

## **Il Dipartimento: un'isola non trovata?**

### **Parte III. Il Dipartimento di Medicina di Laboratorio dell'Azienda Ospedaliera di Pordenone**

**P. Cappelletti**

*Laboratorio di Patologia Clinica, Dipartimento di Medicina di Laboratorio  
Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli di Pordenone*

Il Dipartimento di Medicina di Laboratorio (DML) dell'Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli (AO-SMA) di Pordenone è un Dipartimento (D) verticale (strutturale) e forte ed ha, negli 8 anni di vita, sperimentato molti degli obiettivi, delle criticità e dei risultati descritti in letteratura<sup>1,2,3,4,5</sup>. Saranno presentati l'architettura e le finalità, le attività e i risultati considerati più interessanti e i rapporti con l'Area Vasta, per trarne una valutazione finale da offrire alla discussione che intorno alla questione si mantiene vivace.

#### **1. Finalità ed architettura**

##### **I RIFERIMENTI REGIONALI**

Con la DRG 5016 del 5.11.1996 "Linee Guida Regionali sulla istituzione e regolamentazione dei Dipartimenti Ospedalieri Verticali", la Regione Autonoma Friuli - Venezia Giulia (FVG) si pone l'obiettivo di fornire indicazioni alle Aziende Sanitarie regionali per l'attivazione di Dipartimenti Ospedalieri Verticali, a partire dal Piano Annuale 1997, e di chiarire il significato della dipartimentalizzazione, nella consapevolezza della complessità del processo e della necessità di indicazioni che consentano adattamenti a realtà ospedaliere diversificate, flessibilità rispetto a specifiche sensibilità aziendali, una sperimentazione con adeguamento progressivo, graduale e con fasi di transizione verso modelli di riferimento non definiti una volta per tutte, "dovendosi superare problemi culturali, tecnici e giuridici". Di conseguenza le Linee Guida (LG FVG) non sono considerate esaustive ma indirizzi generali, da maturare nel tempo, e tuttavia affrontano le questioni relative alla definizione di D e dei suoi obiettivi; alle possibili tendenze evolutive dell'organizzazione dipartimentale; ai livelli decisionali, risorse e budget; alle composizione, professionalità e regolamentazione. Da una lettura ragionata della legislazione nazionale

(Dlgs 502-517) e regionale (LR 12/94, LR 13/95, I PIMT), si evincono le definizioni di D quale "struttura federata di più unità operative aggregate per aree funzionali omogenee, aree di patologia, ovvero d'intervento, che richiedono approccio unitario integrato" e quale "centro di responsabilità e sede di budget, struttura fondante il nuovo modello organizzativo". La dipartimentalizzazione è intesa come processo "obbligato" finalizzato a "superare" l'attuale modalità organizzativa divisionale, per ricercare "un nuovo modello organizzativo" per "l'integrazione e l'utilizzo in comune di spazi, risorse umane e tecnologiche" nonché "il coordinamento e lo sviluppo di attività cliniche, di ricerca, di studio e di audit sulla qualità delle prestazioni". Attraverso il D si intendono perseguire obiettivi per l'Azienda (efficienza nell'uso delle risorse, razionale processo decisionale e di controllo, qualità del prodotto), obiettivi per l'operatore (responsabilizzazione e professionalità, partecipazione alla vita aziendale, interdisciplinarietà, strumento di valutazione e miglioramento della qualità tecnico-professionale), obiettivi per il servizio (accessibilità e appropriatezza). Nel I PIMT vengono individuate due tipologie di D, "orizzontale" o per obiettivi, costituito da unità operative (UO) appartenenti a D verticali diversi od anche ad Aziende diverse e non necessariamente permanente, e "verticale" definito "struttura organizzativa permanente interna agli ospedali con autorità sovraordinata rispetto alle UO che la compongono, centro di responsabilità e di budget sia per quanto concerne le performance di attività che il consumo di risorse. Fatte salve le esigenze organizzative ed operative della Direzione Sanitaria, ogni unità operativa fa parte di un solo D Verticale". Le LG FVG si occupano solo di quest'ultima tipologia di D e si impegnano a definire il termine "sovraordinato" attribuito al D come riferito alla competenza gestionale esclusivamente delle parti "comuni", ambiti definiti di risorse ed attività, in una

logica aziendale di programmazione complessiva. Il D non elimina le funzioni e le responsabilità tecnico-professionali dei responsabili di UO né la loro interazione con la Direzione Strategica (DS), relativamente ai propri livelli di responsabilità.

Nella dipartimentalizzazione occorre procedere con gradualità, prospettando scenari organizzativi crescentemente innovativi, sottoposti a sperimentazione e progressivamente valicati dall'esperienza acquisita. Nella fase di avvio si identificano come possibili risorse "messe in comune" gruppi di personale ausiliario, nuclei di personale infermieristico, attrezzature e tecnologie, spazi, funzioni e in momenti successivi la sfera dipartimentale può estendersi alla gestione di attività comuni a più UO: ambulatori e day hospital, attività diagnostiche e segmenti produttivi complessi (blocco operatorio; degenze intensive). Per questa via si può ipotizzare di giungere ad una progressiva revisione dell'intero ciclo produttivo: un D chirurgico articolato in area diagnostica e pre-operatoria, area del blocco operatorio, area della degenza intensiva e area della degenza post-operatoria su cui ruotano le equipe di più unità specialistiche oppure un D medico articolato in un'area filtro e in aree di degenza differenziate per intensità di assistenza, utilizzate da più unità operative di differente specializzazione. Nella dipartimentalizzazione vanno rivisti i settori e moduli costituiti, valorizzate professionalità come quella infermieristica e rivisti ruolo e funzione della Direzione Sanitaria. Per i D in cui è prevalente la presenza di personale tecnico dovrà essere individuato un responsabile per la gestione di tale personale. I Referenti Tecnici ed Infermieri concorrono al raggiungimento degli obiettivi del D e aziendali e rispondono alla DS tramite l'Ufficio Infermieristico. Le LG FVG sottolineano l'esigenza di individuare un adeguato supporto strumentale al D: dapprima un semplice supporto segretariale, in seguito supporti amministrativi e direzionali.

I livelli decisionali, le risorse ed il budget sono individuati in modo flessibile e dinamico dalle DS e negoziati con il Direttore di Dipartimento (CD) e con CD e Primari a seconda della tipologia, dipartimentale o di UO, delle risorse di personale, tecnologiche ed edilizie. Le LG FVG suggeriscono prudenza per l'applicazione della negoziazione dipartimentale a causa del tradizionale assetto parcellizzato delle UO, della carenza dei sistemi informativi e delle carenze culturali e formative, anche tra i responsabili di UO.

Nella composizione del D si individuano 2 organi: il Comitato di Dipartimento (CdD), costituito di norma dai responsabili di UO, dei Moduli, di segmenti operativi specifici, dai Referenti delle professionalità (infermieristica, tecnica), inteso come "strumento di discussione, proposta, verifica di tutte le attività inerenti il D"; e il CD che "ha diretta responsabilità per la gestione del budget assegnato e risponde della corretta realizzazione delle attività programmate e

del raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla DS. I compiti e le funzioni del CD possono essere così sintetizzati: rende partecipi i membri del CdD delle esigenze della DS e porta le esigenze delle UO alla DS; negozia il budget e gli obiettivi dipartimentali, programma e gestisce il budget, gestisce l'organizzazione generale, garantisce la continuità dei servizi; programma le integrazioni intra ed interdipartimentali; gestisce i programmi generali di formazione; pianifica e gestisce i programmi per la verifica e promozione della qualità; sviluppa l'erogazione di prestazioni sanitarie. Le UO mantengono la loro autonomia clinico-assistenziale ed organizzativo-gestionale: negoziano e gestiscono il budget di UO; definiscono i processi clinico-assistenziali e le scelte diagnostiche; gestiscono i pazienti; definiscono i programmi di formazione e di valutazione e promozione della qualità specifici di UO.

Negli atti regionali successivi (II PIMT; DGR di contenuto sanitario; Linee Guida annuali dell'ARS) più volte si ritorna sulla necessità della dipartimentalizzazione, con accelerazioni e precisazioni di ambiti e funzioni, derivate anche dal precisarsi del quadro normativo nazionale sui D<sup>5</sup>, ma l'impostazione resta sostanzialmente quella descritta, con forte *commitment* del D al governo clinico.

### I regolamenti aziendali

L'AOSMA definisce livelli di integrazione dei D variabili; le UO restano autonome "nell'ambito delle linee programmatiche del D"; il CD negozia budget e programma; il CdD propone e promuove; in caso di non unanimità decide, motivatamente, il CD. Si tratta pertanto di D verticali forti, seppur con flessibilità legata agli specifici livelli di integrazione e al modello organizzativo di dettaglio.

Infatti, molto rapidamente con deliberazione n. 911 del 27.12.1996, AOSMA delibera la costituzione di 11 D, tra cui quello di Medicina di Laboratorio, e il Regolamento Aziendale applicativo delle Linee Guida regionali.

Le "Modalità attuative" sono un elemento caratterizzante: "Il livello di integrazione fra le unità operative nell'ambito di un D sarà variabile in relazione al grado di omogeneità delle stesse, della presenza di pregresse specifiche esperienze nella messa in comune di risorse e competenze e al perseguimento di specifici obiettivi assistenziali e/o aziendali e sarà definito per ogni D dalla DS. Il livello di integrazione potrà essere modificato nel tempo a seguito di verifica annuale". Le risorse assegnate sono di UO, comuni al D, necessarie al funzionamento del D. "L'attribuzione delle risorse proprie di UO o comuni di D sarà conseguente al livello di integrazione prospettato tra le diverse UO nello specifico D". I budget e le risorse sono negoziate da CD e UO con DS. Il CD risponde dei risultati. Per la costituzione del D, "una volta individuati i livelli di integrazione e nominato il CD,

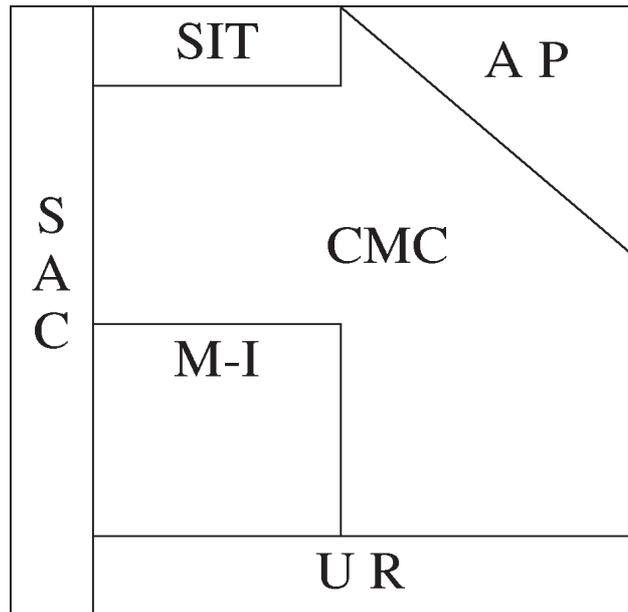
sarà demandata allo stesso la definizione compiuta del modello organizzativo". Il D è costituito da 3 organi: UO, CdD e CD. I compiti e le funzioni di questi 3 organi ripetono quelli previsti dalle Linee Guida regionali, con qualche rara precisazione. Ad esempio, per quanto riguarda il CdD, la individuazione dei responsabili delle specifiche aree di attività è effettuata dal CD, sentiti i responsabili di UO, è annuale e può essere reiterata. "In caso di mancata unanimità nell'ambito delle materie di competenza del CdD, sentiti i responsabili di UO, il CD assumerà, motivatamente, le decisioni che riterrà più opportune per il raggiungimento degli obiettivi aziendali". Nel 1999 il Regolamento Aziendale è rivisto ed adolcito nella predominanza dei D sulle UO, e successivamente la spinta al raggiungimento dei livelli di integrazione massimi attuati dal D di Chirurgia Generale e dal DML ha perso di potenza. Recentemente vi è una ripresa dell'impostazione dipartimentale, pur con le difficoltà della struttura ospedaliera, apparato amministrativo in particolare, di riconoscere una diversa modalità organizzativa. Nel tempo il numero dei D è stato ridotto a 8: Emergenza; Chirurgia Generale; Chirurgia Specialistica; Medicina Generale; Medicina specialistica; Materno-infantile; Diagnostica per immagini e Medicina di Laboratorio (DML).

**IL DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO**

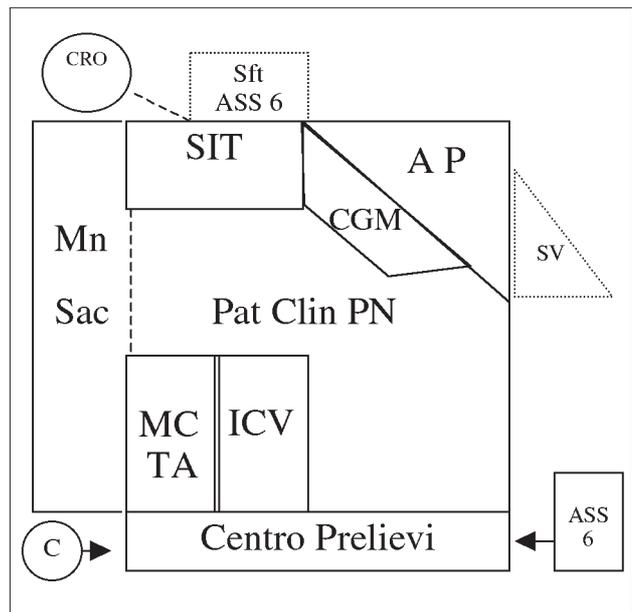
Con delibera n. 13 del 15.1.1997 AOSMA istituisce formalmente il DML, costituito da Anatomia Patologica, Chimica e Microscopia Clinica, Laboratorio analisi Sacile, Microbiologia-Immunologia, Servizio Immunotrasfusionale, e nomina il CD, richiedendogli come primo atto una proposta organizzativa e regolamentare. Il 13 marzo la DS definisce i Livelli di Integrazione del DML: le risorse assegnate alle UO sono il personale medico e laureato e le attrezzature utilizzate esclusivamente dall'UO, mentre al DML sono assegnati il personale tecnico-sanitario, infermieristico, amministrativo, ausiliario e operatore tecnico; le attrezzature utilizzate da più unità operative o che costituiscano obiettivo di razionalizzazione, le risorse informatiche. Contestualmente sono definiti gli obiettivi 1997 del DML: programmazione e razionalizzazione degli esami delle UO, revisione del servizio di urgenza, riduzione dei tempi di risposta, programmazione e contenimento degli approvvigionamenti, risparmio sui beni di consumo del 7%, revisione delle attività di segreteria, gestione della mobilità interna, sviluppo dell'informatizzazione e proposta di organizzazione di attività libero professionale. Gli ambiti di responsabilità del DML, e il suo effettivo potere, sono molto ampliati dalla definizione di livelli di integrazione ed obiettivi. L'architettura del DML muta nel tempo (Figg. 1 e 2) per il mutare delle UO costituenti: fusione di Chimica e Microscopia clinica, Laboratorio analisi Sacile

e poi Laboratorio analisi Maniago (Ospedale dell'ASS 6 in riconversione) nella SOC Patologia Clinica; riconoscimento delle SOS di Microbiologia clinica e terapia antibiotica, di Immunologia clinica e Virologia, di Citogenetica e Genetica medica.

