

BOLLETTINO

dell'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di Como

Volume 85
Numero 3
Luglio-Settembre 2008

Direttore: Piergiuseppe Conti
Direttore Responsabile: Piergiuseppe Conti

Redazione: G. L. Spata, L. Frigerio,
M. Russello - I. M. Fini

Comitato di Redazione:

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine:

P. G. Conti, Presidente;

M. Guidotti, Vice Presidente;

G. L. Spata, Segretario;

G. F. Prada, Tesoriere;

Consiglieri: P. Bianchi, P. Ferraris,

I. M. Fini, L. Frigerio, M. Galli,

L. Levrini, G. V. Melfa, M. Mariani,

G. Moltrasio, M. Nespoli, M. Nicastro,

G. E. Rivolta, M. Russello

Revisori dei Conti effettivi: M. Brenna,

P. Fumagalli, M. Malinverno

Supplente: M. A. Pozzi

Commissione Albo Odontoiatri:

G. F. Prada, F. De Simone,

M. Mariani, C. Scifo

DIREZIONE

REDAZIONE AMMINISTRAZIONE:

COMO - Via M. Masia, 30

Tel. 031572613 - Fax 031572466

Proprietà Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri di Como

Autorizz.:

Tribunale di Como n. 11, aprile 1986

Realizzazione: JMD s.r.l. - Como

Poste Italiane s.p.a.

- Spedizione in Abbonamento Postale -

D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46)

art. 1, comma 1, DCB Como

RUBRICHE

Comunicati della Segreteria2

Contributi 12

Arte20

Attività delle Associazioni24

ELEZIONI DEGLI ORGANI ISTITUZIONALI DELL'ORDINE TRIENNIO 2009/2011

È DOVEROSO SOTTOLINEARE CHE IN CASO LE ASSEMBLEE NON RISULTASSERO VALIDE PER LA MANCANZA DEL RAGGIUNGIMENTO DEL QUORUM, OCCORRERÀ PROCEDERE AD UNA SECONDA CONVOCAZIONE CON NON INDIFFERENTI RIPERCUSSIONI NEGATIVE SOTTO TUTTI I PROFILI, DA QUELLO ECONOMICO A QUELLO DI IMMAGINE DELLA CATEGORIA.

QUANDO SI VOTA:

Sabato	8 Novembre 2008 dalle ore 9 alle ore 19
Domenica	9 Novembre 2008 dalle ore 9 alle ore 19
Lunedì	10 Novembre 2008 dalle ore 8 alle ore 14

COME SI VOTA:

PRESENTARSI PRESSO LA SEDE DELL'ORDINE MUNITI DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
NON SONO AMMESSE DELEGHE AL VOTO

ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

VOTANO PER L'ELEZIONE DEI 15 COMPONENTI MEDICI IL CONSIGLIO DIRETTIVO E DEI 4 COMPONENTI IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

VERRANNO CONSEGNATE DUE SCHEDE:

- UNA SCHEDA DI COLORE BIANCO DA COMPILARSI INDICANDO IL NOME E COGNOME DI 15 ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI
- UNA SCHEDA DI COLORE AZZURRO DA COMPILARSI INDICANDO IL NOME E COGNOME DI 4 ISCRITTI ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI E/O ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

AFFINCHÉ LE SCHEDE SIANO VALIDE È NECESSARIO:

VOTARE 15 NOMINATIVI (NOME E COGNOME) PER LA SCHEDA BIANCA E 4 PER LA SCHEDA AZZURRA

CONTROLLARE LE OMONIMIE CONSULTANDO L'ALBO PRESENTE NEL SEGGIO AGGIUNGENDO IL NUMERO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO O/E LA DATA O/E IL LUOGO DI NASCITA

ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

VOTANO PER L'ELEZIONE DEI 5 COMPONENTI LA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI E DEI 4 COMPONENTI IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

VERRANNO CONSEGNATE DUE SCHEDE:

- UNA SCHEDA DI COLORE GIALLO DA COMPILARSI INDICANDO IL NOME E COGNOME DI 5 ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI
- UNA SCHEDA DI COLORE AZZURRO DA COMPILARSI INDICANDO IL NOME E COGNOME DI 4 ISCRITTI ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI E/O ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

AFFINCHÉ LE SCHEDE SIANO VALIDE È NECESSARIO:

VOTARE 5 NOMINATIVI (NOME E COGNOME) PER LA SCHEDA GIALLA E 4 PER LA SCHEDA AZZURRA

CONTROLLARE LE OMONIMIE CONSULTANDO L'ALBO PRESENTE NEL SEGGIO AGGIUNGENDO IL NUMERO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO O/E LA DATA O/E IL LUOGO DI NASCITA

ISCRITTI SIA ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI CHE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

