzione e protezione. Non comprende, quindi, la componente personale e i fattori relativi alla *degenza*, alla *sicurezza del lavoro*, alla *gestione dei gas medicinali* e al *laboratorio analisi*.

Il monitoraggio di *mantenimento* prevede la compilazione della griglia periodica e di una scheda per rilevare quali interventi di miglioramento della sicurezza – investimenti, corsi di formazione, emanazione di disposizioni e adeguamento dell'organizzazione – sono stati realizzati nel corso dell'ultimo anno.

## 2.4. Valore dei dati e delle informazioni

L'unico requisito mancante per attribuire un valore statistico ai dati prodotti è il controllo dei campioni. Ciò non significa che le informazioni prodotte siano inattendibili ma, più semplicemente, che devono essere utilizzate in forma appropriata. Le analisi comparate dei dati di cinque campagne e i supplementi di istruttoria citati in premessa hanno confermato finora che i campi di incertezza dei risultati prodotti sono, tutto sommato, limitati.

Ad esempio, la quantità di indicatori utilizzata e la quantità di dati raccolta sono così elevate da consentirci di escludere che i problemi identificati siano irrilevanti o frutto

di una osservazione casuale. Nello stesso tempo essi sono presentati dal punto di vista dei cittadini, e cioè dei risultati e quindi assumono una funzione di verifica delle azioni che le amministrazioni (non solo italiane) stentano ad esercitare. È possibile, se lo si reputa necessario, effettuare indagini più esaustive sui problemi emersi avendo comunque risparmiato il tempo e le risorse necessarie per la definizione dei temi da sottoporre a verifica.

È del tutto ovvio, infine, che, per una valutazione esaustiva della sicurezza, le informazioni prodotte dall'analisi civica devono essere integrate con quelle provenienti da altre fonti, soprattutto per gli aspetti più tecnici. Questo però non è un problema di metodologia statistica, quanto piuttosto, di costruzione di quel regime generale di governo dei rischi che la *Campagna Ospedale Sicuro* vuole favorire.

## **I RISULTATI DELLA CAMPAGNA OSPEDALE SICURO 2002**

In questa parte del *Rapporto* saranno illustrati gli esiti della *Campagna Ospedale Sicuro 2002*, con particolare riferimento a:

- **fattori della sicurezza;**
- **graduatoria** degli ospedali monitorati.

### **3. I FATTORI**

Per illustrare la situazione generale della sicurezza degli ospedali si possono utilizzare le componenti e i fattori descritti nella **nota metodologica**. Per ogni componente e per ogni fattore viene riportato:

- l'elenco degli **indicatori** rilevati e utilizzati per attribuire il punteggio (solo per i fattori);
- un **punteggio** espresso in centesimi che rappresenta la media dei valori riscontrati nei diversi ospedali. Nella maggior parte dei casi tale media si riferisce sia al regime completo che a quello di accesso, mentre per il personale, le degenze, la gestione degli impianti dei gas medicinali essa riguarda soltanto gli ospedali dove è stato svolto il monitoraggio completo;
- i **punteggi** riscontrati nelle Campagne 1998, 1999, 2000 e 2001, dichiarando i casi in cui questi non sono stati rilevati o nei quali le variazioni della lista di indicatori privano di significato la comparazione. La comparazione fra i valori del 2002 e quelli degli anni precedenti ha un valore del tutto indicativo, in quanto gli universi degli ospedali desiderati sono sensibilmente diversi. È interessante, comunque, rilevare che gli scostamenti sono sempre contenuti e questo conferma che la metodologia adottata fornisce una rappresentazione attendibile della realtà;
- gli **ospedali** nei quali sono stati riscontrati rispettivamente i valori migliori e quelli peggiori, tanto nel monitoraggio completo che nel regime di accesso;

- un breve **commento**, per i fattori per i quali ciò è possibile, integrato dalle informazioni sulle attività delle aziende raccolte con il regime di mantenimento.

### 3.1. Edifici

**Punteggio 2002: 85**

Punteggio 2001: 80

Punteggio 2000: 81

Punteggio 1999: 74

Punteggio 1998: 71

Situazioni migliori

*accesso:* Menaggio (96/100);

*completo:* Molfetta (98/100).

Situazioni peggiori

*accesso:* Campobasso; Pagani (66/100);

*completo:* Torino, Martini Nuovo(68/100).

Nella valutazione della sicurezza degli edifici si è tenuto conto di fattori quali: la *sicurezza delle strutture comuni* (ingresso, percorsi comuni, degenze, ascensori, laboratorio analisi e radiologia), degli *impianti* (elettrici, idrici, gas medicinali, di condizionamento), del *pronto soccorso* e di eventuali *cantieri*.

Delle quattro componenti analizzate (*edifici, personale, vigilanza e organizzazione*), il valore della componente edifici si conferma, anche per questa edizione della campagna, **il più elevato**. Si registra inoltre un discreto incremento del valore relativo rispetto allo scorso anno.

Questo dato conferma gli sforzi che si stanno compiendo per adeguare le strutture sanitarie alla normativa sulla sicurezza, nonostante l'elevata età media dell'edilizia ospedaliera del nostro Paese. Per tutti i fattori osservati si registra un miglioramento, che risulta particolarmente evidente per il fattore *prevenzione incendi*. Quest'ultimo dato è stato rilevato chiedendo informazioni sul livello di adeguamento alla normativa ai responsabili dei servizi di prevenzione e protezione ed attingendo da eventuali rilievi sulla materia da parte dei Nas e della Magistratura.

### 3.1.1. Strutture comuni

*Indicatori utilizzati:* presenza di *barriere architettoniche* (ingresso, percorsi comuni, ascensori, laboratorio analisi, radiologia, degenze), presenza di *colature o chiazze d'acqua, barelle o letti aggiunti nei reparti, malati in barella per lungo tempo.*

**Punteggio 2002: 87**

Punteggio 2001: 82

Punteggio 2000: 78

Punteggio 1999: 75

Punteggio 1998: 79

Situazioni migliori

*accesso:* Ariano Irpino; Beldosso; Borgo Valsugana; Licata; Menaggio; Napoli, Pascale; Roma, Pertini; Roma, S. Pietro (100/100);

*completo:* Genzano; Molfetta; Potenza; Torino, Koelliker; Urbino (100/100).

Situazioni peggiori

*accesso:* Campobasso (56/100);

*completo:* Sestri Ponente (52/100).

La sicurezza delle strutture comuni appare in **netto miglioramento**. Si devono registrare, tuttavia, **barriere architettoniche**, presenti all'ingresso principale in 3 ospedali (Napoli, *Monaldi*, Pagani, Piacenza), nel percorso di accesso agli ascensori in 5 ospedali (Campobasso, Napoli *Santobono*, Piacenza, Pozzuoli e Sestri Ponente), nei percorsi comuni in 6 ospedali (Angera, Campobasso, Ozieri, Pozzuoli, Foggia, Sestri Ponente), nel laboratorio di analisi in 4 ospedali (Fermo, Piacenza, Piazza Armerina, Sestri Ponente), in radiologia in 2 ospedali (Fermo, Ozieri) e nei reparti di degenza in 2 ospedali (Pozzuoli e Sarzana).

Inoltre sono state osservate almeno una volta **colature e chiazze d'acqua** in 12 ospedali (Caserta, Campobasso, Fermo, Foggia, Gallipoli, Grosseto, Ortona, Spoleto, Teramo, Terni, Torino *Martini Nuovo*, Sestri Ponente) e rilevata, da un minimo di 2 ad un massimo di 4 osservazioni, la presenza di **barelle o letti aggiunti nei reparti** in 9 ospedali (Albano, Bosa, Como, Grosseto, Napoli *Monaldi*, Ortona, Palermo, Reggio Emilia, Torino M. Adelaide).

### 3.1.2. Pronto soccorso

*Indicatori utilizzati:* interferenza fra accesso ordinario e accesso d'emergenza, presenza barriere architettoniche, presenza della camera calda, presenza della sala d'attesa, barelle in spazi comuni, presenza di malati in piedi.

**Punteggio 2002: 86**

Punteggio 2001: 82

Punteggio 2000: 84

Punteggio 1999: 78

Punteggio 1998: 75

Situazioni migliori

*accesso:* Borgo Valsugana; Fermo; Foggia; Mariano C.; Menaggio; Pozzuoli; Rimini; Roma, S. Pietro (100/100);

*completo:* Albano; Alghero; Bosa; Cerignola; Policoro; Potenza; Sestri Ponente; Teramo; Terni; Urbino (100/100).