**Figura 1.** Architettura del DML nel 1997: 5 UO Chimica e Microscopia Clinica (CMC), Microbiologia-Immunologia (M-I), Servizio Immunotrasfusionale (SIT), Anatomia Patologica (AP), Laboratorio di Sacile (SAC) e 1 Ufficio Risposte (UR).



**Figura 2.** Architettura del DML nel 2004: 3 SOC Patologia Clinica (Pat Clin) sedi di Pordenone (PN), Sacile (Sac), Maniago (Mn); Servizio Immunotrasfusionale (SIT) che assorbe i servizi (Sft) della ASS 6 e si relaziona con il Centro di Riferimento Oncologico (CRO), Anatomia Patologica (AP) che assorbe l'attività dell'Ospedale di S. Vito (SV) dell'azienda territoriale (ASS 6); 3 SOS Citogenetica e Genetica Medica (CGM), Microbiologia clinica e terapia antibiotica (MCTA) e Immunologia clinica e Virologia (ICV) derivanti dalla ristrutturazione della UO di Microbiologia-Immunologia e 1 Centro Prelievi che raccoglie campioni dal territorio cittadino (C) e dell'ASS 6.



In questo DML verticale forte, anche i mandati evolvono nel tempo dal 1997 al 2004: i livelli di integrazione vanno via via ampliandosi al governo del personale del comparto, delle risorse informatiche, delle attrezzature utilizzate da più unità operative o il cui uso si intende razionalizzare, delle risorse per la gestione della formazione e aggiornamento, delle risorse per la gestione delle ore di lavoro straordinario, delle risorse per l'acquisto di beni di consumo e gestione dei magazzini di reparto automatizzati e delle risorse per la gestione degli incentivi di produttività e di risultato; gli obiettivi vanno dalla programmazione di esami ed acquisti, dal risparmio economico, dalla riduzione dei tempi di risposta in generale, e dalla gestione della mobilità interna all'appropriatezza per la razionalizzazione delle richieste di esami e prestazioni specialistiche interne, all'implementazione e valutazione dell'impatto dei protocolli e linee guida prodotti dai gruppi aziendali riguardanti lo screening d'ingresso, gli esami urgenti e la diagnostica specialistica, alla revisione delle urgenze dipartimentali, al miglioramento dei percorsi e dei tempi di risposta per il Pronto Soccorso, al miglioramento dell'accessibilità dei pazienti anche con la gestione di Punti prelievo territoriali, ad una più stretta interrelazione con i Medici di Medicina Generale con l'istituzione di un numero verde per consulenza. Un mandato particolare è quello, proveniente dai PIMT e dalle Linee Guida Annuali dell'ARS, riguardante l'integrazione della attività di medicina di laboratorio in Area Vasta.

### Il Regolamento del DML AOSMA PN

Il Regolamento del DML, definito nel marzo 1997, ha subito qualche revisione nel tempo per la mutata architettura del DML e della composizione del CdD, in particolare per la definizione delle Posizioni Organizzative del Comparto, Tecnica (TLM L. Camilot) ed Infermieristica (CS R. Ardengo). Tuttavia l'articolazione, i principi ed il funzionamento sono rimasti gli stessi. Si riporta in **Allegato 1** l'attuale Regolamento. Si potrà notare come vengono descritti, precisati ed arricchiti i contenuti relativi agli organi dipartimentali (CD, CdD, UO e Gruppi Operativi) e ai loro compiti e funzioni e come siano definite dettagliatamente le risorse e le finalità.

“Il Dipartimento di Medicina di Laboratorio fornisce informazioni, ottenute con metodi chimici, fisici o biologici, su tessuti o liquidi di origine umana o su materiali connessi alla patologia umana ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia, e della ricerca. Fornisce, inoltre, diagnosi, terapie e consulenze su quesiti clinici e epidemiologici.

A tali fini, il DML persegue lo studio e l'applicazione di procedure diagnostiche e l'elaborazione di linee-guida di utilizzo delle prestazioni di laboratorio, anche attraverso lo studio di gruppi interdisciplinari

con medici delle Strutture Operative clinico-assistenziali; la programmazione e lo sviluppo della formazione e l'aggiornamento del Personale, avente carattere di continuità rivolta a specifici obiettivi, soggetta a valutazione periodica; l'organizzazione della didattica e il coordinamento delle iniziative più significative della ricerca, privilegiando quella orientata al raggiungimento degli obiettivi propri della istituzione e curando l'attivazione dei necessari collegamenti con altri Dipartimenti, la valutazione e verifica della qualità delle prestazioni fornite mediante metodiche VRQ o di Medical Audit al fine di verificare le procedure e i risultati ottenuti e migliorare le proprie conoscenze e la performance, ottimizzando in modo razionale, l'utilizzo delle risorse disponibili. Ai fini della razionalizzazione delle attività e del proseguimento della qualità totale, il DML impegna la gestione del budget, attraverso la programmazione della tipologia di esami eseguiti, la stesura delle procedure gestionali e diagnostiche, l'acquisto delle strumentazioni necessarie e il loro ottimale utilizzo, la programmazione e la gestione degli approvvigionamenti di materiale e della assistenza tecnica, la programmazione e il coordinamento dello sviluppo del sistema informatico e l'organizzazione complessa del flusso richieste-risposte nella logica della qualità totale; l'integrazione e l'utilizzo in comune di spazi, delle attrezzature e delle risorse umane, anche attraverso la gestione della mobilità interna del Personale, e della tecnologia assegnata; il coordinamento e la verifica delle modalità organizzative e la loro eventuale revisione, compresa la sperimentazione di nuove attività o di nuovi modelli operativi, che consentano il raggiungimento dei risultati attesi.

Lo studio e la stesura delle procedure gestionali nonché lo studio e l'applicazione di sistemi integrativi di gestione, anche attraverso il collegamento informatico del Dipartimento e tra Dipartimenti allo scopo di omogeneizzare i flussi e procedure, consentire gli interscambi di informazioni, costruire archivi unificati di dati facilmente consultabili.

Infine il DML promuove l'attività libero-professionale, secondo la normativa specifica suggerita dall'Azienda e le indicazioni dei CCNL della Dirigenza.”

## 2. Attività ed esiti

### LE ATTIVITÀ STRATEGICHE

Le attività strategiche sono state indirizzate alla riorganizzazione delle linee produttive e del servizio al cliente, sulla base di criteri di appropriatezza ed efficacia clinica, e si sono dipanate lungo gli anni con il passo consentito dai percorsi decisionali ed amministrativi.

Inconsapevolmente furono ripercorse le vie indicate da FL Kiechle e RI Main<sup>6</sup> che, nel loro libro del 2002 “*Improving efficiency in the clinical*

*laboratory*”, mostrano le differenze tra i cambiamenti aggressivi (*disruptive*) e quelli impostati sulla *dynamic stability*, da preferirsi per l’innata resistenza al cambiamento (*it’s human nature to expect the future to continue as the past*), la cosiddetta inerzia attiva (*do anything, but do something*), razionalizzazioni che mettono a rischio prerogative degli attori (*competing commitments*), atteggiamenti tribali (*tribal knowledge*) e i miti che ad esse si accompagnano. Anche nella nostra realtà la politica degli spostamenti successivi fu scelta per le condizioni ambientali, politiche ed amministrative; i vincoli organizzativi e logistici, dipartimentali e di unità operativa, strutturali ed infrastrutturali; lo stile di direzione del CD.

Kiechle e Main<sup>6</sup>, infatti, descrivono le “strategie di sopravvivenza” al cambiamento, cominciando dallo sviluppo di un piano, impostato su 3 linee: “*total quality management with process mapping; management engineering and financial analysis to assess time and associated costs; laboratory design and work flow optimization*”.

### **Gestione della qualità, appropriatezza ed efficacia clinica**

La definizione dell’Accreditamento Regionale del Friuli-Venezia Giulia nel 1997 e lo sforzo per adeguarsi ai suoi standard, previsti all’eccellenza e mutuati largamente dal CPA inglese, favorito anche dalla partecipazione di più professionisti del DML alla messa a punto e verifica delle procedure e dei risultati dell’esperienza regionale, contribuirono non poco all’impostazione generale delle strategie dipartimentali.

In più, nel 1997, con un lavoro durato dal luglio al maggio dell’anno successivo, fu istituito un Gruppo Qualità DML di 20 partecipanti delle diverse UO e la consulenza del dott. Marco Robino, focalizzato allo studio del “Flusso richieste-risposte” e suddiviso in 2 gruppi di lavoro per il flusso dei pazienti ambulatoriali (esterni) e ricoverati (interni) rispettivamente. Il sottogruppo Esterni, eseguendo la mappatura dei percorsi, mise in luce i passaggi decisivi (accettazione; tempi analitici; assemblaggio risposte; consegna da apposito Ufficio) e le criticità (gestione dell’Ufficio Risposte e assemblaggio in Microbiologia), suggerendo come soluzione quella di uno “sportello unico” dove il paziente espletasse tutte le attività amministrative, informative ed infermieristiche per tutte le prestazioni del DML. Il sottogruppo Interni, eseguendo la mappatura dei percorsi mise in luce i passaggi decisivi (richiesta informatica e collegamenti per trasporto) e le criticità (arrivo campioni e gestione “volanti”), suggerendo come soluzione quella dell’adozione di reparti dalle diverse UO DML. Se i risultati del sottogruppo Esterni fornirono la base per la realizzazione del nuovo Centro Prelievi DML, attivo dal 2001, quelli del sottogruppo Interni non ebbero effettiva applicazione ma contribuirono alle soluzioni informatiche (LIS) e di gestione della fase preanalitica del DML

Nel 1999 l’AOSMA ha lanciato un grande sforzo di appropriatezza aziendale con 19 Gruppi di Lavoro per l’introduzione di protocolli/linee guida (del. 393 del 28.7.1999), in cui il DML è stato parte importante: 1. Profili diagnostici di ingresso e monitoraggio; 2. Revisione esami urgenti; 3. Profili preanestesiologici; 4. Uso appropriato test ormonali tiroidei; 5. Uso appropriato marker tumorali; 6. Gestione del dolore toracico e utilizzo dei marker cardiologici; 7. Linee Guida per la diagnosi delle Epatiti; 8. Linee Guida per la diagnosi di micobatteriosi; 9. Linee Guida per la diagnostica delle malattie autoimmuni. Le Relazioni conclusive furono redatte nel marzo 2000 ed un Incontro Formativo sancì l’assunzione ufficiale delle linee guida (LG) a livello aziendale. Le conclusioni dei progetti n. 1 e 2 servirono da base per la stesura dei profili su TD Web (sistema di richiesta on line) e per la revisione del pannello di esami in urgenza, applicati nel 2001.

Le conclusioni del progetto n. 6 furono solo l’inizio di un proficuo lavoro con i cardiologi e i medici del DE per la messa a punto di una efficace diagnostica del dolore toracico acuto. Il processo, iniziato nel 1999 con il Gruppo Appropriatezza Aziendale e il Protocollo regionale, si è sostanziato: nel 2000 con una nuova stesura di LG e di livello decisionale, secondo le LG internazionali nel frattempo pubblicate e sulla base sulla performance del metodo in uso, saggiato su 260 pazienti consecutivi con dolore toracico acuto in DE; nel 2001 con il confronto delle esperienze a livello del TRIPPS II; nel 2002 con la proposta di omogeneizzazione della diagnostica in Area Vasta e nel 2003 con nuove LG che individuano la cTnI come unico marcatore di screening. Con i cardiologi il lavoro continua con l’introduzione di nuovi test (BNP, hsCRP, omocisteina) ma soprattutto con un continuo audit sull’efficacia clinica dei test e delle LG per il loro utilizzo.

Le LG per le malattie autoimmuni confluirono nel lavoro del GdS-AI SIMeL e FIRMA, con riconoscimento internazionale<sup>7</sup>.

L’esperienza positiva fu utile per la stesura di LG per la diagnostica dell’*Helicobacter pylori*, concordate con i microbiologi, i pediatri e i gastroenterologi; per gli accordi con i diabetologi per l’introduzione dell’HbA1c DCCT (2002) e dell’OGTT secondo ADA (2003); per la partecipazione ai gruppi appropriatezza regionali per la diagnostica dell’HCV e dell’HPV. L’applicazione delle linee guida aziendali e regionali per la diagnostica delle epatiti ha portato ad una evidenza, e correzione, di inapproprietezza nella richiesta pari all’80%.