VOTANO PER L'ELEZIONE DEI 15 COMPONENTI MEDICI IL CONSIGLIO DIRETTIVO, DEI 5 COMPONENTI LA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI E DEI 4 COMPONENTI IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

VERRANNO CONSEGNATE QUATTRO SCHEDE:

- UNA SCHEDA DI COLORE BIANCO DA COMPILARSI INDICANDO IL NOME E COGNOME DI 15 ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI
- UNA SCHEDA DI COLORE GIALLO DA COMPILARSI INDICANDO IL NOME E COGNOME DI 5 ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI
- DUE SCHEDE DI COLORE AZZURRO DA COMPILARSI INDICANDO IL NOME E COGNOME DI 4 ISCRITTI ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI E/O ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

AFFINCHÉ LE SCHEDE SIANO VALIDE È NECESSARIO:

VOTARE 15 NOMINATIVI (NOME E COGNOME) PER LA SCHEDA BIANCA, 5 PER LA GIALLA E 4 PER CIASCUNA SCHEDA AZZURRA

CONTROLLARE LE OMONIMIE CONSULTANDO L'ALBO PRESENTE NEL SEGGIO AGGIUNGENDO IL NUMERO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO O/E LA DATA O/E IL LUOGO DI NASCITA

AVVISO DI CONVOCAZIONE ASSEMBLEE ELETTORALI

- 1) CONSIGLIO DIRETTIVO: COMPONENTI ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI
- 2) COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

TRIENNIO 2009-2011

CONSIGLIO DIRETTIVO: Componenti iscritti all'albo dei medici chirurghi

L'Assemblea elettorale degli iscritti all'Albo dei medici chirurghi è convocata, in prima convocazione, ai sensi dell'art. 2 D.L.C.P.S. del 13 settembre 1946, n. 233, modificato dall'art. 2 comma 4 sexies, del D.L. del 14 marzo 2005, n. 35, convertito con modificazioni nella L. del 14 maggio 2005, n. 80 e dell'art. 14 del DPR 5 aprile 1950, n. 221, nei giorni:

Sabato 8 Novembre 2008 dalle ore 9 alle ore 19

Domenica 9 Novembre 2008 dalle ore 9 alle ore 19

Lunedì 10 Novembre 2008 dalle ore 8 alle ore 14

nella sede dell'Ordine, per l'elezione dei quindici componenti del Consiglio Direttivo iscritti all'Albo dei medici chirurghi.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei medici chirurghi ivi compresi i componenti uscenti del Consiglio Direttivo.

Componenti uscenti:

- 1) Presidente CONTI Dott. Piergiuseppe
- 2) Vice Presidente GUIDOTTI Dott. Mario
- 3) Segretario SPATA Dott. Gianluigi
- 4) BIANCHI Dott. Pierluigi
- 5) FERRARIS Dott. Paolo
- 6) FINI Dott. Ilo Marco
- 7) FRIGERIO Dott. Luca
- 8) GALLI Dott. Massimo
- 9) LEVRINI Prof. Luca
- 10) MELFA Dott. Gianvincenzo
- 11) MOLTRASIO Dott. Gabriele
- 12) NESPOLI Prof. Mario
- 13) NICASTRO Dott. Michele
- 14) RIVOLTA Dott. Giuseppe Enrico
- 15) RUSSELLO Dr.ssa Marina

Non sussiste alcuna causa di ineleggibilità e di incompatibilità per l'elezione alle cariche ordinistiche.

L'iscritto, per votare, deve presentarsi di persona all'Ufficio elettorale nei giorni e nelle ore sopra indicati, munito di un documento di riconoscimento.

L'iscritto deve esprimere le proprie preferenze scrivendo sulla scheda nome e cognome di quindici iscritti all'Albo dei medici chirurghi.

In caso di omonimia l'indicazione delle preferenze può essere fatta scrivendo invece del nome e cognome, il numero d'ordine di iscrizione all'Albo, ovvero aggiungere al nome e cognome, la data di nascita o/e il luogo di nascita, o/e il domicilio, risultanti dall'Albo.

L'Assemblea è valida se votano 1/3 degli iscritti, pari a **868**, essendo il numero degli iscritti **2.604**.

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Ai sensi dell'art. 27, del DPR 5 aprile 1950, n. 221, è convocata, in prima convocazione, l'Assemblea degli iscritti all'Albo dei medici chirurghi e l'Assemblea degli iscritti all'Albo degli odontoiatri nei su citati giorni e con lo stesso orario, nella sede dell'Ordine, per la votazione dei tre componenti effettivi e del componente supplente del Collegio dei Revisori dei conti.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei medici chirurghi e all'Albo degli odontoiatri ivi compresi i Revisori uscenti.

Per la votazione si applicano le stesse procedure e modalità vevolevoli per l'elezione dei componenti medici del Consiglio direttivo.