Situazioni peggiori

*accesso:* Campobasso (50/100);

*completo:* Ortona (33/100)

Anche il valore di questo fattore mostra un **lieve miglioramento** rispetto alle rilevazioni degli scorsi anni. Tuttavia si registrano ancora diversi episodi che potrebbero individuare un rischio per la sicurezza: l'interferenza dell'accesso al pronto soccorso con l'accesso ordinario alla struttura (Campobasso, Ortona), la presenza di barriere architettoniche (Ozieri, Piacenza), l'assenza di una camera calda in 7 ospedali (Angera, Genzano, Licata, Napoli *Monaldi*, Napoli *Santobono*, Pagani, Palermo, Piazza Armerina), l'assenza della sala d'attesa (Ortona, Pagani, Palermo), la presenza di barelle nel pronto soccorso, osservata almeno una volta, in 14 ospedali (Campobasso, Cantù, Caserta, Como, Gallipoli, Genzano, Grosseto, Napoli *San Paolo*, Ortona, Piacenza, Reggio Emilia, Roma *San Giovanni*, Taranto, Tione), la presenza di **malati in piedi in attesa** in 17 ospedali (Ariano Irpino, Campobasso, Cantù, Cles, Grosseto, Molfetta, Napoli *San Paolo*, Ortona, Palermo, Piacenza, Piazza Armerina, Roma *Pertini*, Sarzana, Spoleto, Taranto, Torino M. *Adelaide*, Torino *Martini Nuovo*).

### 3.1.3. Impianti elettrici

*Indicatori utilizzati:* giudizio del responsabile del servizio di prevenzione e protezione sul *livello di adeguamento alle normative* (parti comuni, degenze, ambulatori-uffici-servizi, impianti tecnici, sale operatorie), presenza di *fili elettrici scoperti, interruzioni di energia elettrica, rilievi da parte della magistratura e dei Nas.*

**Punteggio 2002: 83**

Punteggio 2001: 78

Punteggio 2000: 78

Punteggio 1999: 69

Punteggio 1998: non confrontabile

Situazioni migliori

*accesso:* Angera; Beldosso; Fermo; Mariano C.; Menaggio; Roma, *Pertini*; Sarzana (100/100);

*completo:* Albano; Cerignola; Genzano; Napoli, *Santobono* (100/100).

Situazioni peggiori

*accesso:* Pagani (54/100);

*completo:* Palermo (45/100).

Appare **buono** anche il punteggio medio delle rilevazioni riguardanti gli impianti elettrici. Tuttavia il livello di adeguamento nelle parti comuni non è ancora giudicato soddisfacente in 10 ospedali (Bosa, Grosseto, Molfetta, Palermo, Policoro, Potenza, Spoleto, Teramo, Terni, Torino *Martini Nuovo*), nei reparti di degenza in ben 26 ospedali, negli ambulatori, uffici e servizi in 20 strutture, negli impianti tecnici e generali in ben 27 ospedali e persino nelle sale operatorie in 10 ospedali.

Purtroppo si rilevano ancora **fili elettrici scoperti** in 6 strutture osservate (Caserta, Foggia, Ortona, Ozieri, Pagani, Teramo). Magistratura e/o Nas hanno elevato verbali riguardanti impianti elettrici non a norma in 4 ospedali (Napoli *Pascale*, Palermo, Pagani, Reggio Emilia). In 8 ospedali, infine, si sono verificate interruzioni di energia elettrica.

### 3.1.4. Prevenzione incendi

*Indicatori utilizzati:* giudizio del responsabile del servizio di prevenzione e protezione sul *livello di adeguamento* (parti comuni, degenze, ambulatori-uffici-servizi, impianti tecnici, sale operatorie), *rilievi della magistratura e dei Nas.*

**Punteggio 2002: 79**

Punteggio 2001: 68

Punteggio 2000: 68

Punteggio 1999: 66

Punteggio 1998: non confrontabile

Situazioni migliori

*accesso:* Angera; Sarzana (100/100);

*completo:* Cerignola, Chioggia (100/100).

Situazioni peggiori

*accesso:* Como (58/100);

*completo:* Policoro (58/100).

Se per tutti i fattori osservati si registra un miglioramento, questo risulta particolarmente evidente per la **prevenzione degli incendi**. D'altro canto, il trend molto positivo del dato dimostra quanto siano distanti ed in estremo ritardo le realtà non ancora del tutto attente a questo aspetto della prevenzione dei rischi. Traccia di questa **disattenzione** appare negli ospedali di Bosa, Campobasso, Como, Fermo, Foggia, Napoli *Pascale*, Palermo, Piacenza, Policoro, Teramo. Un ritardo strutturale viene segnalato anche a Torino *Martini Nuovo* che, peraltro, è un ospedale leader nella pianificazione delle emergenze.

Anche se il valore medio finale appare alto, dall'analisi dei risultati dei singoli indicatori osservati si evidenzia che c'è ancora da fare. Il livello di adeguamento per la prevenzione incendi, infatti, non appare completamente soddisfacente in 38 ospedali per quanto attiene alle parti comuni, in 34 per i reparti di degenza e per gli impianti tecnici e generali, in 38 per ambulatori, uffici e servizi e, infine, in 25 ospedali per le sale operatorie. In 2 ospedali (Pagani, Potenza), inoltre, sono stati registrati rilievi da parte dei Nas e della Magistratura.

### **3.1.5. Impianti di condizionamento**



*Indicatori: presenza degli impianti nelle cucine, nelle sale operatorie e nelle unità di terapia intensiva.*

**Punteggio 2002: 88**

Punteggio 2001: 85

Punteggio 2000: 85

Punteggio 1999: 74

Punteggio 1998: 70

Situazioni migliori:

*accesso: Beldosso; Borgo; Campobasso; Cantù; Caserta; Como; Fermo; Foggia; Licata; Mariano; Menaggio; Napoli, Monadi; Napoli, Pascale; Ozieri; Pagani; Piacenza; Pozzuoli; Roma, Pertini; Roma, S. Pietro; Sarzana (100/100);*

*completo: Alghero; Bosa; Molfetta; Napoli, Santobono; Palermo; Policoro; Potenza; Sestri Ponente; Spoleto; Teramo; Torino, Martini Nuovo; Urbino (100/100).*

Situazioni peggiori:

*accesso: Angera; Gallipoli; Piazza Armerina; Torino M. Adelaide (50/100);*

*completo: Albano; Genzano; Ortona (50/100).*

Anche il risultato dell'analisi di questo fattore mostra una **situazione positiva e in leggero miglioramento** rispetto agli anni precedenti. In tutti gli ospedali monitorati è presente l'impianto di condizionamento tanto nelle sale operatorie che nelle unità di terapia intensiva. In ben 12 strutture, però, risultano ancora assenti gli **impianti di condizionamento nelle cucine**.

### **3.1.6. Impianti di gas medicinali**

*Indicatori utilizzati: esistenza dell'impianto centralizzato per ossigeno, protossido di azoto, aria medica e anidride carbonica, conformità ai requisiti della farmacopea ufficiale, conformità delle centrali e dei depositi, esistenza dell'impianto centralizzato per il vuoto, esistenza di almeno un sistema di riserva, identificazione delle tubazioni, conformità alle norme CE, presenza dell'impianto di evacuazione dei gas nelle sale operatorie e nelle terapie intensive, presenza dell'allarme esaurimento gas nelle sale operatorie nelle terapie intensive, presenza di prese di ossigeno nelle zone risveglio delle sale operatorie e delle terapie intensive, presenza di prese di ossigeno e di vuoto*

nelle degenze, erogazione autonoma dei gas nelle sale operatorie e nelle terapie intensive, giudizio del responsabile del servizio di prevenzione sull'impianto centralizzato e sulle centrali di stoccaggio e di erogazione.

**Punteggio 2002: 87**

Punteggio 2001: 84

Punteggio 2000: 91

Punteggio 1999: 85

Punteggio 1998: non confrontabile

**Situazioni migliori**

*accesso*: Licata (100/100);

*completo*: Alghero; Potenza; Teramo; Urbino (99/100).

**Situazioni peggiori**

*accesso*: Napoli, Pascale(56/100);

*completo*: Torino, Martini Nuovo (56/100).