### **Revisione delle urgenze**

Il Settore Urgenze del Laboratorio di Patologia Clinica, nato nel 1977, ha subito negli anni scorsi la trasformazione legata alla ristrutturazione generale dei laboratori e all’evoluzione del concetto stesso di

“urgenza” di laboratorio, di *turnaround time* (TAT) e di *Therapeutic turnaround time* (tTAT). L’assorbimento del Laboratorio di Sacile (1997), laboratorio di un vicino Ospedale integrato nell’Azienda Ospedaliera, ha imposto l’unificazione della reperibilità medica delle due sedi. Nel 1999 è stata individuata, da un apposito Gruppo Operativo Temporaneo, nel Settore Urgenze di Patologia Clinica la sede di esecuzione delle urgenze di laboratorio del DML, comprese quelle microbiologiche (Liquor e malaria), mentre si sono mantenute separate le Urgenze trasfusionali. Tra il 1999 e il 2001 è stata attuata in 3 tappe l’unificazione della reperibilità medica di Patologia Clinica e Microbiologia (I fase Corso teorico-pratico; II fase attività sul campo con tutor; III fase unificazione reperibilità).

Nel 2001 sono stati applicati i protocolli formulati dal Gruppo Appropriatezza con una diminuzione nel primo anno del 28% degli esami urgenti. Nello stesso anno sono stati rivisti, in accordo con i colleghi della Rianimazione, tipologia e protocolli per gli esami tossicologici e per gli espunti. Nello stesso anno è iniziato un tentativo di inserimento dei laureati non medici nelle reperibilità unificate: è stata attuata la I fase (Corso teorico-pratico), ma non si è mai passati alla fase attuativa, sia per resistenze di parte del personale laureato, sia per oggettive difficoltà dell’inserimento nella consulenza d’urgenza di persone con curriculum formativo e professionale solitamente monodisciplinare o subdisciplinare.

Dal 2003, con il consolidamento dell’area siero, sono iniziati il progressivo trasferimento dell’attività urgente diurna sugli strumenti routinari e il merging strumentale e di personale tra Biochimica, Urgenze e Preanalitica. Se da un lato la soluzione dell’unificazione logistica delle strutture operative di Patologia Clinica, Microbiologia clinica e terapia antibiotica, Immunologia clinica e Virologia e Servizio Immunotrasfusionale in una unica sede (Padiglione H di AOSMA) rappresenta la conclusione della ristrutturazione mirante all’eliminazione delle duplicazioni routine/urgenza, le analisi decentrate dei Pronti Soccorsi di Sacile e Maniago e quelle eseguite per pazienti critici in area ospedaliera (tipicamente Equilibrio A/B in aree di emergenza) saranno regolamentate con strumentazioni e protocolli concordati, originati dalla specifica gara in aggiudicazione e dal Comitato Aziendale per le Analisi Decentrate. In risposta alle esigenze cliniche dell’emergenza, comunque, il Settore Urgenze si sottopone fin dal 1998 a regolari cicli di verifica esterna sul TAT, come misura e stimolo di miglioramento di questo parametro di qualità non puramente analitica.

### **Riorganizzazione informatica ed analitica**

Dopo le Urgenze, la prima grande azione riorganizzativa del DML è stata quella di aggiornare e strutturare il sistema informatico (LIS), considerato il si-

stema nervoso dell’attività di laboratorio. Nel 1998 uno Studio propedeutico di riorganizzazione delle attività di laboratorio *sensu strictu* del DML, effettuato da Di Mauro, Lab. Organization & Economics, a fronte degli obiettivi di razionalizzare la fase preanalitica, consolidare l’area siero, ampliare la fascia oraria di copertura analitica, assorbire le “urgenze” nella routine veloce, predisporre a nuovi carichi di lavoro, recuperare risorsa tempo per implementare nuovi test, poneva in evidenza le numerose criticità legate ad elevata concentrazione di provette in una fascia oraria ristretta, più provette dello stesso campione con pannelli “analitici” consolidabili, frammentazione di alcune linee analitiche in più workstation, riconoscimento ed ordinamento delle provette eseguito più volte nelle diverse aree del laboratorio, stessi test su più analizzatori ed utilizzo parziale del codice a barre. Per una ottimale riorganizzazione veniva suggerito il consolidamento della fase analitica e l’integrazione del processo produttivo, in fasi: 1) re-informatizzazione; 2) automazione dei processi preanalitici; 3) consolidamento ed integrazione modulare del processo dei campioni.

Nella primavera del 1999 è stata operata la scelta di affidarsi ad un partner commerciale per il LIS in grado di garantire l’intero percorso del flusso richiesta-risposta in termini standardizzati ed affidabili, anche in conseguenza delle conclusioni di uno studio aziendale sulla ristrutturazione informatica dell’ospedale. In pochi mesi il nuovo LIS è stato pensato, organizzato, parametrato ed implementato, servendo la Patologia Clinica, le 2 SOS dell’area microbiologia-immunologia e il SIT (attività di laboratorio). Attivato il LIS il 17.11.1999 (richiesta interna, parte analitica, refertazione), il percorso della richiesta esterna è stato sperimentato a Sacile e si è concluso con la attivazione del Centro Prelievi di Pordenone nel 2001. La seconda fase, iniziata nel 2001, e completata nel 2003 è stata la disseminazione del TD Web in tutte le realtà dell’Azienda, compreso il Pronto Soccorso, con la messa on line dell’intero flusso richiesta-risposta per interni, Pronto Soccorso e Day Hospital internistico e chirurgico. Le pagine di richiesta sono state costruite secondo le esigenze specifiche del reparto e forniscono una guida sia alla ricerca dei test che dei materiali da utilizzare. In fase di refertazione, indicazioni implicite (tipo di carattere di stampa) ed esplicite (avvertimenti a video) informano in continuo dello stato di validazione della risposta (tecnica, medica). La terza fase è il passaggio alla “firma elettronica”, nell’ambito del Progetto Nazionale TeleMed Escape e del Progetto Regionale di e-Health, dai positivi risvolti su organizzazione interna e TAT, il cui iter iniziato ancora alla fine del 2002 si conclude nel 2004.

La ristrutturazione delle linee analitiche era già iniziata nel 1997 con l’individuazione del consolidamento dell’immunometria, allora dispersa in stru-

menti e laboratori diversi, come esperimento prioritario. Nel 1998 il progetto è andato a regime consolidando su un solo strumento in Patologia Clinica il 95% dell'attività immunometrica del DML (restante 5% su strumento di nicchia e in RIA presso sede di Sacile). Tra il 1999 e il 2000 sono state sostanzialmente consolidate le metodiche di studio delle proteine con unificazione strumentale delle determinazioni nefelometriche. Il passaggio successivo è avvenuto con la gara di Consolidamento dell'Area Siero, conclusasi nel 2002, con la quale è stata introdotta una stazione preanalitica dipartimentale per il check-in, il sorting, la centrifugazione e l'aliquotazione dei campioni in provetta (circa 3000 tubi/die) ed è stata consolidata la biochimica clinica, l'immunometria, la tossicologia, la farmacologia e le proteine specifiche su 4 strumenti governati unitariamente per via informatica e, sia di routine che urgente. La sierologia è stata consolidata su 2 strumenti di competenza della Struttura Semplice Immunologia clinica e Virologia (Responsabile D. Villalta). La fase ulteriore è la prevista concentrazione nel Pad. H delle Strutture di Patologia clinica, Immunologia clinica e Virologia, Microbiologia clinica e terapia antibiotica, SIT. La possibilità di un *open space*, seppur limitato, consentirà la contiguità, e se opportuna la continuità, della stazione preanalitica, di tutta la strumentazione che utilizza siero, compresa l'autoimmunità e l'allergologia, e della strumentazione ematologica, con un front-line indifferente per routine ed urgenza, così da realizzare un *core lab* a risposta rapida attivo sulle 24h (operatività prevista: II semestre 2005).

Per quanto riguarda l'ematologia, nel 2001 è stata consolidata da altro laboratorio l'immunofenotipizzazione (1023/anno per diagnostica ematologia), rendendo più globale la capacità diagnostica e imponendo una revisione delle procedure e dei protocolli diagnostici (preparazione ed uso di CD). Nel 2003 è stata integrata la diagnostica delle VES nell'area ematologia con strumento bidirezionale che utilizza gli stessi rack dell'emocromo. Nel 2004 è stata concentrata sugli strumenti della routine l'attività ematologia urgente.

Per quanto riguarda la Microbiologia si trattava di coniugare la tradizionale qualità analitica con il concetto di servizio globale sia per gli aspetti della tempestività della risposta che quelli clinici sia ambulatoriali che di consulenza. L'espressione migliore del mutato atteggiamento fu la realizzazione, tra il 2000 e il 2001, del Progetto obiettivo DML denominato Batteriologia 7x7, attuato dalla SOS Microbiologia clinica e terapia antibiotica (Responsabile A. Camporese), che passava da una diagnostica batteriologica da lunedì a venerdì ore 14.00 ad una diagnostica batteriologica (in particolare emocolture) sui 7 giorni (lunedì-venerdì 8-17, sabato 8-14, domenica 8-12). Lo sforzo della SOS fu quello di migliorare dra-

sticamente i TAT, attraverso l'automazione, cambiamenti organizzativi e gestionali, informatizzazione e revisione del lavoro tecnico<sup>8</sup>. Nonostante un incremento del 20% annuo della richiesta tra il 1999 e il 2002, ad organico sostanzialmente stabile, i risultati dell'identificazione batterica e dell'antibiogramma sono disponibili sul LIS (WEB) entro 8 ore per circa 80% delle emocolture trattate in automazione contro le 18 ore del 20% eseguito manualmente. Per le urino-colture il 90% dei risultati positivi è disponibile mediamente a 26 ore dalla raccolta, contro le 36 necessarie con metodi manuali. In altre parole il risultato è disponibile 1 giorno prima. Ciò consente di rispettare i TAT previsti dalle Linee Guida Europee per l'Esame Urine: identificazione in coltura pura 90% entro 24 h; identificazione in coltura mista 90% entro 48 h; disponibilità di antibiogramma su ceppi significativi 98% entro 48 h (90% anche dopo 30 h).

Contestualmente furono mantenute le peculiarità dell'area in sede regionale: riaffermazione di PN come Centro Regionale per la Tipizzazione delle Salmonelle; sistemazione e manutenzione ambienti P3, che hanno consentito nel 2003 di essere scelti come sede regionale per il Bioterrorismo (antrace). Inoltre, nel 2001, si concluse l'accordo "Convenzione con la Fondazione Banca degli Occhi del Veneto" per la diagnostica sulle cornee da impianto.

Per quanto riguarda il Laboratorio di Immunologia Clinica e Virologia, nell'ambito dell'appalto concorso dell'area siero si è provveduto, nella logica del consolidamento, ad acquisire le diagnostiche sierologiche legate alla diagnosi di infezioni da virus epatitici, HIV, TORCH, EBV, su strumentazione ad alta automazione ad accesso continuo, interfacciata con il LIS di Laboratorio. Ciò ha permesso una riorganizzazione parziale del settore, favorendo l'esecuzione di tale diagnostiche quotidianamente sui sei giorni lavorativi, di acquisire dal SIT la diagnostica della epatite B, nonché i campioni provenienti da Maniago e dal Distretto di Azzano X senza aggravio di ore/tecnico. Altre diagnostiche sierologiche (allergologiche, autoimmuni, virologiche), frammentate su almeno 5 diverse strumentazioni in due diversi settori della SOS, di solito singolarmente, con trascrizione dei dati a mano su foglio di lavoro e successiva digitazione in computer gestionale di laboratorio, con impegno medio di 3 persone, sono state consolidate recentemente con gara di appalto concorso. La virologia diretta, di cui la AOSMA è centro di riferimento Provinciale, fornendo prestazioni diagnostiche alla intera Provincia, compreso il CRO di Aviano e per la quale è attualmente allo studio a livello della Agenzia Regionale alla Sanità la proposta di conferire al nostro centro il ruolo di Centro di riferimento regionale per la diagnostica delle infezioni da HPV e HCV, ha subito una notevole evoluzione negli ultimi anni, dapprima con l'introduzione

delle tecniche di biologia molecolari tradizionali, che hanno permesso l'incremento della accuratezza diagnostica, successivamente con i primi tentativi di automazione delle medesime, con semplificazione dei processi per lo più lunghi, delicati e indaginosi delle tecniche manuali, e da ultimo con la introduzione di tecniche NAT "real time", che permettono una rilevazione degli acidi nucleici in tempo breve, nonché di dare una stima quantitativa degli stessi. In concomitanza con il progresso tecnologico nella rilevazione dei virus e batteri si è assistito ad un progressivo incremento dell'utilizzo di farmaci ad azione antivirale (infezioni da HIV, HBV, HCV, virus Erpetici). Ciò implica che il laboratorio deve arrivare ad una diagnosi di certezza di infezione virale in tempo utile per instaurare una terapia antivirale. In tale ottica uno degli obiettivi prioritari della contrattazione di budget 2004 per la SOS. di Immunologia Clinica e Virologia è quello di fornire entro le 48 ore dall'arrivo del campione i risultati delle indagini virologiche relativi ai virus neurotropi e in tale ottica, quindi, sono state di conseguenza orientate le scelte diagnostiche. Altro dato importante nella riorganizzazione della attività della sezione di Virologia è quello relativo alle mutazioni virali e alla farmacoresistenza. La genotipizzazione dei virus HBV e HCV, mediante metodiche di sequenziamento, nonché l'individuazione di varianti resistenti alla terapia vanno in questa direzione. Tutto ciò ha una notevole ricaduta clinica sia in termini di efficacia che di efficienza (costi di una terapia antivirale in pazienti affetti da epatiti virali croniche "non responder").