Componenti effettivi uscenti: 1) Presidente MALINVERNO Dott. Marco
2) BRENNNA Dott. Mario Fausto
3) FUMAGALLI Dr.ssa Patrizia
Componente supplente: 1) POZZI Dr.ssa Maria Adele

L'Assemblea è valida se votano 1/3 degli iscritti ai due Albi, pari a **1.048**, essendo il numero complessivo degli Iscritti pari a **3.144**.

IL PRESIDENTE
Dott. Piergiuseppe Conti

AVVISO DI CONVOCAZIONE ASSEMBLEE ELETTORALI

- 1) COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI
- 2) COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

TRIENNIO 2009-2011

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

L'Assemblea elettorale degli iscritti all'Albo degli odontoiatri è convocata, in prima convocazione, ai sensi del combinato disposto dell'art. 2 D.L.C.P.S. del 13 settembre 1946, n. 233, modificato dall'art. 2 comma 4 sexies, del D.L. del 14 marzo 2005, n. 35, convertito con modificazioni nella L. del 14 maggio 2005, n. 80, dell'art. 14 del DPR 5 aprile 1950, n. 221, dell'art. 6 della legge 24 luglio 1985, n. 409, e dell'art. 1, 13° comma, del D.L. 324/93, nei giorni:

Sabato 8 Novembre 2008 dalle ore 9 alle ore 19

Domenica 9 Novembre 2008 dalle ore 9 alle ore 19

Lunedì 10 Novembre 2008 dalle ore 8 alle ore 14

nella sede dell'Ordine, per l'elezione dei cinque componenti iscritti all'Albo degli odontoiatri.

I due eletti che conseguono il maggior numero delle preferenze fanno parte del Consiglio Direttivo, ai sensi del 2° e dell'ultimo comma dell'art. 6, della citata legge 24 luglio 1985, n. 409.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo degli odontoiatri ivi compresi i componenti uscenti della Commissione per gli iscritti all'Albo degli odontoiatri.

Componenti uscenti:

- 1) Presidente MARIANI Dott. Massimo
- 2) Consigliere DE SIMONE Dott. Francesco
- 3) " PRADA Dott. Gianfranco
- 4) " SCIFO Dott. Carlo

Non sussiste alcuna causa di ineleggibilità e di incompatibilità per l'elezione alle cariche ordinistiche.

L'iscritto, per votare, deve presentarsi di persona all'Ufficio elettorale nei giorni e nelle ore sopra indicati, munito di un documento di riconoscimento.

L'iscritto deve esprimere le proprie preferenze scrivendo sulla scheda nome e cognome di cinque iscritti all'Albo degli odontoiatri.

In caso di omonimia l'indicazione delle preferenze può essere fatta scrivendo invece del nome e cognome, il numero d'ordine di iscrizione all'Albo, ovvero aggiungere al

nome e cognome, la data di nascita o/e il luogo di nascita, o/e il domicilio, risultanti dall'Albo.

L'Assemblea è valida se votano 1/3 degli iscritti, pari a **180**, essendo il numero degli iscritti **540**.

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Ai sensi dell'art. 27, del DPR 5 aprile 1950, n. 221, è convocata, in prima convocazione, l'Assemblea degli iscritti all'Albo dei medici chirurghi e l'Assemblea degli iscritti all'Albo degli odontoiatri nei su citati giorni e con lo stesso orario, nella sede dell'Ordine, per la votazione dei tre componenti effettivi e del componente supplente del Collegio dei Revisori dei conti.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei medici chirurghi e all'Albo degli odontoiatri ivi compresi i Revisori uscenti.

Per la votazione si applicano le stesse procedure e modalità vevoli per l'elezione del Consiglio direttivo.

Componenti effettivi uscenti: 1) Presidente MALINVERNO Dott. Marco
 2) BRENNA Dott. Mario Fausto
 3) FUMAGALLI Dr.ssa Patrizia
 Componente supplente: 1) POZZI Dr.ssa Maria Adele

L'Assemblea è valida se votano 1/3 degli iscritti ai due Albi, pari a **1.048**, essendo il numero complessivo degli Iscritti pari a **3.144**.

IL PRESIDENTE
 Dott. Piergiuseppe Conti

MEDICI COMPETENTI: NECESSARIO PRESENTARE UN'AUTOCERTIFICAZIONE

Il Decreto legislativo n. 81 del 9/04/08, Supplemento ordinario alla G.U. n. 101 del 30/04/08, noto anche come "Unico Testo", costituisce l'attuazione dell'art. 1 della legge n. 123 del 3/08/07, per il riassetto e la riforma delle norme vigenti in materia di salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori nei luoghi di lavoro, mediante il riordino e il coordinamento delle medesime in un unico testo normativo.