**Trend positivo** anche per gli impianti gas medicinali. Alcuni episodi suscitano però preoccupazione: l'assenza di nuovi impianti conformi alla normativa CE (Caserta, Pagani, Torino Martini Nuovo) e il livello generale di attuazione dello standard per gli impianti gas medicinali di Albano, Campobasso, Genzano, Napoli Pascale, Pagani, Torino Martini Nuovo, Torino M. Adelaide.

### **3.1.7. Impianti idrici**

*Indicatori utilizzati*: giudizio del responsabile del servizio di prevenzione e protezione sul livello di adeguamento, rilievi della magistratura e dei Nas.

**Punteggio 2002: 83**

Punteggio 2001: 80

Punteggio 2000: 80

Punteggio 1999: non rilevato

**Situazioni migliori**

*accesso*: Borgo Valsugana; Fermo; Licata; Pozzuoli; Reggio Emilia; Roma, Pertini (100/100);

*completo: Bosa; Cerignola; Molfetta (100/100).*

**Situazioni peggiori**

*accesso: Pagani (38/100);*

*completo: Albano; Genzano (50/100).*

Dai giudizi dei responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, interpellati sul livello di adeguamento degli impianti idrici, si evince che in 18 ospedali il livello **non è giudicato soddisfacente**. Nell'ospedale di Pagani ciò è comprovato anche da un rilievo effettuato dai Nas e dalla Magistratura.

### **3.1.8. Cantieri**

*Indicatori utilizzati: separazione dalle attività sanitarie, visibilità della segnaletica, interferenza con percorsi normali, agibilità percorsi alternativi, presenza di polveri e rumori.*

**Punteggio 2002: 87**

Punteggio 2001: 85

Punteggio 2000: 85

Punteggio 1999: 75

Punteggio 1998: 62

**Situazioni migliori**

*accesso: Cantù; Foggia; Gallipoli; Mariano C.; Menaggio; Napoli, Monadi; Ozieri; Pozzuoli; Reggio Emilia; Roma, Pertini; Roma, S. Pietro; Sarzana (100 /100);*

*completo: Alghero; Bosa; Genzano; Sestri Ponente; Spoleto; Terni; Torino, Koelliker (100/100).*

**Situazione peggiore**

*accesso: Piacenza (30/100);*

*completo: Albano; Grosseto; Napoli, Santobono (80/100).*

L'ultimo fattore considerato nella valutazione della sicurezza degli edifici è la sicurezza dei cantieri presenti nelle strutture monitorate. La separazione di questi dalle attività sanitarie appare **non adeguata** in soli 3 ospedali (Pagani, Piacenza, Torino Martini Nuovo).

### 3.2. Personale

(rilevato solo nel monitoraggio *completo*)

**Punteggio 2002: 58**

Punteggio 2001: 60

Punteggio 2000: 59

Punteggio 1999: 53

Punteggio 1998: 48

Situazione migliore: Torino, Koelliker (92/100);

Situazione peggiore: Cerignola (32/100).

Il punteggio della componente personale si conferma ancora il **più basso** tra le quattro analizzate (*edifici, personale, vigilanza, organizzazione*). Il valore rilevato quest'anno è inferiore a quello dello scorso anno. Il *livello di informazione sui rischi* (58/100), della *formazione* (58/100), della *conoscenza dell'organizzazione* (60/100) e delle *conoscenze operative* (52/100), ossia i fattori osservati per giudicare l'attenzione che il personale ha per la prevenzione dei rischi, sono la cartina al tornasole di una situazione che resta problematica.

Come già indicato nella nota metodologica, il punteggio di questa componente deriva dalla analisi delle risposte fornite direttamente dal personale sanitario intervistato.

Da questa analisi si evincono situazioni paradossali, nelle quali gli operatori sanitari, pur affermando di aver ricevuto informazioni i rischi in ospedale, non ritengono di avere un buon livello di conoscenze operative, ossia **ignorano provvedimenti, mappe o procedure** che, in certi casi, dovrebbero invece conoscere per prevenire quei rischi sui quali sono stati formati. Inoltre, pur riconoscendo di avere ricevuto informazioni generali sui singoli rischi, dichiarano di non aver avuto alcuna informazione specifica, né istruzioni scritte o orali (Palermo).

In venti ospedali sottoposti al regime di mantenimento è stata rilevata la predisposizione di 77 documenti (49 fra protocolli, procedure e linee guida, 11 manuali operativi e 17 opuscoli informativi). Il 60% riguarda temi vari di sicurezza del lavoro o la conduzione di specifiche operazioni, il 20% la prevenzione delle infezioni

ospedaliera, il 10% l'emergenza e gli interventi in caso di incendio, un altro 10% la sicurezza in generale. Nessun opuscolo è dedicato alla organizzazione interna dei servizi di sicurezza. Il livello quantitativo e la distribuzione per temi di questa attività sembra inadeguato rispetto alla necessità di rimuovere le lacune ripetutamente segnalate nei rapporti precedenti e ribadite dalla campagna 2002. La situazione è ancora più critica se si pensa che il 30% dei documenti censiti è stato emesso da tre soli ospedali e che, quindi, per la maggior parte delle strutture, non vengono prodotti più di due documenti all'anno.

### 3.2.1. Livello di informazione

*Indicatori utilizzati: informazioni generali, informazioni specifiche, istruzioni orali e istruzioni scritte sui rischi biologici, chimici, da radiazioni, elettrici, da incendio.*

**Punteggio 2002: 58**

Punteggio 2001: 58

Punteggio 2000: 61

Punteggio 1999: 56

Punteggio 1998: 55

Situazione migliore: Albano (89/100);

Situazione peggiore: Chioggia (33/100).

**Resta basso il livello di informazione sui rischi.** Più nel dettaglio, si fa abbastanza informazione sul **rischio biologico**, cioè il rischio di contrarre una malattia infettiva, che è connesso all'ambiente ospedaliero (75/100). Risulta ancora troppo basso il livello di informazione sul rischio biologico negli ospedali di Cerignola (54/100), dove gli operatori non ricordano di avere avuto istruzioni scritte sul rischio biologico, e Chioggia (43/100). In qualche caso il livello di informazioni su questa tipologia di rischio sembra ottimo, tuttavia appare paradossale che ad una massima attenzione per il rischio biologico corrisponda una totale assenza di informazioni sugli altri rischi all'interno degli stessi ospedali.

Mediamente alto anche il punteggio generale sul **rischio di incendio** (66/100). Per il **rischio chimico**, ossia il rischio che deriva dalla esposizione a sostanze impiegate in ospedale per diversi scopi, come disinfettanti, detergenti, farmaci, gas anestetici, ecc., si registra in generale **maggiore attenzione** (62/100).

Meno informazioni si danno, invece, su **rischio elettrico** (57/100), dovuto all'uso delle apparecchiature elettromedicali, e **rischio fisico**, ossia derivante da radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, (52/100 e 36/100). Questo tipo di rischio riguarda in particolar modo gli operatori della radiologia, radioterapia, ecc, ma l'esposizione alle radiazioni potrebbe essere anche occasionale, assistendo semplicemente i malati o lavando oggetti.

### **3.2.2. Formazione**

*Indicatori utilizzati:* partecipazione degli operatori a corsi sui vari tipi di rischio, addestramento specifico all'uso delle attrezzature in dotazione, organizzazione di corsi da parte dell'azienda.

**Punteggio 2002: 58**

Punteggio 2001: 65

Punteggio 2000: 63

Punteggio 1999: 55

Punteggio 1998: 42

Situazione migliore: Molfetta; Urbino (100/100);

Situazione peggiore: Albano (8/100).

**Basso** il punteggio medio della formazione. In particolare l'indicatore che ci rivela quanti operatori hanno **partecipato ai corsi di formazione** per i rischi specifici fa registrare un valore notevolmente basso (39/100). Ben 10 ospedali sono al di sotto anche di questo stesso valore già di per sé basso (Albano, Bosa, Cerignola, Chioggia, Genzano, Grosseto, Ortona, Sestri Ponente, Spoleto, Teramo).