Anche il SIT è andato incontro ad una riorganizzazione tra il 1998 e il 1999 con la creazione di un Settore Urgenze strutturato su una attività 24 h a servizio della medicina trasfusionale e dell'emostasi (in FVG tradizionalmente i SIT provinciali svolgono attività di laboratorio emocoagulativo). Nel 2001 si è dotato di un nuovo settore per gli esami degli antigeni virali con metodiche NAT nei donatori e nel 2002 è stato riconosciuto come Centro di riferimento per le malattie rare relativamente alle Emoglobinopatie. L'Anatomia Patologica affronta adesso una radicale riorganizzazione a seguito della nomina di un nuovo Primario. La informatizzazione separata è stato uno degli elementi di bassa integrazione dipartimentale, anche se l'interscambio a livello del personale del Comparto è stato elevato. Attualmente è in corso una integrazione maggiore verso lo Sportello unico per ambulatoriali. E una delle azioni principali dei Progetti Aziendali 2005 è il "Potenziamento dell'Anatomia Patologica": automazione delle procedure di preparazione dei reperti isto-patologici e potenziamento della dotazione tecnici-informatica per la refertazione a distanza. Sono state riassorbite le attività di anatomia patologica dell'ASS 6 e si prevede un qualche grado di integrazione con l'Anatomia Patologica del CRO.

## LE ATTIVITÀ GESTIONALI

Le attività gestionali hanno riguardato principalmente: la strutturazione di attività di controllo di gestione in tutto il DML, con responsabilizzazione progressiva dei laureati e dei coordinatori tecnici e centralizzazione delle autorizzazioni alla spesa corrente; la preparazione di progetti annuali dipartimentali per gli acquisti in conto capitale; la gestione del personale del comparto centralizzata per le mobilità interne ed esterne, per la progressiva omogeneizzazione dei compiti e delle prerogative (metodo di controllo orario, aperture del servizio, ecc.), per le intese su incentivazioni ed organizzazione generale e delegata ai Referenti infermieristico e tecnico per la gestione giornaliera (orari; ferie; ecc.) e prospettica (formazione; organizzazione).

Ad esemplificazione di queste attività meno appariscenti ma impegnative, ricordo la strategia e gli effetti del contenimento dei costi, e la gestione delle risorse umane tramite la mobilità, gli accordi incentivanti di DML, la valutazione del personale e la formazione.

## L'economicità e l'efficienza

La strategia del contenimento dei costi fu esplicitamente presentata alla prima verifica pubblica degli effetti della dipartimentalizzazione<sup>9</sup>, nel 1999. Anche qui, come in molte altri aspetti della vita del laboratorio, vige il principio che non vi è un'unica semplice soluzione (**no magic bullet**). Il controllo dei costi per consumi nel DML si attua attraverso un intreccio di interventi di livello diverso ma attuati sinergicamente: controllo del costo unitario dei test, attraverso il contenimento del costo test da gara, lo scarto di produzione e le variabili per la produzione della risposta; le economie di scala e i consolidamenti; la razionalizzazione dei test e dei percorsi diagnostici interni; l'appropriatezza della richiesta. I risultati sotto il profilo dell'efficienza sono testimoniati dagli indicatori di produttività (aumento di esami in volume e tipologia con diminuzione di personale e soprattutto di costi).

**Tabella I.** Prestazioni per pazienti ambulatoriali del DML dal 1997 al 2004. \* stima

Anni	1997	1998	1999	2000
<b>Esami</b>	<b>997,458</b>	<b>1,355,800</b>	<b>1,299,379</b>	<b>1,277,090</b>
Anni	2001	2002	2003	2004*
<b>Esami</b>	<b>1,216,221</b>	<b>1,384,608</b>	<b>1,454,003</b>	<b>1,754,222</b>

**Tabella II.** Personale totale del DML dal 1996 al 2003

Anni	1996	1997	1998	1999
<b>Personale</b>	<b>209</b>	<b>207</b>	<b>197</b>	<b>192</b>
Anni	2000	2001	2002	2003
<b>Personale</b>	<b>185</b>	<b>189</b>	<b>197</b>	<b>192</b>

**Tabella III.** Consumi (milioni €) del DML tra il 1997 e il 2004.

\*stima

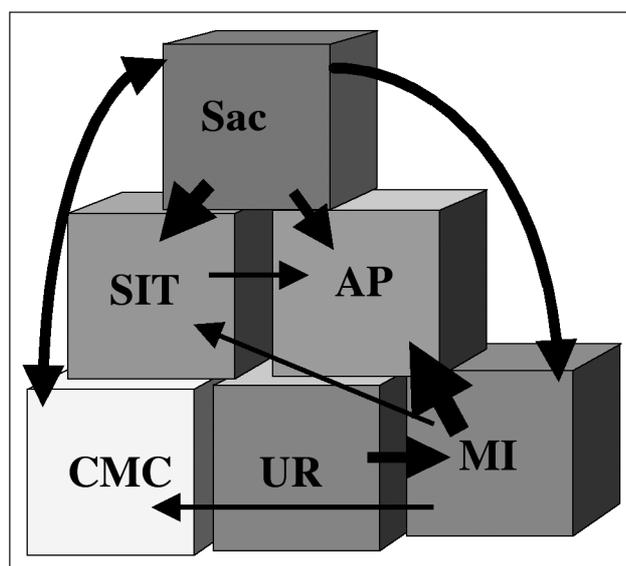
Anni	1997	1998	1999	2000
<b>Consumi</b>	<b>3,275</b>	<b>2,958</b>	<b>3,256</b>	<b>3,534</b>
Anni	2001	2002	2003	2004*
<b>Consumi</b>	<b>3,821</b>	<b>4,058</b>	<b>4,178</b>	<b>4,425</b>

Si tenga conto nella valutazione delle Tabelle sopra riportate dell'apertura del Centro Prelievi nel 2001 (aumento di personale nel 2002) e dell'ingresso nel 2003 dei Distretti Nord (Maniago) e Sud (Azzano X) dell'Azienda territoriale e dell'implementazione della NAT nel 2002 come motivi dell'incremento di consumi 2003 e 2004. Su quest'ultimo dato pesa l'assorbimento di funzioni di Anatomia Patologica e di Medicina Trasfusionale degli ospedali di rete dell'Azienda territoriale direttamente da AOSMA e DML.

### La gestione delle risorse umane

Come esempio degli Accordi Incentivanti Annuali con i quali si sono, fin dal 1998, accompagnati i cambiamenti dipartimentali, riporto (**Allegato 2**) il testo dell'Intesa 2004 per il personale del Comparto, firmata dal CD, dai Referenti Infermieristico e Tecnico del Comparto e dai Rappresentanti delle OOSS presenti nel DML.

La mobilità coatta di 5 tecnici verso l'Anatomia Patologica da altre UO del DML nel 1997-8, per ristorare le necessità di forza-lavoro acutamente instaurate, fu solo il più pesante dei molti movimenti avvenuti, soprattutto in fase iniziale, per riequilibrare le forze all'interno del DML.

**Figura 3.** Mobilità interna volontaria e coatta nel DML tra il 1997 e il 1999 (8 TLM, 1 Capo Sala, 1 Ausiliario e 1 Laureato)

Per primi in Azienda, eseguiamo una ricognizione sul Clima Interno (1999), poi ripetuta per cogliere le principali difficoltà.

La Valutazione del Personale, effettuata nel 2002 per la prima volta, sia per motivi intrinseci che per le modalità imposte dalla Direzione Strategica ha causato ferite non ancora totalmente rimarginate.

### Le attività formative

La trasformazione generale del Laboratorio sta determinando, insieme con la modifica del curriculum di studio e della definizione professionale delle "nuove" professioni, una importante evoluzione delle professionalità che in sintesi può essere riassunta con l'affidamento della qualità analitica al "nuovo" tecnico laureato e l'espansione delle attività all'interfaccia laboratorio-clinica (interpretazione e consulenza; studi di outcome e audit) per i laureati tradizionali. Il rischio dei "vecchi" è quello di non reggere la sfida della trasformazione.

Pertanto particolare attenzione è stata posta per i laureati medici, biologi e chimici nella progressione e specificazione degli incarichi professionali, al fine di offrire specifici campi di azione combinati con la unitarietà della funzione principale nonché prospettive di crescita di carriera e nel coinvolgimento negli aspetti di studio, anche attraverso l'uso dei fondi dipartimentali ad hoc, e ricerca al fine di stimolarne lo sviluppo professionale.

Per il restante personale, in particolare per quello infermieristico, ci si è preoccupati (Referente R. Ardenigo) della formazione specifica e trasversale. Per i tecnici l'intervento (Referente L. Camilot) è stato rivolto, da un lato, alla progressiva delega di funzioni, in particolare ai Coordinatori, e al coinvolgimento nelle azioni strategiche come il TD Web e la preanalitica e, dall'altro, al sostegno al cambiamento, attraverso una informazione e formazione specifica.

Le attività formative, infatti, sono sempre state viste come essenziali per l'aggiornamento dei professionisti ma anche come mezzo per anticipare e facilitare le trasformazioni organizzative. Per tali ragioni esse sono state organizzate sia secondo il modello dei gruppi di lavoro che quello dell'apprendimento strutturato. Della prima tipologia si è detto a proposito dell'appropriatezza, per quanto riguarda il secondo il percorso che va dal corso intitolato "Il Laboratorio del 2000", tenuto tra il 1999 e il 2000 con il concorso delle maggiori Ditte del diagnostico per un esame delle possibilità tecnologiche disponibili per il cambiamento, all'incontro "DIALM e studio di fattibilità sull'organizzazione dell'attività di laboratorio dell'area vasta pordenonese" del 2001, al "Point of care testing - Il tecnico di laboratorio nella diagnostica decentrata" del 2002, al "Progetto TDWeb: la comunicazione tra il dipartimento di medicina di laboratorio e le unità operative" del 2003 e alla "Validazione tecnica: dalla teoria alla pratica" e "La fase preanalitica" del 2004 mostra come il cambiamento sia stato costantemente studiato ed incoraggiato dalle attività formative.

Dall'altra parte anche il percorso per il personale infermieristico è stato opportunamente calibrato dalla Referente Infermieristica, come mostrano i principali corsi tenuti: "Gestione della situazione d'urgenza nelle sale prelievi" e "L'infermiere di front-line: ruolo professionale e tecniche comunicative" nel 2000; "Procedure infermieristiche per il prelievo microbiologico" nel 2001; "L'importanza della fase preanalitica per la qualità del referto di laboratorio" nel 2002; "La gestione dell'ambulatorio allergologico" e "Prelievo, conservazione, raccolta e trasporto dei campioni istologici e citologici" nel 2003 e "L'infermiere nel SIT" nel 2004.

Dall'istituzione dell'ECM il personale del Comparto trova in DML e nelle singole UO la possibilità di ottenere tutti i crediti annuali richiesti.

### NUOVE ATTIVITÀ DIAGNOSTICHE

Le riorganizzazioni, i risparmi nei costi e la gestione del personale a livello dipartimentale e di UO hanno consentito di implementare nuove diagnostiche in tutte le aree del DML: dai marcatori cardiaci e di metabolismo osseo alla diagnostica gastroenterologica con breath test per *Helicobacter pylori* ed altri test funzionali in Patologia clinica; all'introduzione di nuovi esami come *Helicobacter pylori* nelle feci ed altri e il riconoscimento di riferimento per la Banca degli Occhi Veneta e di Centro Regionale per il Bioterrorismo nella SOS MCTA; all'implementazione nella SOS di ICV degli esami molecolari della SOS di MCTA e l'introduzione di nuove diagnostiche quali ASCA, Anticorpi anti Citrullina, Anticorpi anti b2GPI, Immunoblot per Toxo, anticorpi nelle mirositi, anticorpi nelle epatiti autoimmuni, virus respiratori, virus neurotropi, CMV-PCR, Toxo-PCR, sequenziamento HCV e HBV; allo sviluppo dei test immunochimici in Anatomia Patologica; alla implementazione delle metodiche NAT per la ricerca degli antigeni virali nei donatori e alla costruzione di un percorso definito per PPE in soggetti accidentalmente incorsi in ferite od altro contatto potenzialmente infettivo in SIT; ed infine alla definizione come SOS della Citogenetica e Genetica Medica, uno dei 3 centri regionali, dedicato prevalentemente alle diagnosi delle coppie che si sottopongono a fecondazione assistita presso il Centro Ospedaliero specifico e alle diagnosi pre e perinatali.

**Tabella IV.** Prestazioni ambulatoriali di Citogenetica e Genetica Medica, dalla data di riconoscimento come struttura autonoma.

\*stima

Anno	99	00	01	02	03	04
<b>Esami</b>	<b>2094</b>	<b>3224</b>	<b>4133</b>	<b>5448</b>	<b>5600</b>	<b>6142*</b>

### SERVIZIO AL CLIENTE

Anche se il termine non rappresenta la complessità del rapporto intercorrente tra il Laboratorio come

servizio diagnostico e di consulenza e la varietà degli utilizzatori (cittadini, pazienti, medici, personale di assistenza), tuttavia ha il pregio di esprimere concisamente un punto essenziale della mission: la qualità come percepita conformità allo scopo clinico.

### Cittadini e pazienti

Nel 2001 le attività ambulatoriali di laboratorio della sede di Pordenone sono state concentrate in un'unica struttura (Centro Prelievi DML) con l'obiettivo di offrire una unicità di accesso ai cittadini e ai pazienti, che nello stesso percorso trovano risposta agli aspetti amministrativi, a quelli sanitari e a quelli informativi. La strutturazione del Centro, messa a punto insieme con la Referente Infermieristica, prevede prelievi h 7-10 lunedì-venerdì e 7-8.30 sabato, ambulatori 8-13 lunedì-sabato, accettazione 10-17 lunedì-venerdì e 8.30-12 sabato, consegna referti 10-19 lunedì-venerdì e 10-13 sabato. Ad esclusione di alcune tipologie di test (microbiologici, allergologici, temporizzati, breath test urea e lattosio), l'accesso è libero sui 6 giorni sia in accesso che per il ritiro referti. È prevista una corsia preferenziale per le urgenze ed alcune tipologie di pazienti, in terapia anti-coagulante orale (TAO) e oncologici. Per i pazienti pediatrici, in accordo con la Pediatria, è stato approntato un percorso riservato presso il reparto, con attività amministrativa a carico del Centro Prelievi. Per i pazienti oncologici in chemioterapia è in fase di definizione un analogo percorso riservato presso il day hospital oncologico. Nel Centro sono allocati gli Ambulatori microbiologico ed allergologico, che grazie all'impegno dei medici specialisti svolgono una importante funzione diagnostica e clinica all'interno dell'Azienda. Nel 2004 è avvenuta l'attivazione di 2 Centri Prelievi Cittadini, nel Quartiere Torre e Sud, per una più conveniente periferizzazione degli aspetti di contatto con le fasce più deboli della popolazione. Infine, lo spostamento nel Pad. H dell'ambulatorio microbiologico ed allergologico (II semestre 2005) consentirà la risistemazione degli spazi con il recupero dell'area ad accesso riservato per il percorso "urgente", la possibilità di apertura di un sesto sportello amministrativo e di una sesta sala prelievi, uno spazio più ampio per i prelievi temporizzati e speciali, un'adeguata sistemazione dei supporti di emergenza ed una migliore logistica del back office dedicato ai campioni provenienti da enti diversi dalla rete ospedaliera.