Per lo svolgimento dell'attività di "medico competente" vengono introdotte alcune novità contenute nell'art. 38 del "Testo Unico": **"Titoli e requisiti del medico competente"**. Nel comma 1 è ribadita la necessità di possedere almeno uno dei 4 titoli già richiesti dal D.L. 626/94:

- specialista in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
- docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
- autorizzazione di cui all'art. 55 del D.Lgs. n. 277 del 15 agosto 1991;
- specialista in igiene e medicina preventiva o in medicina legale.

Viene precisato, inoltre, (comma 2) che gli specialisti in igiene e medicina preventiva o in medicina legale *"sono tenuti a frequentare appositi corsi universitari da definire con apposito decreto del Ministero dell'Università e della ricerca di concerto con il Ministero della salute"*. Tuttavia, qualora alla data del 15/05/08 (data di entrata in vigore del decreto n. 81/08), gli stessi specialisti *"svolgano le attività di medico competente o dimostrino di avere svolto tali attività per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore del presente decreto legislativo, sono abilitati a svolgere le medesime funzioni. A tal fine sono tenuti a produrre alla Regione attestazione del datore di lavoro comprovante l'espletamento di tale attività"*. Per lo svolgimento delle funzioni di medico competente (comma 3) *"è altresì necessario partecipare al programma di educazione continua in medicina ai sensi del decreto legislativo 19/06/99, n. 229, e successive modificazioni e integrazioni"* a partire dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del decreto n. 81/08. I crediti previsti dal programma triennale dovranno essere conseguiti in numero non inferiore al 70% del totale nella disciplina *"medicina del lavoro e sicurezza negli ambienti di lavoro"*.

"I medici in possesso dei titoli e requisiti di cui al presente articolo sono iscritti nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della salute" (comma 4), perciò **sono tenuti a trasmettere, entro sei mesi dal 15/05/08**, al Ministero del Lavoro, salute e politiche sociali, un'autocertificazione per essere inclusi nell'elenco nazionale. **Il modello per l'autocertificazione è scaricabile dal sito www.ministerosalute.it/sicurezzaLavoro/newsSicurezzaLavoro.jsp?id=420&menu**

e va poi inviato al Ministero **esclusivamente tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno**. Nel caso di mancata ricezione della ricevuta di ritorno, per avere conferma dell'avvenuto inserimento nell'elenco, gli interessati possono telefonare allo 06.59943821 o inviare una richiesta all'indirizzo: r.pesce@sanita.it.

Paolo Santucci
Associazione Nazionale medici d'azienda

ELENCO SUPPLEMENTI

Al fine di poter pubblicare un elenco aggiornato dei medici disponibili ad effettuare sostituzioni di medicina generale e pediatria invitiamo chi fosse interessato a compilare e inviare all'Ordine il tagliandino sotto riportato.

Alla Direzione del Bollettino chiedo di segnalare sul prossimo numero del Bollettino la mia disponibilità per sostituire i colleghi di:

MEDICINA GENERALE

PEDIATRIA

(Barrare la casellina che interessa)

Cognome

Nome

Via n.

CAP Città

Tel. E-mail: Data

Pubblicazione del nominativo sul sito internet dell'Ordine Sì No

50 ANNI DI LAUREA

Giovedì 25 settembre si è svolta, nella bella cornice del Golf di Villa D'Este, la tradizionale cena per la premiazione dei colleghi che hanno raggiunto il ragguardevole traguardo dei 50 anni di Laurea.

Dei 42 colleghi (laureatisi negli anni 56/57/58), ben 25 hanno aderito alla serata cui hanno anche partecipato, con molta cordialità, Sua Eccellenza il Prefetto Dott. Sante Frantellizzi, il Procuratore capo della Repubblica Dott. Alessandro Maria Lodolini e i Direttori Generali dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna, Dott. Andrea Mentasti, e dell'A.S.L. di Como, Dott. Roberto Antinozzi.

In un clima sereno e molto conviviale, in una serata che ha visto insieme ben 3 generazioni di Medici, la premiazione è stata preceduta dalla lettura del Giuramento di Ippocrate da parte della collega Dott.ssa Laura Iorio... giovane neo-laureata ed emozionata; successivamente il Presidente, Dott. Piergiuseppe Conti ha consegnato personalmente la medaglia ai colleghi premiati, ricordando di ciascuno le tappe più significative della carriera lavorativa.

E certamente, molti di loro sono state figure estremamente importanti nella realtà medica comasca: chi non ricorda ad esempio il "mitico" Dott. Antonio Radaelli, per anni Presidente del nostro Ordine e Medico di Medicina Generale, o il Prof. Mario Nespoli, per tanti anni Segretario dell'Ordine e Primario del laboratorio dell'Ospedale Valduce? E così tanti altri colleghi che abbiamo – di persona o di fama – conosciuti.