La ricognizione svolta in venti ospedali sottoposti al regime di mantenimento ha permesso di individuare 128 iniziative di formazione (in vari casi ripetute più volte). Di queste, il 40 % circa ha un approccio di tipo "generalista" (contenuti del decreto lgs. n.626/94, informazione ai neo assunti, sicurezza del lavoro in generale); un quarto si riferisce a temi specifici di sicurezza del lavoro (movimentazione carichi manuali, uso degli antitossici, uso dei gas anestetici, rischio biologico) con una evidente disattenzione per il rischio elettrico (due sole iniziative); un altro 25% riguarda la gestione delle emergenze e l'evacuazione in caso di incendio. Soltanto il 10% riguarda il governo della sicurezza (prevenzione delle infezioni e organizzazione dei servizi) ed

è prevalentemente rivolto alle figure indicate dal D.lgs. n.626/94 (preposti, dirigenti e rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza).

### **3.2.3. Conoscenza dell'organizzazione**

*Indicatori utilizzati:* conoscenza dei *nominativi dei responsabili* (responsabile del servizio di prevenzione e protezione, medico competente, rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, responsabile della manutenzione, responsabile della prevenzione delle infezioni ospedaliere), conoscenza delle *istruzioni per la segnalazione degli incidenti*, conoscenza delle *procedure di manutenzione e controllo*.

**Punteggio 2002: 60**

Punteggio 2001: 61

Punteggio 2000: 63

Punteggio 1999: 57

Punteggio 1998: 55

Situazione migliore: Policoro (96/100);

Situazione peggiore: Albano (28/100).

Al di sotto della media del fattore (60/100) si collocano ben 11 ospedali (Albano, Bosa, Cerignola, Chioggia, Genzano, Grosseto, Palermo, Sestri Ponente, Spoleto, Teramo, Torino *Martini Nuovo*).

Particolarmente rilevante il dato medio sulla **conoscenza dei responsabili** per la sicurezza (69/100). Non è un buon segnale rilevare che ancora oggi, dopo alcuni anni di informazioni e formazione sul D.lgs. n.626/94 e sulle poche, ma centrali, figure dei responsabili, non ci sia ancora una conoscenza diffusa da parte del personale.

Si sostiene ancora di **non aver ricevuto istruzioni per segnalare eventuali incidenti** (47/100). Questo dato dimostra una volta di più la mancanza di una cultura diffusa della prevenzione degli incidenti. Il risk management, che darebbe la possibilità di partire dagli errori, dagli incidenti e dai quasi-incidenti per attuare una seria prevenzione dei rischi, senza nessuno scopo scandalistico e utilizzando, per esempio, una analisi dei casi anonima e sistematica, allo scopo di evitare la ripetizione di errori già commessi in precedenza.

Non sembra accettabile, infine, che in alcuni ospedali gli operatori abbiano dichiarato di non conoscere affatto né le procedure di manutenzione né il programma per la manutenzione periodica e per il controllo delle attrezzature di lavoro (Napoli Santobono, Ortona, Palermo).

### **3.2.4. Conoscenze operative**

*Indicatori utilizzati: conoscenza del piano di evacuazione, del manuale informativo e della mappa dei rischi, maneggio dell'estintore partecipazione esercitazioni antincendio, conoscenza dei simboli, dei colori e dei marchi delle attrezzature, conoscenza della segnaletica, conoscenza del piano di emergenza per anomalie dei gas medicinali e conoscenza dei dispositivi medici e della loro classificazione.*

**Punteggio 2002: 52**

Punteggio 2001: 55

Punteggio 2000: 47

Punteggio 1999: 47

Punteggio 1998: 42

Situazione migliore: Ortona (100/100);

Situazione peggiore: Cerignola (22/100).

**Al di sotto della media** del fattore (52/100), che risulta di per sé già piuttosto bassa, si collocano ben 11 ospedali (Albano, Bosa, Cerignola, Chioggia, Genzano, Grosseto, Palermo, Sestri Ponente, Spoleto, Teramo, Terni).

Dall'analisi degli indicatori si rileva che gli operatori conoscono ancora troppo poco la mappa dei rischi (38/100), il piano di emergenza per gli impianti gas medicinali (27/100), il manuale informativo sui rischi (43/100), le procedure antincendio (55/100), varie conoscenze tecniche (60/100), la segnaletica (66/100) e i dispositivi medici (63/100).

### **3.3. Vigilanza**

**Punteggio 2002: 82**

Punteggio 2001: 78



Punteggio 2000: 77

Punteggio 1999: 69

Punteggio 1998: 59

Situazioni migliori

*accesso*: Fermo; Menaggio (98/100);

*completo*: Albano; Alghero; Torino, Koelliker (94/100).

Situazioni peggiori

*accesso*: Ariano Irpino (50/100);

*completo*: Cerignola (56 /100).

Il livello di attuazione della vigilanza per la sicurezza negli ospedali, **che risulta migliorato rispetto allo scorso anno** (82/100), è stato valutato osservando *comportamenti rischiosi del personale, procedure di mera sorveglianza, la possibilità di identificare sempre locali e servizi e di trovare esposte le piantine per l'evacuazione, nonché la segnaletica di sicurezza.*

A fronte di un **buon risultato** raggiunto dal fattore **comportamenti del personale** (89/100), si deve constatare un minore punteggio sulla **sorveglianza** all'interno delle strutture (76/100).

Sempre più visibile per il personale la segnaletica di emergenza (83/100), mentre resta stabile il dato relativo alla attenzione per l'identificazione di locali e servizi (84/100).

### 3.3.1. *Comportamenti*

*Indicatori utilizzati: presenza di ostacoli temporanei nei vari percorsi dell'ospedale, vie di fuga ostruite, rifiuti abbandonati per oltre 30', biancheria sporca abbandonata per oltre 30', ostruzione delle griglie nelle sale operatorie, uso di adattatori elettrici.*

**Punteggio 2002: 89**

Punteggio 2001: 85

Punteggio 2000: 80

Punteggio 1999: 80

Punteggio 1998: 70

**Situazioni migliori**

*accesso:* Borgo Valsugana; Beldosso; Fermo; Licata; Menaggio; Rimini (100/100);

*completo:* Alghero; Urbino (100 /100).

**Situazioni peggiori**

*accesso:* Cantù; Mariano C. (67/100);

*completo:* Ortona (33/100).

Il trend del fattore comportamenti risulta **in crescita** rispetto allo scorso anno (89/100). Buoni gli indicatori relativi alla presenza di ostacoli temporanei (89/100), di rifiuti abbandonati nei reparti di degenza o negli spazi comuni (84/100), di biancheria sporca abbandonata (91/100). Pari a zero, invece, l'indicatore relativo all'uso di adattatori elettrici in 2 ospedali (Ortona, Teramo). Escludendo gli ospedali di Foggia, Milano *San Paolo*, Napoli *San Paolo*, Ortona, Roma *S. Pietro* e Grosseto, all'interno dei quali si trovano ancora **vie di fuga** ostruite, possiamo finalmente notare la massima attenzione a questo aspetto in quasi tutti gli ospedali monitorati. Proprio in relazione a ciò appare ancora più grave il ripetersi di questo genere di situazioni laddove lo si riscontra ancora. In particolare vanno segnalati numerosi comportamenti scorretti nell'ospedale di Napoli *San Paolo* e Ortona (presenza di ostacoli temporanei, biancheria sporca e rifiuti abbandonati).

### 3.3.2. Sorveglianza

*Indicatori utilizzati:* presenza del *triage* al pronto soccorso, presenza di *personale addetto alle informazioni*, *mancata custodia* di rifiuti o materiali pericolosi, presenza del *divieto di accesso* ai locali tecnici e di servizio.

**Punteggio 2002: 76**

Punteggio 2001: 69

Punteggio 2000: 74

Punteggio 1999: 71

Punteggio 1998: 60

**Situazioni migliori**

*accesso: Fermo; Gallipoli; Roma, S. Pietro (100/100);*

*completo: Sestri Ponente (100/100).*

**Situazioni peggiori**

*accesso: Angera (25/100);*

*completo: Cerignola (49/100).*

La sorveglianza all'interno delle strutture, pur registrando un punteggio pari a 76/100, resta comunque la cenerentola della componente vigilanza. E' significativo, a questo, proposito che manchi ancora del tutto il personale addetto alle informazioni in diversi ospedali, tanto al pronto soccorso (media nazionale 63/100) che all'ingresso principale (media nazionale 87/100).