Nella sede di Sacile, oltre al potenziamento delle strutture e del personale di prelievo vengono serviti, con percorsi privilegiati, i pazienti TAO, ai quali viene fornito, su richiesta, anche il monitoraggio ed il suggerimento terapeutico; i pazienti del locale Centro Epatologico; le pazienti con richiesta di diagnostica microbiologica vaginale, alle quali, su richiesta, viene fornito l'inquadramento nosologico e il suggerimento terapeutico; i pazienti che richiedono

la diagnostica per *Helicobacter pylori* con breath test urea (UBT 13).

L'assunzione della titolarità della sede di Maniago alla fine del 2002 ci ha offerto l'occasione di confermare in quella sede le attività ambulatoriali di prelievo, di gestione preferenziale con monitoraggio della terapia per i pazienti TAO, di diagnostica microbiologica nel maschio delle malattie sessualmente trasmesse. L'impegno attuale consiste nella ristrutturazione logistica degli ambienti e del servizio, con l'obiettivo dell'espansione dei servizi dedicati a pazienti con specifici problemi diagnostici. Complessivamente nel 2003 furono 323.856 i pazienti serviti, di cui 235.358 direttamente nei Centri di Pordenone (PN), Sacile (SAC) e Maniago (MN), oltre a quelli indiretti dal Distretto di Azzano Decimo (AX).

**Tabella V.** Attività ambulatoriali DML nel 2003

	PN	SAC	MN	AX
Pazienti	226.668	41.599	33.616	
Prelievi	169.214	35.872	30.272	21.613

Per primi in Azienda, infine, eseguiamo una ricognizione della Soddisfazione dell'Utente nel 1999.

### Medici

Il rapporto con i medici dell'AOSMA è testimoniato dalle attività concordate con numerosi gruppi all'interno e al di fuori del progetto aziendale di Appropriatazza, di cui si è già parlato.

Le vicende legate alle incomprensioni tra AOSMA e la ASS 6 hanno condotto alla rarefazione del contatto con i medici di base, precedentemente ricco e positivo. I rapporti sono stati tenuti sul piano personale sia per la richiesta di aiuto ed interpretazione dai medici di medicina generale, sia per il contatto ricercato in situazioni patologiche gravi definite dai protocolli interni. Il mandato aziendale 2004 prevede l'istituzione di un numero diretto a disposizione del MMG per consulenza da parte del Dipartimento. Con il 2004 è ripreso il rapporto diretto con i MMG, con l'invito a partecipare ai corsi ECM ad alcuni responsabili del DML.

### Personale di assistenza

Il rapporto con il personale di assistenza, ed in particolare con le "nuove" Infermiere Professionali, è strategico per la trasformazione del Laboratorio da semplice produttore di grezzi dati analitici o anche di referti clinicamente raffinati a fornitore di un servizio a tutto tondo immediatamente e compiutamente utile sul piano clinico.

Lo sforzo fatto si è indirizzato su due direttrici operative: 1. la fornitura in cartaceo ed on line degli strumenti di informazione ed assistenza per la ri-

chiesta adeguata e mirata di test di laboratorio e per il prelievo e la raccolta dei campioni. L'Infermiera è in grado di richiedere i pannelli stabiliti o di ricercare uno degli oltre 700 tipi di test forniti dal DML con percorsi facilitati, di prepararsi una memoria dei pazienti da prelevare con i rispettivi materiali, di verificare on line lo stato della sua richiesta (richiesta, prelevata, accettata, in corso, eseguita, validata, refertata); 2. la semplificazione progressiva del numero di provette, con risparmio di tempo e di sangue dei pazienti.

Ma l'impegno maggiore è stato nell'indicare la comunicazione come il principale punto di nuova professionalità del personale del laboratorio ed in particolare dei tecnici di laboratorio (TLM). Il primo luogo di sperimentazione è stato il Settore Urgenze dove il TLM, per lunghi periodi da solo all'interfaccia laboratorio-clinica, deve diventare un consulente per i problemi preanalitici e per le procedure di richiesta e prelievo, a garanzia della correttezza del dato analitico che deve poi eseguire in sicurezza. Analogamente la stazione preanalitica costituisce una interfaccia a questi fini decisiva.

### 3. Area Vasta

#### Dipartimento Interaziendale di Medicina di Laboratorio (DIaML)

Su mandato, tra il 1999 e il 2000, prima dal Direttore Generale di AOSMA e poi dall'ARS, è stato prodotto in data 17.2.2001 uno "Studio di fattibilità per la riorganizzazione delle attività di laboratorio nell'Area Vasta Pordenonese", impostato su di una rete provinciale con concentrazione della specialistica in Pordenone e attivazione in periferia di laboratori di base a risposta rapida, attivi 24 (12) h in relazione alle attività di Pronto Soccorso, in consonanza con quello che allora andava delineandosi in Inghilterra con il progetto del DOH denominato *Pathology Modernisation*. L'omogeneizzazione delle equipe avrebbe garantito migliore efficacia clinica e la copertura 24 h di specialisti in attività organizzata per dimensioni provinciali e con il supporto della telemedicina. Il progetto fu approvato dal DIaML e dalle 2 Aziende AOSMA e ASS 6 nell'estate del 2001, ma si è attuato solo parzialmente (concentrazione attività di Azzano X e Maniago) ed è ora in fase di rilancio. In **Allegato 3** si riporta un estratto dello Studio di Fattibilità approvato nel 2001.

#### Razionalizzazione delle attività di Anatomia Patologica e di Medicina Trasfusionale tra AOSMA e ASS 6

Negli ultimi 2 anni è stata definita la concentrazione delle attività di Anatomia Patologica dell'Azienda territoriale in AOSMA con mantenimento dei servizi di diagnostica rapida e "a fresco" perifericamente e

la assunzione della titolarità della Medicina Trasfusionale dal SIT che ora coordina i Centri periferici delle Aziende ospedaliera e territoriale. Negli obiettivi negoziati per il 2004 per l'Anatomia Patologica si prevede, entro il primo semestre 2004 la definizione, in accordo con la Direzione Aziendale, dei tempi di risposta secondo criteri di priorità clinica e, per il SIT, l'assorbimento, da parte dell'AOSMA, delle funzioni di qualificazione biologica e validazione del sangue ancora presenti nel territorio dell'ASS6; l'integrazione di segmenti specifici di attività tra le strutture trasfusionali dell'AOSMA e dell'IRCCS CRO di Aviano ed eliminazione della duplicazione di linee produttive tra le due aziende.

Attualmente l'unica funzione ancora presente nei Presidi dell'ASS 6 è quella di immunoematologia del SFT di S. Vito. Tutte le altre funzioni di qualificazione biologica e validazione del sangue sono già accentrate nel SIMT dell'AOSMA. Entro il 31/07/2004 viene assunta dal SIMT di AOPN la funzione di immunoematologia attualmente erogata da P.O. S. Vito. Entro il 31/10/2004 nel SIMT dell'AO saranno centralizzate le procedure di diagnostica Immunoematologica di 3° livello. Entro il 31/10/2004 nel SIMT del CRO saranno centralizzate le procedure di diagnostica dell'emostasi di 3° livello. L'evoluzione dovrebbe condurre ad una integrazione con il SIT del CRO, entro un D ad hoc.

#### 4. Conclusioni

I risultati del DML AOSMA PN, sotto il profilo dell'efficienza, sono testimoniati dagli indicatori di produttività (aumento di esami in volume e tipologia con diminuzione di personale e soprattutto di costi) e, per la qualità, dal drastico abbassamento dei tempi di risposta secondo specifici progetti (CQ del TAT; Batteriologia 7x7) e dal progetto Sportello unico (amministrativo e sanitario) del nuovo Centro Prelievi unificato. L'efficacia clinica si è espressa come linee guida dei Gruppi Appropriately aziendali, alcune delle quali hanno poi avuto consacrazione regionale. Gli obiettivi economici e di efficienza, peraltro, non hanno impedito l'implementazione di nuove diagnostiche *up to date*, così da mantenere ed anzi migliorare la tradizionale qualità della Medicina di Laboratorio dell'Ospedale.

I limiti sono apparsi la logistica, in via di parziale soluzione con la riunificazione della medicina di laboratorio *strictu sensu*, la difficoltà di tradurre in pratica una mentalità dipartimentale e il mancato raggiungimento di alcuni obiettivi, come quello della attivazione di attività libero-professionale di équipe e una organizzazione periferica non episodica del risk management, affidato ad uffici in staff alla DS.

Le criticità emerse sono la necessità di una forte convinzione e supporto della Direzione Strategica,

una adeguata Leadership che sappia sostenere "il peso del dipartimento e dell'esercizio della propria funzione", la forza dei "Sabotatori di gruppo" e, soprattutto, il reale decentramento di poteri, della gestione delle risorse e della periferizzazione di attività di staff, peraltro espressamente prevista dalle Linee Guida regionali sulla dipartimentalizzazione.

Ancora nel 1999, nella prima valutazione del DML<sup>9</sup>, si sottolineò che le criticità risiedevano nella convinzione della Direzione Strategica, dei Primari e del personale delle UO, riflettendo la tesi<sup>4</sup> che individua il maggior ostacolo al D nel mix di difesa delle prerogative primarie, appartenenza tribale del personale e resistenze inerziali delle strutture. Un aspetto di criticità fu notato dall'assenza di un sistema premiante (incentivi; aggiornamento; attività libero-professionale) unitario e coerente con l'obiettivo dell'integrazione dipartimentale.

Tuttavia il convincimento della Direzione Strategica è l'elemento decisivo per dettare il passo delle realizzazioni, così come apparso anche sul territorio nazionale<sup>1,5</sup>, in particolare nel confinare le attività dei "sabotatori di gruppo", che esistono in ogni realtà e che sono esaltati dalla resistenza al cambiamento. Mauro Croce ha descritto con efficacia ed ironia "Il decalogo di un buon sabotatore di gruppo"<sup>11</sup>, al quale mi sentirei di aggiungere la enfattizzazione del "clima interno" e la dichiarazione, continua ma mai concreta, di una volontà di collaborazione, che verrebbe ingiustificatamente ignorata. Il mancato empowerment dipartimentale è la spia di una altalenante e non omogenea, tra Direzioni, convinzione sulla radicalità dell'esperimento.

Le potenzialità sono nell'integrazione fisica, organizzativa, clinica e culturale delle discipline, per percorsi diagnostici interni e per referti clinicamente significativi, nell'ottimizzazione delle risorse e nella liberazione di energie per nuove attività o per consulenza, nella dipartimentalizzazione quale spina dorsale dell'aziendalizzazione e nel DML come struttura di riferimento per la *Clinical governance*.

In effetti, il DML ha risposto compiutamente agli elementi costitutivi del governo clinico: formazione, audit clinico, efficacia clinica, ricerca e sviluppo, trasparenza e, parzialmente, risk management, dimostrando che il governo clinico rappresenta il modello operativo e culturale del funzionamento del modello organizzativo dipartimentale. Come si è visto, il DML ha costruito riorganizzazioni efficienti ed efficaci, maggiormente nell'area della medicina di laboratorio *strictu sensu*, ma le ha favorite anche nel resto del D. D'altra parte ha contribuito a risposte unitarie ed appropriate nel servizio al cliente, sia come attività ambulatoriali che di refertazione, senza umiliare le specificità professionali che vedono il loro riconoscimento nelle attività di gruppi specifici, nell'implementazione di nuove diagnostiche e nell'aumento dell'attività, nella nascita ed affermazione

di nuove strutture operative, nel rispetto dei rapporti specifici con la realtà territoriale.

In conclusione, il DML appare come un'organizzazione complessa a geometria variabile (concentrica), in cui le attività di ML (in senso stretto) vanno gestite unitariamente (LIS, Preanalitica, Consolidamento ed Integrazione) ma dove le attività programmatiche relative ai costi, al personale, ai progetti di ristrutturazione e al servizio al cittadino vanno pensate unitariamente. Se le finalità del DML sono la qualità globale del processo fino all'utilizzatore finale clinico o cittadino e la diminuzione di addetti, costi e tempo per unità di prodotto, attraverso la appropriatezza ed efficacia della risposta, la accessibilità e servizio ai cittadini e il risparmio e reinvestimento per nuove attività, appare evidente che la parcellizzazione degli interventi e delle filiere organizzative (DML, Dipartimento Trasfusionale, Dipartimento Microbiologico, Dipartimento di Anatomia Patologica, ecc.) procede in direzione opposta a quella necessaria. Il DML mostra di poter coniugare la specialità, anche strutturale, a livello centrale analitico ed organizzativo e l'unitarietà della risposta al quesito clinico espresso od implicito del cittadino o del clinico che si rivolge alla medicina di laboratorio.

Infine, la necessità della comunione di intenti nella trasformazione richiesta dalla dipartimentalizzazione della Medicina di Laboratorio, che ha trovato traduzione concreta con tanti attori del DML, conferma *"l'impressione ... che le cosiddette isole felici per lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale sono, nella realtà dei fatti, create dalle persone e non da fattori strutturali"*<sup>4</sup>.