Una considerazione particolare per la Dott.ssa Giuliana Pellati e la Dott.ssa Giuseppina Rusconi, le uniche donne presenti nell'elenco di questo gruppo di premiati: in una sanità che nel 2008 sta volgendo al femminile, 50 anni fa le donne-medico erano delle vere "pioniere" della professione.

Per questo motivo voglio porgere le mie personali congratulazioni per questi anni vissuti con tanto impegno, in momenti in cui per le donne non era certamente semplice intraprendere una carriera così impegnativa.

Marina Russello



RISK MANAGEMENT: METODO FMECA PER VALUTAZIONE DEL RISCHIO IN UN PROCESSO MEDICO

Dott.ssa Doris M. Mascheroni, Primario U.O. Medicina ed Oncologia Istituto Clinico Villa Aprica Como - Dott. Alberto Molteni, Referente Modulo Diabetologia e malattie metaboliche Istituto Clinico Villa Aprica Como

PREMESSA

L'evoluzione tecnologica ha portato come conseguenza la trasformazione di un atto medico diagnostico-terapeutico in un processo *produttivo* diagnostico-terapeutico: la tecnologia ha in sostanza consentito di determinare modi e tempi in cui svolgere le attività ed un rigoroso controllo delle varie fasi di azione (*determinismo*).

Da ciò derivano la necessità e la possibilità di programmare il più possibile la maggior parte dei processi produttivi in vista di una maggiore approssimazione ai risultati attesi.

L'obiettivo finale di questa "nuova" attività medica è quindi di ridurre la *gap* esistente tra stato di salute e malattia. Se la prestazione medica è l'*output* del processo produttivo sanitario, appare tuttavia difficile valutare la "quantità" di salute aggiunta con l'evoluzione del sistema e ancor più problematico misurare la *qualità* della *quantità* di salute aggiunta.

L'errore in medicina è l'effetto conclusivo di una serie di fattori che intervengono nel macro processo sanitario di diagnosi e cura producendo un avvento avverso, ossia un danno alla salute del paziente, che impedisce o ritarda il suo effettivo ritorno ad una condizione di benessere.

Il *risk management* quindi è l'insieme di diverse azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente.

Si afferma l'esigenza di un sistema di monitoraggio degli incidenti, dei "quasi errori" (*near misses*) cioè di quegli incidenti mancati solo perché qualcuno o qualcosa vi ha posto casuale rimedio, con una chiave interpretativa per l'attivazione di azioni di miglioramento e la valutazione dell'efficacia delle stesse, nonché un'azione di sensibilizzazione, formazione ed addestramento del personale sanitario in tema di segnalazione e prevenzione dell'errore.

Esistono metodi precisi, validati a livello internazionale, di *risk management* che sono riassumibili in:

Root causes analysis (RCA) o metodo di ricerca della causa delle cause, da applicare soprattutto a scopo reattivo, cioè ad errore avvenuto, l'Audit clinico, i Sistemi di Incident Reporting che costituiscono una modalità strutturata di raccolta delle segnalazioni "spontanee", ed infine la FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis* – Analisi delle Modalità di Errore e loro Effetti) che è un'analisi di tipo qualitativo, che ha l'obiettivo di definire quello che "potrebbe andare male" in un processo di lavoro, cioè quello che potrebbe succedere se si dovesse verificare un errore, un'omissione in un operatore o un difetto in un'apparecchiatura: la FMECA (*Failure Mode and Critical Effect Analysis* – Analisi Critica delle Modalità di Errore e loro Effetti) aggiunge alla FMEA un'analisi di tipo quantitativo, orientata a supportare decisioni operative coerenti.

Quindi la FMECA nasce sia come strumento di identificazione dei possibili guasti (*failure mode*) mediante un'analisi qualitativa, sia come strumento di valutazione quanti-

tativa dei loro effetti sul sistema (*effect analysis*) al fine di stimare il livello di criticità (*critical*) degli inconvenienti individuati.

La FMECA è una tecnica quindi di valutazione del rischio, già utilizzata da decenni in campo aeronautico ed industriale, in campo missilistico e nella valutazione dell'affidabilità (*reliability*) di strumenti elettronici.

L'uso di tale tecnica si è poi esteso ad altri campi, in particolare a quello automobilistico. Il Comitato elettrotecnico internazionale (IEC) ha prodotto una norma (812/1985) per codificarne l'uso. In Italia la FIAT-Iveco, con altri suoi *partners*, ha pubblicato nel 1998 linee guida per la sua adozione nel proprio contesto operativo.

Nel manuale degli "Standard for Hospital", *second edition*, emesso da Joint Commission International nel 2003, si evidenziano alcuni requisiti focalizzati sulla sicurezza del paziente nelle organizzazioni sanitarie, che in pratica rappresentano gli *step* metodologici per applicare il metodo FMECA nell'attività sanitaria.