### **3.3.3. Informazione**

*Indicatori utilizzati: identificazione dei locali tecnici, delle sale operatorie, dei servizi clinici e dei locali di degenza, presenza delle piantine del piano di evacuazione nei reparti, presenza dei cartelli di istruzione al personale nei locali tecnici e nei servizi clinici, esistenza ultima copia della farmacopea ufficiale.*

**Punteggio 2002: 84**

Punteggio 2001: 84

Punteggio 2000: 77

Punteggio 1999: 57

Punteggio 1998: 55

**Situazioni migliori**

*accesso: Borgo Valsugana; Cantù; Licata; Mariano C.; Menaggio; Reggio Emilia; Rimini (100/100);*

*completo: Albano; Bosa; Molfetta; Torino, Koelliker (100/100).*

**Situazioni peggiori**

*accesso: Pagani (43/100);*

*completo*: Palermo (58/100).

Anche se i punteggi medi nazionali degli indicatori osservati per questo fattore, relativi all'identificazione di locali e servizi sono soddisfacenti, salta immediatamente agli occhi l'unico indicatore per il quale si registra un valore piuttosto basso: la scarsa presenza di **piantine del piano di evacuazione** nei reparti di degenza (38/100). **In 15 ospedali su 47 monitorati le piantine sono completamente assenti.**

### 3.3.4. Segnaletica

*Indicatori utilizzati: visibilità della segnaletica di emergenza, presenza dei segnali di avvertimento, divieto e prescrizione nei vari luoghi dell'ospedale.*

**Punteggio 2002: 83**

Punteggio 2001: 77

Punteggio 2000: 75

Punteggio 1999: 62

Punteggio 1998: 46

Situazioni migliori

*accesso*: Beldosso; Cantù; Como; Gallipoli; Licata; Mariano C.; Menaggio; Reggio Emilia (100/100);

*completo*: Albano; Bosa; Genzano; Molfetta; Policoro; Potenza; Torino, Koelliker (100/100).

Situazioni peggiori

*accesso*: Ariano Irpino (33/100);

*completo*: Cerignola (22/100).

Si rileva una **buona presenza** della segnaletica antincendio (89/100), di avvertimento (89/100), di divieto (83/100) e di prescrizione (80/100). Nonostante un buon punteggio medio, va segnalato che **nessuno dei quattro indicatori raggiunge il punteggio massimo**, ossia 100/100, e che quindi **esistono ancora delle strutture nelle quali la segnaletica, pur essendo in massima parte presente, non è ancora completa.**

## 3.4. Organizzazione

**Punteggio 2002: 78**

Punteggio 2001: 73

Punteggio 2000: 73

Punteggio 1999: 70

Punteggio 1998: non confrontabile

**Situazioni migliori**

*accesso*: Ozieri (100/100);

*completo*: Napoli, Santobono (90/100).

**Situazioni peggiori**

*accesso*: Caserta; Pozzuoli (49/100);

*completo*: Cerignola (58/100).

La componente organizzazione, che mostra un miglioramento rispetto allo scorso anno, ha tenuto conto di diversi fattori: l'esistenza di *locali per garantire la sicurezza igienica* (87/100), le *procedure di sicurezza* per il trattamento dei degenti (76/100), l'attenzione alla *manutenzione* con piani e programmi specifici (74/100), l'applicazione del sistema previsto dal D.lgs. n.626/94 per la *sicurezza del lavoro* (76/100), la predisposizione dei *provvedimenti generali sulla sicurezza* (69/100), la *gestione delle tecnologie* (78/100), la *gestione degli impianti gas medicinali* (71/100) e l'organizzazione del *laboratorio analisi* (91/100).

### **3.4.1. Sicurezza igienica**

*Indicatori utilizzati*: presenza di *contenitori adeguati* per rifiuti, biancheria sporca e biancheria pulita, esistenza di *locali separati* per il deposito di biancheria sporca e pulita nei vari ambienti, disposizioni scritte per la *gestione del circuito sporco-pulito*, presenza di *topi o scarafaggi* in vari luoghi, presenza di *polvere sulle griglie di aerazione* delle sale operatorie, presenza di *polvere su altre griglie*, presenza di *imbrattamenti non rimossi*, altri segni di scarsa pulizia, valutazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione su *degenze, sale operatorie, altri servizi, cucina, distribuzione del vitto, lavanderia, organizzazione delle pulizie, rilievi della magistratura e dei Nas*.

**Punteggio 2002: 87**

Punteggio 2001: 78  
Punteggio 2000: 82  
Punteggio 1999: 77  
Punteggio 1998: 73

Situazioni migliori  
*accesso*: Ozieri (100/100);  
*completo*: Molfetta (98 /100).

Situazioni peggiori  
*accesso*: Pagani (71/100);  
*completo*: Ortona (58/100).

I singoli indicatori osservati per dare un giudizio sul fattore sicurezza igienica rivelano un punteggio medio discreto. Appare tuttavia preoccupante la situazione nell'ospedale di Ortona, che ha un punteggio sulla sicurezza igienica molto basso.

### 3.4.2. *Degenza*

(rilevato solo nel monitoraggio *completo*)

*Indicatori utilizzati*: istruzioni per il trattamento degli allettati, per l'isolamento e per le procedure invasive, altre linee guida, presenza del lavabo nelle stanze, frequenza delle pulizie, esistenza di procedure scritte per la sterilizzazione.

#### **Punteggio 2002:76**

Punteggio 2001: 60  
Punteggio 2000: 71  
Punteggio 1999: 66  
Punteggio 1998: non confrontabile

Situazioni migliori: Molfetta; Urbino Torino, Koelliker (100/100);  
Situazione peggiore: Cerignola (28/100).

Tra gli indicatori osservati uno desta certamente più preoccupazione di tutti: **la pulizia dei reparti di degenza**. Il valore medio di questo indicatore è 66/100, non particolarmente soddisfacente. In 3 ospedali il punteggio è al di sotto di 50/100 (Cerignola, Ortona e Sestri Ponente).

### 3.4.3. Manutenzione e controlli

*Indicatori utilizzati:* giudizio del responsabile del servizio di prevenzione e protezione sull'adeguatezza della manutenzione, ritardi negli interventi di manutenzione su richiesta, sospensioni prolungate nell'uso di attrezzature per guasti, esistenza dei libretti macchina degli apparati elettromedicali, guasti di apparecchiature negli ultimi 12 mesi, interventi in caso di guasto, mantenimento in servizio in caso di guasto, sospensioni prolungate a causa di guasti, esistenza del piano di manutenzione programmata degli impianti di gas medicinali, esistenza del piano di manutenzione preventiva, esistenza del libretto di centrale, libretto macchina per ogni apparato medicale, statistiche sul malfunzionamento delle apparecchiature, procedure per la gestione di incidenti, rapporto e archiviazione dei dati sugli incidenti, verifiche ambientali nelle sale operatorie.

**Punteggio 2002: 74**

Punteggio 2001: 69

Punteggio 2000: 70

Punteggio 1999: 69

Punteggio 1998: non confrontabile

Situazioni migliori

*accesso:* Sarzana (100/100);

*completo:* Alghero (96/100).

Situazioni peggiori

*accesso:* Caserta (36/100);

*completo:* Albano (60/100).

Il trend del fattore manutenzione e controlli mostra un **miglioramento** rispetto alla precedente rilevazione. Contrariamente agli altri, la predisposizione di **regole e procedure per la gestione degli incidenti** fa registrare un punteggio molto basso (57/100). In 10 ospedali su 47 mancano completamente regole e procedure codificate per la gestione degli incidenti. Questo dato, purtroppo, conferma ancora una volta la scarsissima attenzione nei confronti della prevenzione degli incidenti.

#### 3.4.4. Sicurezza del lavoro

(rilevato solo nel monitoraggio completo)

*Indicatori utilizzati:* esistenza delle cartelle sanitarie dei lavoratori, del registro dei sopralluoghi del medico competente, monitoraggio degli infortuni biologici, segnalazioni all'autorità giudiziaria, presenza di patologie professionali sistematiche, esiti delle segnalazioni sui rischi, partecipazione del medico competente ai programmi di sicurezza, giudizio del medico competente sull'attuazione del D.lgs. n.626, disponibilità degli indumenti protettivi.

**Punteggio 2002: 76**

Punteggio 2001: 77

Punteggio 2000: 78

Punteggio 1999: 76

Punteggio 1998: non confrontabile

Situazioni migliori: Albano; Genzano (100/100);

Situazione peggiore: Cerignola (43/100).