## Bibliografia

1. Cappelletti P. Il Dipartimento: un'isola non trovata? Parte I. Il Dipartimento Ospedaliero. Riv Med Lab - JLM 2004;1:7-19
2. Bergamaschi M, Cantù E. Sviluppo del modello organizzativo dipartimentale nelle strutture ospedaliere. In: Anessi Pessina E, Cantù E. L'aziendalizzazione nella sanità in Italia. Rapporto OASI 2000. Milano: Egea; 2000
3. Montante G. Dipartimenti Gestionali e Collegio di Direzione. In: "Governo Clinico, Dipartimenti Gestionali, Collegio di Direzione: speranza o realtà?" ANAAO-ASSOMED, Roma 18 aprile 2001
4. Baraldi S. L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie. Genova: Accademia Nazionale di Medicina.; 2003
5. Cappelletti P. Il Dipartimento: un'isola non trovata? Parte II. Il Dipartimento di Medicina di Laboratorio. Riv Med Lab - JLM 2004;1:20-32
6. Kiechle FL, Main RI. Improving efficiency in the clinical laboratory. AACCPress. Washington 2002
7. Tozzoli R, Bizzaro N, Tonutti E, Villalta D, Bassetti, Manoni F, Piazza A, Pradella M, Rizzotti P. Guidelines for the Laboratory Use of Autoantibody Tests in the Diagnosis and Monitoring of Autoimmune Rheumatic Diseases. Am J Clin Pathol 2002; 117:316-24.
8. Camporese A. The impact of automation on organization changes in a community hospital clinical microbiology laboratory. Le Infezioni in Medicina 2004;2:118-25
9. Cappelletti P. Il Dipartimento di Medicina di Laboratorio. In: AOSMA. Determinanti, percorsi e strumenti nella riorganizzazione del Sistema Ospedale. Pordenone, 29 gennaio 1999; p. 12-3.
10. Croce M. Il decalogo di un buon sabotatore di gruppo. Animazione Sociale. 1999;1:64-7

## Allegati

### Regolamento del DML AOSMA PN

### Accordo Incentivi Comparto 2004

### Studio di fattibilità per la riorganizzazione delle attività di laboratorio dell'area vasta pordenonese

### Allegato 1. Regolamento del DML AOSMA PN

#### Articolo 1. Tipologia e composizione

Il Dipartimento di Medicina di Laboratorio (DML) istituito con delibera n° 911 del 27/12/96 è una aggregazione di Strutture Operative appartenenti alla stessa area funzionale e riflette la complessità delle dotazioni e della organizzazione dell'Azienda configurandosi come un modello "verticale", con obiettivi specifici di integrazione (razionalizzazione del flusso richieste-risposte anche attraverso lo strumento informatico, razionalizzazione della tipologia degli esami, razionalizzazione degli approvvigionamenti, gestione del personale esecutivo, programmi di formazione permanente, gestione dell'attività libero-professionale), ed è costituito dalla Strutture Operative di Anatomia e Istologia Patologica (AP), Patologia Clinica (Pat.Clin.), Microbiologia Clinica e Terapia Antibiotica (MCTA), Immunologia Clinica e Virologia (ICV), Citogenetica e Genetica molecolare (CGM), Servizio immuno-trasfusionale (SIT).

#### Articolo 2. Finalità

Il Dipartimento di Medicina di Laboratorio fornisce informazioni, ottenute con metodi chimici, fisici o biologici, su tessuti o liquidi di origine umana o su materiali connessi alla patologia umana ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia, e della ricerca. Fornisce, inoltre, diagnosi, terapie e consulenze su quesiti clinici e epidemiologici.

A tali fini, il DML persegue:

Lo studio e l'applicazione di procedure diagnostiche e l'elaborazione di linee-guida di utilizzo delle prestazioni di laboratorio, anche attraverso lo studio di gruppi interdisciplinari con medici delle Strutture Operative clinico-assistenziali.

La programmazione e lo sviluppo della formazione e l'aggiornamento del Personale, avente carattere di continuità rivolta a specifici obiettivi, soggetta a valutazione periodica.

L'organizzazione della didattica e il coordinamento delle iniziative più significative della ricerca, privilegiando quella orientata al raggiungimento degli obiettivi propri

della istituzione e curando l'attivazione dei necessari collegamenti con altri Dipartimenti.

La valutazione e verifica della qualità delle prestazioni fornite mediante metodiche VRQ o di Medical Audit al fine di verificare le procedure e i risultati ottenuti e migliorare le proprie conoscenze e la performance, ottimizzando in modo razionale, l'utilizzo delle risorse disponibili.

Ai fini della razionalizzazione delle attività e del proseguimento della qualità totale, il DML impegna:

La gestione del budget, attraverso la programmazione della tipologia di esami eseguiti, la stesura delle procedure gestionali e diagnostiche, l'acquisto delle strumentazioni necessarie e il loro ottimale utilizzo, la programmazione e la gestione degli approvvigionamenti di materiale e della assistenza tecnica, la programmazione e il coordinamento dello sviluppo del sistema informatico e l'organizzazione complessa del flusso richieste- risposte nella logica della qualità totale.

L'integrazione e l'utilizzo in comune di spazi, delle attrezzature e delle risorse umane, anche attraverso la gestione della mobilità interna del Personale, e della tecnologia assegnata.

Il coordinamento e la verifica delle modalità organizzative e la loro eventuale revisione, compresa la sperimentazione di nuove attività o di nuovi modelli operativi, che consentano il raggiungimento dei risultati attesi.

Lo studio e la stesura delle procedure gestionali nonché lo studio e l'applicazione di sistemi integrativi di gestione, anche attraverso il collegamento informatico del Dipartimento e tra Dipartimenti allo scopo di omogeneizzare i flussi e procedure, consentire gli interscambi di informazioni, costruire archivi unificati di dati facilmente consultabili.

Infine il DML promuove l'attività libero-professionale, secondo la normativa specifica suggerita dall'Azienda e le indicazioni dei CCNL della Dirigenza.

I programmi dell'attività del SIT, relativi alla programmazione del "Piano sangue" nazionale e regionale, saranno salvaguardati dalla programmazione e gestione del DML.

### **Articolo 3 . Risorse**

Le risorse, in termini di personale, strutture edilizie ed attrezzature sono così assegnate:

Alle singole Strutture Operative: le risorse assegnate; il Personale medico e professionale laureato; le attrezzature esclusivamente utilizzate della Struttura Operativa; gli spazi da questi occupati.

Al Dipartimento: il Personale infermieristico, il Personale tecnico, il Personale di segreteria (ausiliari, operatori tecnici, etc); le attrezzature utilizzate da più di una Struttura o la cui attività debba essere razionalizzata; le risorse informatiche; gli spazi operativi relativi; le risorse economiche annualmente assegnate.

Per il funzionamento del Dipartimento: il Personale di supporto segretariale, con relative dotazioni strumentali; il Personale amministrativo, dedicato alle attività gestionali; il Personale informatico necessario alla manutenzione e sviluppo del sistema informatico; gli spazi per la direzione e il coordinamento del DML; i beni e i servizi necessari al funzionamento del DML.

L'assegnazione delle risorse è verificata ogni anno in sede di Piano Annuale.

### **Articolo 4 . Organi del Dipartimento**

Sono Organi del Dipartimento:

Strutture Operative

Comitato di Dipartimento

Direttore di Dipartimento

Gruppi Operativi

### **Articolo 5. Strutture Operative**

Le Strutture Operative mantengono la loro autonomia clinico-assistenziale e organizzativo-gestionale nell'ambito delle linee programmatiche del Dipartimento, definite nel Piano Annuale. In particolare le Strutture Operative gestiscono il proprio budget, negoziato nella fase di stesura del Piano Annuale.

Le Strutture Operative: definiscono i processi clinico-assistenziali e le scelte diagnostico-terapeutiche di competenza; definiscono e gestiscono i programmi di formazione specifici; promuovono e gestiscono la valutazione e la promozione della qualità, nell'area di competenza.

Ai responsabili di Struttura Operativa restano attribuite le funzioni di organizzazione, gestione, programmazione di tutte le attività di tipo tecnico-professionale all'interno della Struttura Operativa. L'area di competenza, gli obiettivi e i budget conseguenti sono definiti dal Piano Annuale.

### **Articolo 6. Comitato di Dipartimento**

Il Comitato di Dipartimento è costituito da:

I Dirigenti responsabili delle Strutture Complesse e Semplici costituenti il Dipartimento;

I vicari dei responsabili di Struttura di durata annuale, reiterabile;

I rappresentanti di specifiche aree di attività, di nomina del Capo Dipartimento, di durata annuale, reiterabile;

Il referente tecnico-sanitario del Dipartimento di nomina del Direttore Generale;

I coordinatori tecnici di Struttura Operativa di nomina del Capo Dipartimento;

Il referente infermieristico del Dipartimento di nomina del Direttore Generale.

Alle riunioni del comitato di Dipartimento potranno essere invitati rappresentanti del personale del Dipartimento e dell'Azienda o responsabili di altre Strutture Operative o sub-articolazioni, per consultazioni su argomenti specifici.

Il Comitato di Dipartimento assolve le seguenti funzioni:

Fornisce indicazioni per la gestione del bilancio assegnato al dipartimento.

Propone programmi di razionale utilizzo del personale del Dipartimento e la mobilità del personale, nell'ottica della integrazione dipartimentale.

Propone programmi di gestione delle attrezzature, spazi, personale e risorse economiche assegnate all'area dipartimentale.

Valuta la modalità organizzative del Dipartimento, ne propone l'eventuale revisione, anche attraverso la sperimentazione di nuove attività di nuovi modelli operativi.

Verifica ed eventuale rielabora la stesura delle procedure gestionali, anche attraverso la proposta di implementazione dei sistemi informativo ed informatico.

Elabora e verifica le procedure diagnostiche e le linee-guida per un corretto utilizzo delle prestazioni di laboratorio anche attraverso gruppi di lavoro interdisciplinari con Strutture Operative clinico-assistenziali.

Propone i piani di aggiornamento e formazione del personale, programma e coordina le attività di didattica, di educazione sanitaria e di ricerca scientifica.

Stabilisce i modelli per la verifica e la valutazione della qualità della prestazione e ne organizza l'effettuazione.

Propone la costituzione e la composizione dei Gruppi Ope-

rativi sia temporanei che permanenti, sia interni al Dipartimento che interdisciplinare.

Valuta e propone, tramite il Direttore del Dipartimento, l'eventuale inserimento di Struttura Operativa nel Dipartimento e l'istituzione di articolazioni organizzative e funzionali.

Regolamenta l'attività libero-professionale, secondo le direttive generali stabilite dall'Azienda.

Propone al Direttore del Dipartimento criteri di definizione del sistema premiante, nel rispetto delle norme contrattuali e legislative, nonché gli aventi diritto.

Esamina altresì ogni argomento venga sottoposto dal Direttore del Dipartimento o da singoli appartenenti al Dipartimento stesso, in relazioni a problemi di particolare importanza inerenti le finalità del DML.

Invia al Direttore Generale, tramite il Direttore di Dipartimento, alla fine di ogni anno, un resoconto tecnico-economico sulle attività svolte ed il programma degli obiettivi dell'anno successivo, con le proposte motivate di finanziamento e le priorità di realizzazione.

In caso di mancata unanimità nell'ambito della materia di competenza del Comitato, sentiti i responsabili delle Strutture Operative, il Direttore di Dipartimento assumerà, motivatamente, le decisioni che riterrà più opportune per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

#### **Articolo 7. Il Direttore di Dipartimento**

Il Direttore di Dipartimento ha diretta responsabilità della gestione del budget assegnato al Dipartimento e risponde della corretta realizzazione delle attività programmate e del raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica.

Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale tra i Dirigenti di II livello responsabili delle Strutture Operative; e funzione aggiuntiva alla responsabilità di direzione di Struttura Operativa; resta in carica 3 anni ed è rinnovabile.

Il Direttore di Dipartimento assolve alle seguenti funzioni:

Rappresenta il Dipartimento, ne coordina l'attività e promuove tutte le iniziative che ritiene utili al buon funzionamento dello stesso.

Convoca e presiede il Comitato di Dipartimento, almeno una volta ogni tre mesi.

Individua, sentiti i responsabili di Struttura Operativa, i responsabili di attività specifiche da nominare nel Comitato di Dipartimento.

Annualmente concorda con il Direttore Generale, con riferimento alla pianificazione aziendale, i programmi e i progetti del Dipartimento e le risorse relative (piano annuale). Sulla base di tali elementi, articola il bilancio assegnato, dopo aver concordato in sede di Comitato di Dipartimento, con il rispettivi responsabili, i programmi e i piani di attività delle singole Strutture Operative.

Gestisce direttamente le risorse assegnate per il funzionamento del Dipartimento e quelle attribuite al Dipartimento.

Controlla la corretta applicazione delle disposizioni per quanto attiene le procedure gestionali e diagnostiche, la gestione delle risorse, i programmi di formazione, didattica e ricerca, in relazione agli obiettivi stabiliti annualmente.

Promuove le verifiche periodiche dell'organizzazione e delle qualità delle prestazioni, in sintonia con il Comitato di Dipartimento.

Formalizza, anche su proposta del Comitato di Diparti-

mento, la costituzione di Gruppi Operativi, l'eventuale inserimento di Strutture Operative nel Dipartimento, l'istituzione di subarticolazione. Propone al Direttore Generale il conferimento delle responsabilità delle subarticolazioni organizzative e funzionali, sentito il Comitato di Dipartimento.

Propone al Direttore Generale, i criteri di definizione del sistema premiante, nel rispetto delle regole contrattualmente e legislativamente definite, nonché gli aventi diritto.

#### **Articolo 8. Gruppi Operativi**

I Gruppi Operativi si costituiscono su proposta del Comitato di Dipartimento o del Direttore di Dipartimento e formalizzazione del Direttore di Dipartimento.