L'indagine svolta nel nostro Ospedale, l'Istituto Clinico Villa Aprica di Como, del Gruppo San Donato, all'interno dell'Unità Operativa di Medicina, si è occupata per adesso di due processi clinici fondamentali della nostra attività: la terapia con un farmaco antitumorale e il trattamento con insulina.

La scelta di monitorare con indicatori queste attività particolarmente critiche, e successivamente di sperimentare la FMECA per la minimalizzazione del rischio clinico ed il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, è stata effettuata utilizzando e condividendo i seguenti criteri:

1. alta rischiosità per l'utente-paziente (gravità in termini di mortalità/complicanze)
2. alta complessità per il professionista
3. alti costi per l'organizzazione (contenziosi con possibili risarcimenti elevati, prolungamenti delle cure)
4. ansia dei professionisti (responsabilità etica e medico-legale)

Ci siamo proposti, in generale, di evidenziare le criticità *ex ante* di ogni singola azione del processo, per poter mettere in atto tutto ciò che può rendere più sicuro il processo stesso e ridurre il rischio di complicanze. I benefici derivati dall'applicazione della teoria sono:

- Migliorare la conoscenza dei processi
- Ridurre il rischio di errori
- Favorire un risparmio delle risorse

PROCEDURA



Fig. 1.
Schema del processo
di *risk management*

- A. Applicando l'FMECA le potenziali modalità di errore sono quantificate, associando ad esse un giudizio di valore, dato dalla combinazione dei seguenti parametri:
- gravità delle conseguenze (quanto severo è l'effetto indesiderato?)
 - probabilità di accadimento (con quale frequenza avviene?)
 - rilevabilità (qual è la possibilità che l'errore possa essere individuato con le misure di sicurezza presenti?)
- B. Combinando tra loro questi tre parametri è possibile calcolare per ogni modalità di errore un coefficiente: l'indice di priorità di rischio (IPR).

$$IPR = G \times P \times R$$
 Ai parametri della gravità e della probabilità sono attribuiti valori direttamente proporzionali al livello di severità degli esiti e di frequenza di accadimento (più grave è la conseguenza, più alto è il punteggio; più probabile l'accadimento, più alto il punteggio).
 Nel caso del parametro di rilevabilità ad esso sono attribuiti valori inversamente proporzionali: sono tanto più alti quanto più difficile è l'individuazione della modalità di errore (meno rilevabile, più alto il punteggio).
- C. Dopo aver valutato quantitativamente le modalità di guasto/errore, i valori di IPR più elevati indicano i punti critici su cui intervenire prioritariamente.
- D. Una volta assegnato a ciascun elemento il proprio punteggio, l'IPR si calcola come il prodotto dei tre parametri considerati. Esso può assumere il valore massimo di 1000 (10 x 10 x 10: prodotto dei punteggi massimi delle scale) e il valore minimo di 1.
- E. Gli IPR ottenuti vengono ordinati in modo decrescente: la soglia di IPR fino alla quale si interviene dipende da considerazioni da effettuare in loco.

Tabella gravità dell'errore:

da 10: Estremamente pericoloso (errore che può provocare o contribuire al decesso)
 a 1: Nessuno (nessuna conseguenza)

Tabella probabilità del verificarsi della causa:

da 10: molto alta (> 50%) a 1: remota (< 1%)

Tabella rilevabilità dell'errore:

da 10: remota (< 1%) a 10: molto alta (> 50%)

Per prima cosa si è destrutturata l'attività complessa sia del trattamento chemioterapico al paziente con tumore, sia del trattamento insulinico al paziente diabetico nelle seguenti **macro funzioni / attività** che definiamo come **sequenze**:

- A. valutazione del paziente
- B. preparazione della terapia
- C. somministrazione della terapia
- D. follow up

Il tutto naturalmente è stato eseguito con dei criteri di inclusione ed altri di esclusione, secondo protocolli ben definiti, elaborati collegialmente, che non staremo a descrivere, per sintetizzare al massimo l'esposizione dei processi, oggetto della nostra indagine.

Si parte con l'“**Identificazione degli inconvenienti / guasti**”

Per ognuna delle “attività” o “fasi” si devono individuare i possibili “modi di errore o guasto”, cioè quei difetti, omissioni o errori che possono accadere (“cosa potrebbe andare storto nell’attività esaminata?”)

A. <u>valutazione del paziente:</u> esempio Possibile errore nell'emometria o del valore di glicemia, o nel calcolare i parametri del paziente
B. <u>preparazione del farmaco:</u> possibile errore di dosaggio del farmaco, o possibile errore nell'apposizione del nominativo sulle siringhe.
C. <u>somministrazione dei farmaci:</u> possibile errore nella velocità di infusione o possibile scambio del paziente, o possibile stravasato di farmaco
D. <u>follow up:</u> mancanza di registrazione in cartella degli eventi accaduti, mancata sorveglianza periodica del paziente.