**Diminuisce il valore medio del fattore sicurezza del lavoro.** Appare frequente il riscontro sistematico delle **patologie professionali** (39/100) e le segnalazioni all'autorità giudiziaria (61/100); ancora troppo basso lo stato di attuazione della formazione prevista dal D.lgs. n.626/94 (68/100). Nella dotazione di indumenti protettivi (D.P.I.), inoltre, risulta ancora basso il punteggio medio riferito alla dotazione di calzature (67/100).

#### 3.4.5. Provvedimenti generali

*Indicatori utilizzati:* disponibilità di competenze professionali (responsabili del servizio di prevenzione e protezione, ingegneria clinica e fisica sanitaria), esistenza del piano di evacuazione, esistenza e diffusione del documento sulla valutazione dei rischi e della mappa dei rischi, esistenza di un piano di emergenza per l'impianto dei gas medicinali, esistenza di un programma di messa a norma degli impianti di gas medicinali e di un programma generale di messa a norma dell'ospedale.

**Punteggio 2002: 69**

Punteggio 2001: 68



Punteggio 2000: 60  
Punteggio 1999: 62  
Punteggio 1998: non confrontabile

**Situazioni migliori**

*accesso*: Torino, M. Adelaide (100/100);  
*completo*: Napoli, Santobono; Ortona; Torino, Koelliker (89/100).

**Situazioni peggiori**

*accesso*: Caserta (25 /100);  
*completo*: Cerignola (18/100).

Si registra finalmente, tranne che in un caso, una **diffusa predisposizione del documento di valutazione dei rischi**, obbligatorio per legge e fondamentale per avviare un serio monitoraggio delle condizioni di sicurezza (87/100). Meno positivo il livello di diffusione di questo stesso documento (45/100). La predisposizione del **piano di evacuazione** purtroppo ha un punteggio medio ancora troppo basso (66/100). In 10 ospedali su 47 il punteggio è pari a 0/100.

### **3.4.6. Gestione delle tecnologie**

*Indicatori utilizzati*: riutilizzazione dei dispositivi monouso, procedure per la gestione di emergenze dovute a dispositivi medici, responsabilità della gestione del parco tecnologico, inventario analitico del parco tecnologico, sistema informativo dedicato alla gestione del parco tecnologico, piano annuale per le verifiche di sicurezza e funzionalità degli apparati, età del parco tecnologico, verifiche della formazione del personale, trattamento delle situazioni di guasto o difetti di funzionamento delle apparecchiature, decisioni circa il mantenimento in servizio in caso di guasto, procedure per la sterilizzazione dei dispositivi e degli accessori, utilizzo di apparecchiature poco conosciute, esistenza di manuali per l'uso delle apparecchiature, giudizio degli operatori sulle istruzioni per l'uso delle attrezzature.

**Punteggio 2002: 78**

Punteggio 2001: 75  
Punteggio 2000: 73  
Punteggio 1999: non rilevato  
Punteggio 1998: non rilevato

Situazioni migliori

*accesso*: Reggio Emilia; Sarzana (97/100);

*completo*: Alghero (97/100).

Situazioni peggiori

*accesso*: Pagani (44/100);

*completo*: Albano (54/100).

Il punteggio del fattore è **migliorato** rispetto alla precedente rilevazione (78/(100). Tuttavia destano preoccupazione alcuni indicatori: **si riutilizzano dispositivi dichiarati monouso** in 4 ospedali su 47, dato preoccupante anche se rilevato poche volte. Addirittura in un ospedale è lo stesso responsabile del servizio di prevenzione a riconoscere la cattiva e **rischiosissima pratica del riutilizzo di materiali monouso**.

### 3.4.7. Gestione impianti gas medicinali

(rilevato solo nel monitoraggio *completo*)

*Indicatori utilizzati: manutenzione degli impianti, giudizio degli operatori sulle manutenzioni, verifica e controllo della documentazione di accompagnamento delle bombole, esistenza impianto di produzione dell'aria medicinale, controlli periodici di qualità dell'aria medicinale, immagazzinamento delle bombole, segnali nel luogo di stoccaggio, quantitativo sufficiente di bombole, forniture di gas impreviste, rintracciabilità delle bombole, reperibilità azienda fornitrice, piano di emergenza fornitura gas medicinali, interruzioni di fornitura, bombole scadute di collaudo.*

**Punteggio 2002: 71**

Punteggio 2001:75

Punteggio 2000: non rilevato

Punteggio 1999: non rilevato

Punteggio 1998: non rilevato

Situazione migliore: Napoli, Santobono (92/100);

Situazione peggiore: Sestri Ponente (37/100).

E' **peggiorato** il valore di questo fattore rispetto alla precedente rilevazione. Preoccupante in particolare **il livello di controlli periodici della qualità dell'aria** (33/100), di **emergenze** o forniture impreviste di gas (44/100).

### **3.4.8. Laboratorio analisi**

(rilevato solo nel monitoraggio completo)

*Indicatori utilizzati: separazione degli scarichi, esistenza del vuotatoio, controllo interno di qualità, verifica esterna di qualità, procedure informatizzate di gestione dei campioni, controllo dei fornitori, partecipazione degli operatori del laboratorio ai controlli, visite presso i fornitori.*

**Punteggio 2002: 91**

Punteggio 2001: 90

Punteggio 2000: 75

Punteggio 1999: non rilevato

Punteggio 1998: non rilevato

Situazioni migliori: Alghero; Cerignola; Molfetta; Napoli, *Santonono*; Policoro; Potenza; Spoleto; Teramo; Urbino (100 /100);  
Situazioni peggiori: Ortona; Palermo (67/100).

Il punteggio medio è **leggermente migliorato** rispetto alla scorsa rilevazione. Ottimo il controllo interno di qualità (100/100), un po' meno positivi gli altri indicatori. In 2 ospedali non esiste alcuna disposizione scritta sullo scarico delle sostanze (Ortona, Palermo). Soltanto negli ospedali di Grosseto e *Martini Nuovo* di Torino, a differenza degli altri, il personale del laboratorio non partecipa ai controlli.

## **4. GLI OSPEDALI**

### **Premessa**

Dare i voti agli ospedali significa, di fatto, costruire una graduatoria. Questa operazione è interessante e opportuna, in quanto la comparazione favorisce una migliore interpretazione dei risultati ottenuti e stimola una competizione virtuosa fra le diverse realtà. Al fine di ottenere questo effetto e non attribuire troppo significato a piccoli scarti di punteggio, conviene raggruppare gli ospedali in fasce omogenee di merito.

Naturalmente, l'efficacia dell'operazione è garantita dal rispetto rigoroso del significato dei punteggi attribuiti. La *Campagna Ospedale Sicuro* prende in considerazione la sicurezza "ambientale", risultante dalla combinazione delle quattro componenti considerate (gli edifici, la preparazione del personale su alcuni temi specifici, la vigilanza e le misure organizzative). Essa tuttavia non dice nulla sulla competenza professionale generale degli operatori sanitari, sul comfort, sul rispetto dei malati, ecc.. Questi temi sono affrontati dal *Tribunale per i diritti del malato* in altre sedi e con altri strumenti. Ignorare questi limiti ed aggiungere interpretazioni arbitrarie, come purtroppo è avvenuto in passato, al di là di ogni altra considerazione, produce il deprecabile risultato di sottrarre ai cittadini una informazione importante, prodotta con grande fatica e impegno da altri cittadini.

### **4.1. La graduatoria della sicurezza**

In funzione del punteggio ottenuto, gli ospedali sottoposti al monitoraggio (completo o semplificato) sono stati suddivisi in **cinque fasce** che, con discreta approssimazione, corrispondono ad altrettante situazioni tipiche. **In ogni fascia gli ospedali sono elencati in ordine alfabetico e non di punteggio**, con lo scopo di non attribuire eccessivo significato a differenze che sono al limite di sensibilità del metodo adottato.

La **prima fascia (14 ospedali)** comprende gli ospedali che hanno ottenuto un punteggio di almeno **80/100**, se sottoposti al monitoraggio completo, **o di almeno 85/100** se controllati in regime di accesso. Comprende ospedali il cui **orientamento generale alla sicurezza può essere considerato soddisfacente**.