Essi possono essere interni al Dipartimento oppure interdisciplinari, temporanei o permanenti.

Sono costituiti di norma da tre a sette membri, provenienti da diversi livelli professionali, scelti in relazione agli specifici compiti delegati. Tra di loro sarà nominato dal Direttore di Dipartimento un Capo Gruppo.

Fatte salve altre necessità che potranno di volta in volta presentarsi, sono fin d'ora prevedibili le seguenti aree di intervento:

Redazione di proposte per le procedure gestionali e diagnostiche;

Preparazione di linee guida e protocolli diagnostici e di monitoraggio;

Preparazione di programmi di aggiornamento professionale e dei piani didattici

Valutazione ed organizzazione delle attività di ricerca;

Valutazione delle risorse in termini qualità, quantità, conformità agli obiettivi stabiliti;

Proposte di implementazione tecnico-organizzative o di sperimentazione di nuovi modelli funzionali;

Verifica e revisione delle qualità delle prestazioni erogate.

#### **Articolo 9.**

Per tutto quanto non espressamente previsto, valgono le linee guida del Regolamento Aziendale del Dipartimento Verticale.

#### **Allegato 2. Accordo Incentivi Comparto 2004**

##### **Accordo incentivi produttività' 2004. Comparto.**

In conseguenza dell'Accordo Aziendale sugli Incentivi alla Produttività per l'anno 2004, il Direttore di Dipartimento e i rappresentanti dei lavoratori del Comparto in calce sottoscritti stipulano il seguente Accordo Dipartimentale sugli Incentivi alla produttività 2004 : utilizzo quota 70%, secondo intesa aziendale 2004; utilizzo quota dipartimentale e premi individuali, come segue.

L'Accordo Aziendale prevede i seguenti obiettivi del Direttore Generale:

**Anatomia Patologica € 22.000.** Suddivisione secondo intese Direttore di DML, Direttore di SOC e Personale coinvolto

**Centro Prelievi € 27.000.** Suddivisione secondo intese Direttore di DML, Responsabile Infermieristica del Comparto e Personale coinvolto

**Maniaco-Spilimbergo € 20.000.** Suddivisione secondo intese Direttore di DML, Responsabile Tecnico del comparto e Personale coinvolto. Si intende di inserire nel Pro-

getto, data l'equivalenza delle azioni premiate, i reperibili di **Sacile**

Il fondo globale dipartimentale per il 2004 è presuntivamente quello del 2003 € 42.000 + 14.000, che si conviene di distribuire al personale del DML, non ricompreso nei Progetti del Direttore Generale precedentemente citati, secondo i seguenti progetti:

### 1) Completamento revisione Urgenze DML

**Personale coinvolto:** TLM e CTLM impegnati, per periodi di tempo tra i 4 (minimo obbligatorio) e 12 mesi, in attività di urgenza 24 h in SIT.

**Finalità:** miglioramento tempistica di referti diagnostici determinanti per qualità assistenza e lunghezza di degenza

**Attività richieste:** quelle stabilite dal CD per il raggiungimento degli obiettivi specifici.

**Obiettivi specifici:** mantenimento nuova organizzazione Urgenze SIT; realizzare i contenuti della delibera GR 1852 /97.

**Verifica:** attestazione del CD, che terrà conto del raggiungimento degli obiettivi e della partecipazione individuale alle attività richieste.

### 1) bis Completamento revisione Urgenze DML e merging con Settore Biochimica Automatizzata e Preanalitica

**Personale coinvolto:** TLM e CTLM impegnati, per periodi di tempo tra i 4 e 12 mesi, in attività di urgenza 24 h in Patologia Clinica.

**Finalità:** miglioramento tempistica di referti diagnostici determinanti per qualità assistenza e lunghezza di degenza

**Attività richieste:** quelle stabilite dal CD per il raggiungimento degli obiettivi specifici.

**Obiettivi specifici:** a) revisione tempistica delle Urgenze uniche PC / M-I per riduzione del TAT; b) merging con Biochimica Automatizzata e Stazione Preanalitica; c) realizzare i contenuti della delibera GR 1852 /97

**Verifica:** attestazione del CD, che terrà conto del raggiungimento degli obiettivi e della partecipazione individuale alle attività richieste.

### 2) Area Vasta su 6 giorni

**Personale coinvolto:** TLM e CTLM di Patologia Clinica, Immunologia clinica e Virologia coinvolti nella concentrazione dei campioni provenienti dal territorio

**Finalità generale:** ottimale utilizzazione degli impianti (ampliamento fasce orarie di attività in senso e verticale ) e concentrazione dei campioni provenienti dal territorio

**Attività richieste:** quelle stabilite dal CD per il raggiungimento degli obiettivi specifici

**Obiettivi specifici:** copertura oraria tendenziale 7-17 e mantenimento organizzazione e volumi di attività

**Verifica:** attestazione del CD che terrà conto del raggiungimento degli obiettivi e della partecipazione individuale alle attività richieste.

### 2) bis Area Vasta su 5 giorni

**Personale coinvolto:** TLM e CTLM di SIT coinvolti nella concentrazione dei campioni provenienti dal territorio

**Finalità generale:** ottimale utilizzazione degli impianti (ampliamento fasce orarie di attività in senso e verticale ) e concentrazione dei campioni provenienti dal territorio

**Attività richieste:** quelle stabilite dal CD per il raggiungimento degli obiettivi specifici

**Obiettivi specifici:** copertura oraria tendenziale 8-16 e mantenimento organizzazione e volumi di attività

**Verifica:** attestazione del CD che terrà conto del raggiungimento degli obiettivi e della partecipazione individuale alle attività richieste

### 2) ter Area Vasta e attività sulle 12 h

**Personale coinvolto:** TLM e CTLM di Ematologia di Patologia Clinica

**Finalità generale:** ottimale utilizzazione degli impianti (ampliamento fasce orarie di attività in senso verticale )

**Attività richieste:** quelle stabilite dal CD per il raggiungimento degli obiettivi specifici

**Obiettivi specifici:** copertura oraria 7-19 e riorganizzazione attività per esami di midollo osseo ed immunofenotipizzazione

**Verifica:** attestazione del CD che terrà conto del raggiungimento degli obiettivi e della partecipazione individuale alle attività richieste.

### 2) quater Area Vasta: Attivazione Stazione Preanalitica Dipartimentale e merging con Biochimica Automatizzata, su fascia oraria effettiva 7-17

**Personale coinvolto:** TLM e CTLM di Automazione Biochimica di Patologia Clinica e della Stazione Preanalitica

**Finalità generale:** attivazione della Stazione Preanalitica ed ottimale utilizzazione degli impianti (ampliamento fasce orarie di attività in senso e verticale

**Attività richieste:** quelle stabilite dal CD per il raggiungimento degli obiettivi specifici

**Obiettivi specifici:** attivazione Stazione Preanalitica Dipartimentale; merging Preanalitica, Automazione, Urgenze; copertura oraria 7-17

**Verifica:** attestazione del CD che terrà conto del raggiungimento degli obiettivi e della partecipazione individuale alle attività richieste.

### 3) Ampliamento orizzontale fasce orarie di attività Batteriologia 7x7 e LUP

**Personale coinvolto:** TLM Microbiologia clinica e terapia antibiotica

**Finalità generale:** mantenimento continuità diagnostica sui 7 giorni; concentrazione campioni provenienti dal territorio

**Attività richieste:** quelle stabilite dal CD per il raggiungimento degli obiettivi specifici

**Obiettivi specifici:** batteriologia 7x7 con continuazione attività diagnostica sui 7 giorni, concentrazione dei campioni provenienti dal territorio

**Verifica:** attestazione del CD che terrà conto del raggiungimento degli obiettivi e della partecipazione individuale alle attività richieste.

### 4) Mantenimento organizzazione citogenetica

**Personale coinvolto:** CTLM, TLM della Citogenetica

**Finalità generale:** mantenimento organizzazione dipartimentale e volumi di attività

**Attività richieste:** quelle stabilite dal CD per il raggiungimento degli obiettivi specifici

**Obiettivi specifici:** mantenere organizzazione e volumi anche in carenza di personale

**Verifica:** attestazione del CD che terrà conto del raggiungimento degli obiettivi e della partecipazione individuale alle attività richieste.

### 5) Sale Anatomiche

**Personale coinvolto:** ausiliari dedicati alle Sale Anatomiche

**Finalità generale:** mantenimento attività ed orari di Sale Anatomiche, in carenza di personale

**Attività richieste:** quelle stabilite dal CD per il raggiungimento degli obiettivi specifici

**Obiettivi specifici:** attività di Sala e mantenimento orari come da Intesa 2003

**Verifica:** attestazione del CD che terrà conto del raggiungimento degli obiettivi e della partecipazione individuale alle attività richieste.

La somma totale prevista; il numero dei partecipanti ai progetti; i coefficienti di partecipazione sono riportati nell'Allegato 1.

A fine esercizio avverrà una verifica della partecipazione del personale e del raggiungimento degli obiettivi tra il CD e i rappresentanti dei lavoratori. Essa sarà comunicata al Direttore Generale.

Per tutto quanto non esplicitamente previsto dal presente Accordo, vale l'Intesa Aziendale.

### Allegato 3. Studio di fattibilità per la riorganizzazione delle attività di laboratorio dell'area vasta pordenonese

#### Premesse

Il Piano di Intervento a Medio Termine per il triennio 2000 – 2002 ( II PIMT ) prevede, per quanto attiene alla Medicina di Laboratorio, le seguenti attività all'interno delle strutture ospedaliere che afferiscono all'Area Vasta Pordenonese: 1) AOSMA PN Attività obbligatorie: Urgenza e Routine; Centro di riferimento per l'area del territorio dell'ASS 6; Funzione da integrare con il CRO. Attività facoltative: Microbiologia; Urgenza e Routine in Sacile; 2) ASS 6 Attività obbligatorie: Urgenza in S.Vito e Spilimbergo; Attività facoltative: Routine in S.Vito e Spilimbergo; Urgenza e Routine a Maniago. 3) CRO Funzioni che l'Istituto autonomamente possiede e che devono essere integrate con le corrispondenti funzioni dell'Azienda ospedaliera di Pordenone: Laboratorio analisi. Il mandato del II PIMT all'AO PN è “di stipulare accordi interaziendali con l'ASS 6 per realizzare una organizzazione dipartimentale interaziendale nelle specialità di ... Laboratorio ... , per realizzare un'integrazione secondo il modello dell'area vasta. In questa luce ulteriori accordi dovranno, relativamente all'area dei servizi , essere definiti con l'IRCCS CRO di Aviano...per realizzare l'integrazione funzionale nelle specialità di ...Laboratorio...”. Nelle *Linee di Programmazione Interaziendale tra ASS 6 e AO PN per l'anno 2000* è previsto: “ LABORATORIO DI ANALISI A LIVELLO PROVINCIALE . A fronte della richiesta dell'ARS di verifica, mediante studio di fattibilità, delle risorse umane e tecnologiche indispensabili per la realizzazione del progetto e dei relativi costi, entrambe le Aziende concordano di avviare lo studio in parola per accertare se i servizi di laboratorio possano darsi un'organizzazione a livello provinciale...”. Le *Linee per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2001*, nella Scheda per la revisione delle funzioni ospedaliere previste dal PIMT 2000 – 2002 per l'area vasta pordenonese, prevedono: “Tra ASS6 e SMAPN è in corso

uno studio di fattibilità per l'attuazione del Laboratorio analisi provinciale: nel 2001 devono essere prodotte revisioni sull'assetto delle attività e l'organizzazione dei fattori produttivi, con l'istituzione di un dipartimento interaziendale. Tale revisione potrà, utilmente, considerare anche il CRO”.

#### Il mandato dello Studio

Il mandato dello Studio di Fattibilità è, pertanto, quello di valutare le risorse umane e tecnologiche ed i costi del Laboratorio analisi provinciale che comprenda AO PN e ASS 6 e che garantisca quanto previsto come obbligatorio dal II PIMT (Urgenza in S.Vito e Spilimbergo; Urgenza, Routine, Centro di Riferimento in PN) ed esami le condizioni per l'eventuale mantenimento delle attività facoltative (Routine in S. Vito e Spilimbergo; Urgenze e Routine in Sacile e Maniago; Microbiologia in PN ). La revisione delle attività e dell'organizzazione dei fattori produttivi è attuata tramite un Dipartimento Interaziendale di Medicina di Laboratorio (DIaML). In questa operazione razionalizzatrice potrà, in uno step successivo, entrare l'integrazione delle funzioni facoltative del CRO (Laboratorio analisi).

#### Obiettivi

Il moderno laboratorio sta subendo in tutto il mondo modificazioni profonde che tendono da un lato alla concentrazione delle attività in strutture fortemente automatizzate e robotizzate e dall'altro all'estendersi di procedure analitiche al letto del paziente (point-of-care testing: POCT). Con altrettanta forza si estende il concetto della Medicina di laboratorio non come *commodity* ma come elemento essenziale per l'appropriatezza e l'*outcome*. 1) **Qualità.** La qualità che deve essere garantita nella Medicina di Laboratorio è innanzitutto la qualità intrinseca del referto di laboratorio, che significa accuratezza e precisione delle misure, confrontabilità del dato anche nel tempo, adeguato commento informativo e/o interpretativo, consulenza al medico richiedente. Rispetto alla qualità percepita, all'utente del laboratorio deve essere fornito un accesso quanto più rapido e semplice possibile, in spazi idonei, e una risposta veloce quanto i tempi tecnici lo consentono, reperibile in forme diversificate, comprensibile. 2) **Efficienza.** Il ripensamento dei flussi lavorativi nel laboratorio clinico, attraverso il mix di consolidamento (accentramento su un solo strumento di più settori di indagine) e di integrazione (automazione di tutte le fasi operative e soprattutto quelle pre e post analitiche), deve essere finalizzato da un lato al miglioramento qualitativo e quantitativo del prodotto (diminuzione del turnaroundtime; omogeneità e significatività del dato), ma dall'altro al migliore utilizzo delle strumentazioni (apertura almeno sulle 12 ore diurne; superamento della dicotomia urgenze / routine) e del personale (copertura più efficace delle 24 ore; impiego nei settori emergenti; riconoscimento della specificità della qualifica individuale; aggiornamento continuo finalizzato ai cambiamenti. 3) **Risparmio.** La reingegnerizzazione dei processi produttivi di laboratorio, con la concentrazione e l'automazione delle attività che, almeno in via teorica, conducono alla minimizzazione dell'interven-

to umano manuale, consente sicuramente un risparmio economico e di personale. La diminuzione dei costi deve essere posta a confronto con gli investimenti per la riorganizzazione, e il risparmio di personale deve essere guardato da un lato ai reali tempi di uscita dei lavoratori interessati e dall'altro alle possibilità di nuovi servizi all'utenza e di nuova diagnostica in tal modo ottenibili.