Il secondo passaggio è la “**Determinazione delle possibili conseguenze**”

Occorre quindi descrivere i possibili “effetti” nel caso si dovesse verificare un “modo di guasto/errore”. Gli effetti sono le conseguenze del difetto, omissione, errore e quindi i danni che subisce il paziente. La gravità delle conseguenze può variare considerevolmente: gli effetti possono essere minimi e temporanei, fino ad arrivare a gravi danni funzionali o alla morte.

Infine si cerca l'“**Individuazione delle cause d'errore**”

Quindi si devono considerare le possibili cause del “modo di guasto / errore”. Si effettua un’analisi delle cause con un approccio di tipo sistemico, considerando cioè oltre alle “azioni/omissioni” individuali (*active failure*), anche le condizioni di lavoro e le condizioni di contesto organizzativo (*latent failure*).

A.valutazione del paziente:

Active failure: comportamento inadeguato dell’operatore

Latent failure: strumenti rotti (bilancia), errore di laboratorio

B.preparazione del farmaco:

Active failure: comportamento inadeguato dell’operatore (compresa scarsa formazione o preparazione)

Latent failure: somiglianza di nome o confezione dei farmaci
inadeguata etichettatura
prescrizioni poco leggibili
mancanza di controlli in doppio

C. somministrazione dei farmaci:

Active failure: comportamento inadeguato (compresa scarsa preparazione)

Latent failure: guasto degli strumenti (pompa, orologio, penna)
manipolazione da parte del paziente

D. follow up:

Active failure: comportamento inadeguato (compresa scarsa preparazione)

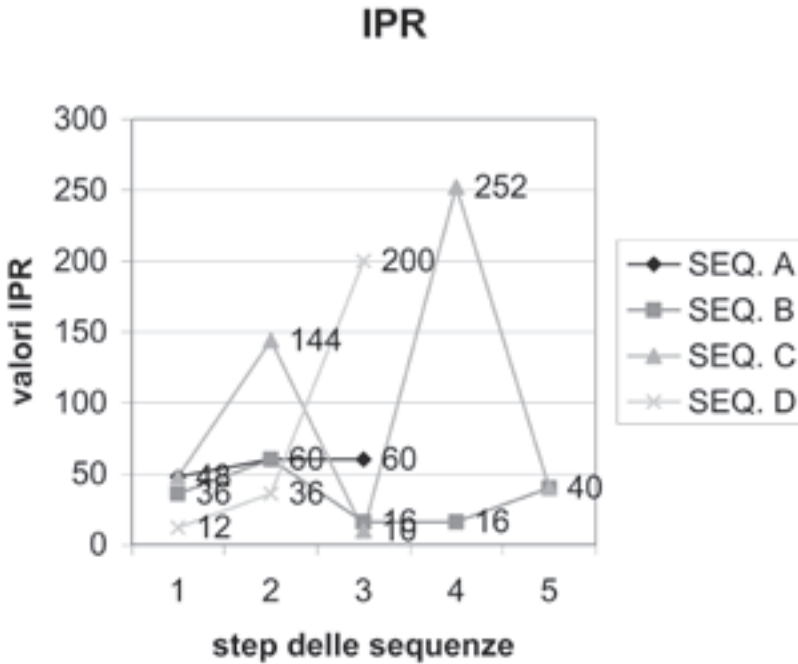
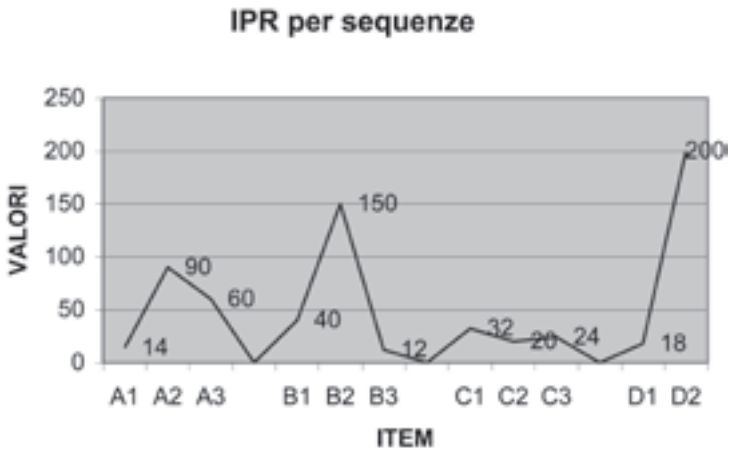
Latent failure: mancata consegna infermieristica

Vogliamo proporre un esempio grafico e abbiamo scelto la sequenza "somministrazione del farmaco" (tab. 1)