- Beldosso
- Cantù
- Fermo
- Licata
- Menaggio
- Molfetta
- Napoli, *Santobono*
- Policoro
- Reggio Emilia
- Roma, *S. Pietro*
- Roma, *Pertini*
- Torino, *Koelliker*
- Terni
- Urbino

La **seconda fascia (22 ospedali)** comprende gli ospedali con punteggi compresi fra **70/100 e 79/100** per il monitoraggio completo e **fra 75/100 e 84/100** per il regime di accesso. Negli ospedali che ne fanno parte **l'orientamento alla sicurezza è discreto ma non sono ben sviluppate le funzioni di governo generale.**

- Albano
- Alghero
- Angera
- Borgo Valsugana
- Bosa
- Chioggia
- Como
- Foggia
- Gallipoli
- Genzano
- Mariano Comense
- Napoli, *Monaldi*
- Ozieri
- Piacenza
- Potenza

- Rimini
- Sarzana
- Sestri Ponente
- Spoleto
- Teramo
- Torino, *M. Adelaide*
- Torino, *Martini Nuovo*

Nella **terza fascia (9 ospedali)** l'orientamento generale alla sicurezza risulta **problematico** (da 60/100 a 69/100 per il monitoraggio completo e da 65/100 a 74/100 per il regime di accesso).

- Ariano Irpino
- Caserta
- Cerignola
- Grosseto
- Napoli, *Fondazione Pascale*
- Ortona
- Palermo
- Piazza Armerina
- Pozzuoli

Con la **quarta fascia (da 50/100 a 59/100 per il monitoraggio completo e da 50/100 a 64/100 per il regime di accesso)** si entra definitivamente nell'area in cui l'orientamento generale alla sicurezza è **critico (2 ospedali)**.

- Campobasso
- Pagani

Nella **quinta fascia, sotto 50/100, nella quale l'orientamento generale alla sicurezza può dichiararsi carente, determinando pericoli incombenti e quotidiani**, quest'anno non si colloca alcun ospedale.



## 5. LE CONSIDERAZIONI FINALI

### 5.1. Un possibile successo

Dopo un anno di apparente stasi, **tutti i fattori** (con la significativa eccezione del personale) **denotano un miglioramento spesso sensibile**. Il dato non deve essere enfatizzato, in quanto tanto la stasi che il miglioramento potrebbero dipendere, in buona misura, dalla variazione degli universi di riferimento. I risultati di cinque anni di rilevazioni, però, sono sostanzialmente coerenti e mettono in evidenza un trend positivo facilmente constatabile con il confronto fra il punteggio delle componenti nel 1998 e nel 2002.

	1999	2002
Edifici	71	85
Personale	48	58
Vigilanza	59	82
Organizzazione	70	79

(dato 1999)

Un altro dato significativo riguarda la distribuzione negli ospedali nelle fasce di merito. Nel 1999 su 40 ospedali sottoposti a monitoraggio 5 si collocavano nella fascia più elevata, 15 e 8 nelle due successive fasce intermedie, 9 nell'area critica e 3 in quella di allarme rosso. Nel 2002, su 47 ospedali valutati, la prima fascia accoglie 14 ospedali, 22 e 9 le fasce intermedie, 2 l'area critica. Lo spostamento verso l'alto, già riscontrabile nel corso della campagna del 2002, è del tutto evidente.

E' abbastanza facile constatare che il periodo di riferimento coincide sostanzialmente con quello della fase attuativa del D.lgs. n.626. Sembra del tutto legittimo affermare, quindi, che almeno nella sanità pubblica la legge quadro sulla sicurezza dei luoghi di lavoro ha prodotto un sensibile miglioramento della situazione. Un effetto altrettanto positivo, sia pure su un campo di applicazione più limitato, può essere attribuito alla D.lgs. n.46/97 sui dispositivi medici.

Entrambe le norme (ma soprattutto il D.lgs. n.626) hanno avuto il merito di non limitarsi a definire parametri tecnici più o meno vincolanti, ma di avere:



- definito sistemi coerenti e determinati di responsabilità personali;
- delineato una organizzazione efficace di tali responsabilità all'interno dell'organizzazione generale;
- indicato strumenti (come il documento sulla valutazione dei rischi) o procedure (come la segnalazione e lo studio degli incidenti) di elevato valore operativo;
- favorito il coordinamento delle competenze e delle responsabilità.

L'applicazione di queste leggi è stata certamente favorita da alcuni fattori facilitanti di importanza rilevante come:

- la possibilità di attingere risorse finanziarie dalla cospicua dotazione di fondi stanziata dall'art. 20 della legge finanziaria del 1988 e dalle successive integrazioni, che ha favorito la realizzazione di una serie importante di interventi di messa a norma degli edifici;
- un avanzamento nella scala delle priorità dei temi concernenti la sicurezza, per effetto di una aumentata sensibilità culturale ma anche (e forse soprattutto) per la sorveglianza esercitata dai cittadini (resa particolarmente evidente dalla Campagna Ospedale Sicuro) e dalla magistratura;
- l'esistenza di una riserva di competenze e capacità professionali che, attraverso alcune associazioni professionali, ha alimentato un'opera sistematica di ricerca e di scambio culturale.

Una ulteriore analisi dell'esperienza potrebbe dare indicazioni estremamente utili e di ordine del tutto generale sulle condizioni che presiedono alla effettiva applicazione delle leggi e al loro impatto sulla realtà. Un simile compito va evidentemente molto al di là delle competenze di un rapporto conclusivo di una campagna promossa ed attuata da una organizzazione di cittadini. Resta il fatto che *Ospedale Sicuro* è, forse, l'unica fonte di dati sistematici e confrontabili estesa all'universo costituito dalla realtà nazionale e che, per conseguenza, il Tribunale per i diritti del malato non si può esimere dal portare uno specifico contributo di riflessione.

Tentando di esprimere in estrema sintesi l'effetto della legislazione sulla sicurezza si potrebbe dire che, in cinque anni, si è passati da una situazione di quasi abbandono a una situazione di quasi governo. In questo contesto sono possibili alcuni commenti sulle cose che hanno funzionato, sulle aree critiche e soprattutto sui rischi di compromettere il possibile successo e sulle misure da adottare per scongiurarli.

## 5.2. I fattori positivi

Come si è già accennato, l'applicazione del D.lgs. n.626 si è potuta giovare di una buona riserva di competenze e capacità professionali e di una crescente sensibilità generale. Una figura che, spesso, ha reso visibili ed operative queste risorse è quella dei responsabili dei servizi di prevenzione e di protezione. Essi infatti hanno garantito la presenza negli ospedali di soggetti che avevano il compito di dedicare un'attenzione permanente e prioritaria ai temi della sicurezza, precedentemente considerati come semplici componenti, spesso del tutto accessori, di altre funzioni. L'interpretazione attiva di questo ruolo, in molti casi, ha significato l'esercizio pratico di funzioni di coordinamento e di stimolo, che hanno rappresentato il punto di svolta fra la sommatoria degli interventi occasionali e la costruzione di politiche mirate.

E' interessante notare che l'azione, in questi casi, si è sviluppata - come si era già posto in evidenza nel Rapporto del 2001 e senza alcuna pretesa di stabilire legami di causa ed effetto - sulle cinque linee operative indicate nel rapporto conclusivo della Campagna del 1999: **andare oltre la messa a norma, imparare a governare le emergenze, dichiarare i rischi nei luoghi** in cui sono presenti, **diffondere le responsabilità e costruire i patti per la sicurezza.**

In effetti, in queste realtà, l'adeguamento alle normative (compresa quella sui dispositivi medici, così spesso dimenticata) è stata colta, spesso, come un'occasione anche per costruire organizzazione e aggiornare le culture professionali. Allo stesso modo, la predisposizione dei piani di emergenza, la formazione delle squadre e la precisazione delle responsabilità hanno favorito una conoscenza più puntuale dei rischi negli ospedali.

L'aumento del tutto elevato (82 contro 59) del punteggio - generale e dei singoli fattori - della vigilanza sta a dimostrare che **è in corso un'opera capillare di segnalazione e di identificazione delle fonti di rischio**, con un effetto ampiamente positivo su un fattore strategico qual è quello dei comportamenti.

La diffusione delle responsabilità guidata dall'applicazione del D.lgs. n.626 ha raggiunto un livello elevato di attuazione, nella stragrande maggioranza degli ospedali in cui sono stati completamente individuati i dirigenti e i preposti alla sicurezza. Non sono stati stipulati, con l'eccezione della Asl Città di Milano, i patti per la sicurezza, ma è interessante rilevare che in queste realtà il monitoraggio civico è sempre stato accolto con favore, come risorsa per il governo della sicurezza. La celebrazione delle

giornate della sicurezza avvenuta nel 2001 ha confermato la produttività potenziale della discussione pubblica degli esiti del monitoraggio.