**Stato attuale dei laboratori dell'ASS 6 ...omissis...**  
**Stato attuale dei laboratori dell'AO PN...omissis...**

### Proposta riorganizzativa

È possibile descrivere la seguente ipotesi, facilmente realizzabile nei tempi del II PIMT: mantenimento in S.Vito e Spilimbergo dell'attività di Urgenza e di quella in Routine, limitatamente alle attività di core lab (chimica clinica, ematologia e coagulazione, urine, elettroforesi delle proteine) per degenti, e di un laboratorio satellite in Maniago; concentrazione in PN della attività specialistiche per degenti (microbiologia, sierologia, virologia, biologia molecolare, ormoni e marcatori tumorali, proteine specifiche compreso IFE, tossicologia e farmacologia e dei prelievi per esterni della ASS 6.

L'attività nelle sedi dell'ASS 6 comprende i test relativi alla chimica clinica ...; alla ematologia: ...; alla elettroforesi delle proteine; alla microscopia clinica. Per quanto attiene l'Urgenza sono garantiti i test in urgenza previsti dal Gruppo Appropriata dell'AO PN e fondati sulla letteratura relativa.... Alcuni test sono richiedibili con restrizioni di sospetto diagnostico: alcolemia, azotemia, cloro, magnesio. Per altri test di richiesta episodica (p. es digossina) si potrà, dopo valutazione della numerosità della richiesta e dell'appropriata della stessa, attivare sistemi di diagnostica rapida valicati a livello dipartimentale.

L'organizzazione deve mantenere o migliorare i servizi ai cittadini sia per i tempi di risposta che per l'efficacia del servizio. Rispetto alla qualità intrinseca, ferma restando la qualità dell'attuale performance della diagnostica dell'ASS 6, l'affidamento degli esami specialistici alla sede dotata di personale specialista e con performance di eccellenza, come testimoniato sia dai risultati delle VEQ che dall'attività scientifica, non può che migliorare il prodotto sia sotto il profilo della significatività clinica che della omogeneità del dato, nonché dalla disponibilità della consulenza clinica. Per quanto riguarda la qualità percepita, il servizio al cittadino sarebbe omogeneo sui 6 giorni per gli ambulatoriali e sulle 24 ore per il degente e l'Area di Emergenza, garantito da una guardia tecnica per le urgenze in ciascun ospedale e da una reperibilità dei laureati unificata per le due sedi, fino alla attivazione della guardia provinciale in via telematica, nella quale ruoterebbero tutti i laureati di tutti i laboratori del DIaML. In Maniago funzionerebbe un POCT con manutenzione locale ed eventuale intervento straordinario da Spilimbergo o da Pordenone. La gestione medica sarà per via informatica da Spilimbergo (o da Pordenone) oppure con 2 ore di presenza mattutine per anticoagulati, gravide, urgenze territoriali. Gli strumenti periferici, unici, lavorerebbero sia per l'urgenza che per la routine del core lab per degenti, con back-up nel laboratorio dell'altro ospedale della ASS 6. La refertazione informatica consente una stampa periferica (e in prospettiva direttamente nei reparti interni) in tempo reale. Deve essere incentivata la spedizione dei referti per esterni via posta o web.

Il personale dei laboratori periferici entrerà nei programmi di aggiornamento continuo finalizzato ai cambiamenti, già attivi nel Dipartimento di Medicina di Laboratorio di PN, e potrà entrare negli stage di educazione medica continua finalizzati alla qualità ed omogeneità delle prestazioni professionali dei laureati del DIaML. Sarà compito del Dipartimento contribuire alla proposta e alla realizzazione di tali programmi.

Per quanto riguarda PN, l'assorbimento della attività di cui trattasi può avvenire senza modificazioni strumentali se non quelle già previste dalla gara di consolidamento. Le necessità, rispetto al personale, sono quelle della riorganizzazione del lavoro sulle 12 ore diurne, già impostata con l'Intesa Dipartimentale 2000, e l'inserimento di 2 laureati provenienti dall'ASS 6, in relazione alle attività da concentrare.

### Condizioni

Le condizioni indispensabili per la realizzazione di qualsiasi progetto di ristrutturazione di area dell'attività di laboratorio sono le seguenti: 1) **Sistema informatico di laboratorio** omogeneo e trasparente per una attività in - out assolutamente indifferente su tutto il territorio provinciale. In qualunque punto della rete provinciale di laboratorio dovrà essere possibile accettare un campione, fare una richiesta, vedere tutto il processo lavorativo, validare un referto, stampare una risposta. La refertazione, pertanto, dovrà essere in tempo reale con validazione indifferenziata sul territorio e stampa locale (in giornata per gli esami tecnicamente eseguibili: \* 90% ). Il sistema deve prevedere la possibilità di invio richieste e referti in web. Anche se non è necessario per la partenza del progetto, si deve programmare l'invio a distanza di immagini da strumenti e da microscopio. Alla luce dello stato attuale dell'informatica di laboratorio gestita da INSIEL e dell'impegno per il suo radicale rinnovo, la prospettiva sopra descritta sarà realizzata per la fine del 2002. Per una partenza più veloce si possono prevedere alternative temporanee ma del tutto affidabili:...omissis... 2) **Sistema di trasporto** garantito 6 giorni su 6 per l'arrivo dei campioni in PN. Gli aspetti di sicurezza e di qualità del campione durante il trasporto, ben definiti da tempo in letteratura, sono già stati affrontati e risolti per il trasporto Sacile-PN; potranno essere verificati per una eventuale ottimizzazione. Il conferimento dei prelievi territoriali e della specialistica interna agli ospedali della ASS 6 viene concentrato a PN, struttura di riferimento dell'area vasta secondo diverse possibilità organizzative:...omissis...

### Costi

La valutazione dei costi e dei risparmi non è possibile nel dettaglio per la mancanza di dati storicamente definiti dell'ASS 6, relativamente alle prestazioni e ai consumi/anno delle diverse tipologie di esami: ciò rende problematica la esatta determinazione del costo/esame per ASS 6. D'altra parte una corretta *valutazione dei risparmi sui consumi* deve forzatamente essere fatta sul costo/esame perché solo questo dato rappresenta la vera spesa sostenuta comprendente, oltre il costo/test, il cd scarto di produzione (calibrazioni, controlli interni ed esterni, ripetizioni, perdita test per guasti, ecc). Tuttavia anche in carenza di dati esatti nel dettaglio è chiaro che, eccetto per i test batteriologici, il *confronto per*

*i test specialistici* deve essere fatto tra il costo/esame della ASS 6 e il costo/test dell'AO PN, poiché la bassa numerosità dei test provenienti dall'ASS 6 li rende costi cd marginali per i laboratori della AO, mentre per ASS 6 si tratterà di chiudere intere linee produttive (per un valore annuo presuntivo intorno a 1.250 mln). A ciò andranno aggiunti i risparmi sul *core lab* per esterni. In ogni caso il valore economico della operazione sarà valutabile in via definitiva alla luce delle gare di rinnovo strumentale di PN e dei laboratori dell'ASS 6. Il contenuto delle gare (tipologia strumentale e di esami) sarà determinato conseguentemente alla decisione delle Direzioni Strategiche relativamente all'assetto dell'organizzazione dei laboratori nell'area vasta. Il *costo del rinnovo informatico* dovrà comunque essere sopportato per porre i laboratori in rete ed attrezzarli per il futuro... Il *costo del trasporto* è in parte riassorbito dalle ristrutturazioni dei trasporti per esami attualmente presente in ASS 6. L'unico costo sicuramente prevedibile è quello dell'acquisto dei mezzi (automobile, contenitori), ... Infine il *risparmio sul personale* (5 TLM, 2 L, 4 Aus), pur proiettandosi nel futuro, va valutato sul numero di personale sufficiente a garantire in loco le attività previste e tralasciato non solo alle dimissioni ma anche e soprattutto al riutilizzo di personale all'interno e all'esterno del Dipartimento. Si tratta, infine, di stabilire il modo di redistribuzione degli introiti della attività ambulatoriale di laboratorio dell'ASS (3.770 mln nel 1999) verso AO PN: o trasferendo tout-court le prestazioni all'AOPN (considerato che non tutte rientrano nel tetto regionale) oppure concordando un prezzo d'acquisto tra le due Aziende.

### Varianti

Possono essere esaminate varianti alla proposta organizzativa sotto 2 profili: da un lato si può valutare di lasciare in loco l'attività di *core lab* per esterni (per S.Vito gli ambulatoriali afferenti a S.Vito e per Spilimbergo quelli afferenti a Spilimbergo); dall'altro si può valutare di aumentare la dotazione organica tecnica mattutina con la copertura in reperibilità della notte. Si tenga peraltro conto per il primo aspetto che esso andrebbe valutato a posteriori dopo la revisione dell'organizzazione per controllare che non superi il punto di *break-even* e costringa a mutare l'organizzazione con costi aggiuntivi e per il secondo che si perde uno dei principali aspetti di miglioramento della qualità: la tempestività della risposta al paziente urgente e cioè critico per definizione.

### Tempistica

Dal momento della decisione formale delle 2 Aziende relativamente alla strutturazione da dare all'attività di laboratorio nell'area vasta, sono prevedibili 6-8 mesi per la messa a punto della prima fase dei collegamenti informatici, per la revisione dei percorsi di trasporto, per l'espletamento delle gare di consolidamento in PN e per il rinnovo della strumentazione per il *core lab* periferico (distinte per S.Vito+Spilimbergo e Maniago+Sacile), per la formazione del personale laureato da ASS 6 a AO PN. Contemporaneamente concentrazione dei prelievi per esterni di ASS 6 (Sud e Nord-Maniago) in Pordenone. All'attivazione informatica e dei trasporti, concentrazione attività specialistiche ASS 6 in Pordenone ed esterni S.Vito e Spilimbergo. La riorganizza-

zione può essere completata in 8 mesi di attività del DIaML, più i tempi burocratici e delle Direzioni Aziendali (previsione di attivazione I trimestre 2002).

### Conclusioni

L'ipotesi è costruita sulla salvaguardia delle attività obbligatorie previste dal II PIMT nei laboratori dei presidi ospedalieri dell'ASS 6 e cioè l'Urgenza. Si definisce una organizzazione (la guardia attiva tecnica di 24 h) che garantisce il massimo di tempestività e qualità al momento più critico dell'assistenza: il paziente urgente in area di emergenza o degente. La strumentazione periferica viene definita per rispondere al seguente principio operativo: tutti i campioni sono uguali e trattati come urgenti. Data una tale organizzazione di personale e strumentale la si riempie fino al punto di *break-even*: pertanto gli esami dei degenti delle tipologie lasciate in periferia (*esami di base*) vengono trattati localmente. Per quanto riguarda gli esami esterni di *base* è una analisi di *break-even* a posteriori a far propendere per la concentrazione o meno. Le linee produttive degli esami specialistici periferici vengono dismesse dalla periferia e concentrate in PN dove rappresentano, eccetto i test batteriologici, dei costi marginali. Questo determina un consistente risparmio netto di consumi ed inoltre questa organizzazione consente un importante risparmio di personale.

Per quanto riguarda Pordenone la riorganizzazione del DML, già in fase di completamento, prevede una risposta all'Urgenza con guardia di 24 h sia di personale tecnico che laureato con la possibilità futura di validazione e intervento telematico in tutta l'area provinciale. La riorganizzazione della presenza attiva sulle 12 ore del personale tecnico e laureato e la gara del "consolidamento" garantiranno una continuità di tempestività a basso costo e una possibilità di consulenza con estensione oraria oggi non raggiungibile e su tutto il territorio provinciale, con l'ingresso di poche unità di personale nella sede centrale ma con il coinvolgimento nella formazione continua di tutto il personale del DIaML. Contestualmente aumenta il servizio all'utenza esterna di tutta la Provincia, ad immagine di quello che oggi avviene in Pordenone, con l'estensione su 6 giorni dell'accessibilità alle prestazioni e la graduale apertura di tutti i più moderni sistemi di restituzione della risposta (stampa periferica, invio postale, invio web), mantenendo o migliorando i tempi di risposta e la qualità del servizio al cittadino attuali. L'ipotesi, pertanto, migliora la strutturazione della Medicina di Laboratorio dell'Area Vasta Pordenonese sotto il profilo della qualità e del servizio all'utenza, con un'ottimizzazione dell'efficienza tecnologica ed umana ed una efficacia clinica appropriata. I risparmi economici sui consumi sono importanti ma è soprattutto la diminuzione del personale, anche se prevedibile nel medio periodo, l'aspetto più interessante. Ciò è ottenibile con uno sforzo riorganizzativo inferiore a 9 mesi e investimenti per circa 100 milioni. Alla progressiva uscita di addetti dai laboratori dell'area vasta, che potrà essere favorita da opportuna formazione alla flessibilità, già attuata con successo nella AO PN, si potrà far fronte anche con ulteriori revisioni dell'organizzazione qui rappresentata. Infatti, il punto finale sarà determinato dall'evolvere della cultura organizzativa sanitaria regionale, con le conseguenti ristrutturazioni della rete ospedaliera regionale e provinciale a cui questo studio di fattibilità guarda, e dalle possibilità offerte dalla tecnologia.