Avere reso visibile questo processo con i rapporti annuali delle *Campagne Ospedale Sicuro* è un motivo di orgoglio per il Tribunale per i diritti del malato e permette di affermare che, grazie alle *Campagne*, nello stesso periodo si è andato costruendo un attore nuovo ed imprevisto e cioè una cittadinanza attiva informata ed organizzata, capace ormai di esercitare un controllo capillare e diffuso.

### **5.3 Aree critiche**

Durante la discussione del rapporto sulla Campagna 2001 erano emerse sette aree critiche e precisamente: il pronto soccorso, le sale operatorie, la sicurezza igienica, il personale, i comportamenti, la messa a norma e la gestione delle tecnologie.

Stando ai dati emersi nella *Campagna 2002* sembra di potere affermare che i **problemi di ordine strutturale sono ancora presenti** – come dimostra la permanenza di un numero rilevante di ospedali in cui i malati attendono di essere visitati in piedi – ma in via di soluzione, come dimostra il buon aumento dei punteggi relativi agli impianti generali e alla messa a norma.

Anche i **comportamenti e la sicurezza igienica**, come si è visto, **sembrano essere in netto miglioramento**, ma deve essere segnalato a questo proposito un dato decisamente preoccupante e cioè **l'esistenza di realtà che sembrano essere al di fuori di un qualunque ragionevole controllo**. Lo scarto dei punteggi dei due fattori e dei rispettivi singoli indicatori rispetto al livello desiderato, infatti è imputabile per la massima parte a un numero ridotto di ospedali, in particolare a quello di Ortona e al San Paolo di Napoli, dove i monitori hanno rilevato, sistematicamente, la presenza di biancheria sporca e rifiuti abbandonati, imbrattamenti non rimossi e vie di fuga ostacolate. In un contesto generale di evoluzione positiva la permanenza, non sanzionata, di simili situazioni di abbandono è inaccettabile e mette in discussione il sistema generale dei controlli.

**La gestione delle tecnologie e le sale operatorie** restano in posizione critica per la difficoltà, ancora ampiamente diffusa negli ospedali italiani, di garantire un controllo sistematico ed efficace dei processi e della circolazione delle informazioni. Il fatto che da un terzo a un quarto degli operatori intervistati non conosca il nominativo delle

principali figure della sicurezza (responsabile del servizio di prevenzione e protezione, prevenzione infezioni ospedaliere, medico competente, responsabili delle manutenzioni), o che in un terzo degli ospedali manchi ancora la procedura per la gestione degli incidenti, o, ancora, che in circa metà degli ospedali non esista il piano di rintracciabilità delle bombole dei gas medicinali, mette in evidenza un eccesso di approssimazione nell'organizzazione.

**Il personale resta la componente più critica** che staziona da ormai tre anni su un punteggio pari a circa 60/100, del tutto insoddisfacente. Probabilmente devono essere completamente riesaminate le quantità e l'impostazione stessa dell'attività di formazione. La chiave di soluzione del problema potrebbe risiedere, da una parte, nella creazione di un legame molto più determinato e stretto fra l'opera di informazione/formazione e il governo generale della sicurezza, dall'altra nella individuazione di un ruolo maggiormente attivo degli operatori. Nel paragrafo successivo saranno enunciate alcune ipotesi di lavoro specifiche.

#### **5.4 Verso un successo definitivo?**

Appare alquanto evidente, dalle considerazioni precedenti, che l'evoluzione positiva non ha ancora raggiunto una condizione di non ritorno, per tre cause sostanziali: una cultura generale non ancora abbastanza consolidata e diffusa (come dimostra il problema del personale), il permanere di difetti di organizzazione generale, l'incapacità del governo generale di sanzionare le situazioni di abbandono. Per comprendere meglio la situazione basti pensare che un ricambio della direzione generale può ancora avere l'effetto di vanificare in poco tempo i risultati faticosamente raccolti in anni di paziente lavoro.

Nel *Rapporto* conclusivo della campagna precedente era stata inoltre messa in evidenza la latitanza di tre attori importanti: il Ministero della sanità, i governi regionali e gli organi di informazione. Su questo versante non si registrano sostanziali novità positive. Per quanto riguarda il Ministero, il testo unico sulla sicurezza delle strutture sanitarie resta una mera ipotesi di lavoro e non si registra, al di là della buona volontà e della competenza dei funzionari preposti, una particolare attenzione nei confronti del tema. Per parte propria, i governi regionali sono, con poche eccezioni, quasi esclusivamente concentrati sulla gestione degli aspetti finanziari. E' una attenzione del tutto comprensibile, vista l'entità dei deficit annuali, è meno comprensibile che amministratori e funzionari esperti dimentichino che senza

l'introduzione di parametri di valutazione non immediatamente economici, come quelli forniti dal governo della sicurezza, diventa impossibile anche tenere sotto controllo i conti. Gli assessori ordinano ispezioni quando avvengono morti inutili o comunque fatti che assumono grande rilevanza pubblica e invece il regime ordinario dei controlli mirati alla prevenzione è lasciato alla iniziativa delle Arpa e degli Spresal (la cui autonomia rispetto alle direzioni aziendali, peraltro, resta dubbia). Le agenzie regionali, quando sono costituite, hanno una dotazione eccessivamente esigua di risorse umane ed organizzative e risentono ancora di una cultura eccessivamente autoreferenziate, ma qui forse è bene conservare uno spiraglio di ottimismo. Gli organi di stampa sembrano incapaci di sostenere la formazione di un'opinione pubblica consapevole e ben informata. Non si vuole replicare una banale accusa di scandalismo ma rilevare l'assenza di un pacato e rigoroso giornalismo di inchiesta capace anche di raccogliere a pieno contributi come quello di questo *Rapporto*.

Considerata la loro natura, l'intervento su questo genere di problemi si sovrappone esattamente con l'azione politica generale del Tribunale per i diritti del malato in merito alle trasformazioni in atto per effetto del processo di federalizzazione, e va oltre i limiti di questo Rapporto. In merito ai problemi proposti all'inizio del paragrafo sembra possibile, invece, proporre alcune ipotesi di lavoro che potrebbero avere l'effetto di consolidare i risultati raggiunti.

Per quanto riguarda il personale e l'organizzazione, si può ipotizzare una strategia integrata legata alla completa attuazione del D.lgs. n.626 e D.lgs. n.46/97. Schematicamente si potrebbe pensare ad un processo in cinque passi:

- completamento della pianificazione generale della sicurezza (documento sulla valutazione dei rischi, piani di emergenza, gestione degli incidenti, piani di manutenzione, ecc.);
- completamento della organizzazione prevista dal D.lgs. n.626;
- presentazione a tutto il personale della pianificazione e dell'organizzazione, con l'uso di apposite schede, il ruolo attivo dei preposti e dei dirigenti e con la richiesta di completare il quadro generale con le procedure di Unità operative;
- raccolta e sintesi delle procedure delle Unità operative e dei bisogni di formazione del personale;
- formulazione e pubblicazione del piano annuale di intervento e verifica del livello di attuazione anche con il concorso del monitoraggio civico.

Lo schema proposto è ovviamente del tutto discutibile, ma permette di mettere in evidenza la possibilità di superare rapidamente e operativamente molte barriere informative e di acquisire le risorse messe a disposizione dei cittadini. In questo quadro la celebrazione delle *giornate della sicurezza* già sperimentate nel 2001, potrebbe essere l'occasione per un bilancio annuale dei risultati ottenuti e per l'individuazione di ulteriori azioni di miglioramento.

Per quanto concerne la necessità di sanzionare le situazioni di abbandono, il Tribunale per i diritti del malato può assumere l'impegno di rilevarle e di intervenire presso tutte le autorità competenti fino alla loro rimozione.

Resta un compito delle istituzioni pubbliche favorire tutte queste iniziative, nel rispetto dell'ultimo comma dell'art.118 della Costituzione italiana, nel quale si legge che "*Stato, Regioni, Province, Comuni, Città metropolitane favoriscono l'automa iniziativa dei cittadini singoli e associati per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà*".