<u>ME</u>	<u>EFFETTI</u>	<u>G</u>	<u>P</u>	<u>R</u>	<u>IPR</u>	<u>MISURE DI CONTROLLO</u>	<u>CAUSE</u>
Errore velocità di infusione	Nessun effetto Effetti medio-lievi Violazione protocollo	3	4	4	48	Doppio controllo medico-infermiere	-disattenzione operatore -guasto strumento -non compliance pz
Errore velocità di infusione soluzioni CHT	Nessun effetto Effetti gravi Violazione protocollo	9	4	4	144	Doppio controllo medico-infermiere	-disattenzione operatore -guasto strumento -non compliance pz
Scambio del paziente	Effetti lievi Morte Sequele medico-legali	10	1	1	10	Doppio controllo medico-infermiere	-disattenzione operatore
Travaso di farmaco	Nessun effetto Effetti medio-lievi-gravi Sequele medico-legali	6	7	6	252	Doppio controllo medico-infermiere	-disattenzione operatore -non compliance pz
Errore velocità di infusione bolo	Nessun effetto Effetti medio lievi-gravi Morte	10	2	2	40	Doppio controllo medico-infermiere	-disattenzione operatore -mancata conoscenza del protocollo

Legenda: M.E. = modalità errore; G= gravità; P= probabilità; R= rilevabilità; IPR= Indice di Priorità di Rischio

Da tutte le tabelle con modalità errore e punteggio di gravità, rilevabilità e probabilità di accadimento, abbiamo estrapolato gli INDICI DI PRIORITA' DI RISCHIO rispettivamente per la somministrazione dell'antiblastico e per la somministrazione di insulina

Fig. 2. Nella somministrazione di antiblasticoFig.3 Nella somministrazione di insulina

Sulla base del questionario e della discussione decidiamo di prendere in considerazione **come criticità** nel processo di somministrazione di antiblastico gli eventi:

- "stravasamento di farmaco"
- "ridotta sorveglianza del paziente"
- "mancato controllo della velocità di infusione della CHT"

e nel processo di somministrazione di insulina:

- errore del dosaggio di insulina
- ridotta sorveglianza del paziente

Tali eventi sono da considerarsi prioritari per pianificare delle azioni correttive specifiche

Si analizzano ora le cause e le azioni correttive che vengono sintetizzate nelle tabelle
 Tabella 2. ME/IPR, cause, azioni correttive per "somministrazione antitumorale"

ME /IPR	CONTROLLO	CAUSE	AZIONI CORRETTIVE
Stravaso/252	Doppio controllo	Comportamenti inadeguati Non compliance paziente	Aumento misure di controllo (personale) Motivazione Corsi preparazione specifica
Mancata sorveglianza del paziente/200	Doppio controllo	Comportamenti inadeguati	Aumento misure di controllo (personale) Motivazione Corsi preparazione specifica
Errore velocità infusione CHT/144	Doppio controllo	Comportamenti inadeguati Non compliance paziente Errore strumento	Aumento misure di controllo (personale) Motivazione Corsi preparazione specifica Aumento controlli strumenti

Tabella 3 ME/IPR, cause, azioni correttive per "somministrazione insulina"

ME /IPR	CONTROLLO	CAUSE	AZIONI CORRETTIVE
Errore dosaggio insulina/150	Doppio controllo	*Comportamenti inadeguati (disattenzione). *Prescrizioni poco leggibili	*Aumento misure di controllo (personale) *Motivazione *Corsi preparazione specifica
ridotta sorveglianza del paziente/200	Doppio controllo	*Comportamenti inadeguati *Non conoscenza protocollo *Scarsità personale	*Aumento misure di controllo (personale) *Motivazione *Corsi preparazione specifica

Le cause principali sono da rilevare nell'ambito delle azioni incongrue ed omissioni individuali ("active failure") cioè comportamenti inadeguati dell'operatore come disattenzione, incapacità, inadeguatezza, superficialità, mancata conoscenza dei protocolli oppure a condizioni di contesto organizzativo ("latent failure") come la scarsità del personale, sovraccarico di lavoro, scarsa motivazione.

La mancanza di collaborazione del paziente oncologico potrebbe essere ovviata in parte, ma non completamente, dalla costante presenza ed osservazione di un

operatore, aumentando quindi l'organico infermieristico dedicato al modulo oncologico.

Le azioni correttive saranno volte a migliorare la motivazione e la preparazione del personale medico ed infermieristico con adeguati controlli e corsi di preparazione. Inoltre dovrà essere individuato un indicatore specifico per valutare il rischio effettivo e monitorare nel tempo il *trend* dell'attività.

In seguito si indicherà in tabella una revisione delle criticità con gli indici definiti in precedenza (gravità, possibilità, rilevabilità) le cui stime saranno eseguite, ad un tempo prestabilito, dopo aver intrapreso le azioni correttive.

Abbiamo quindi deciso di proporre alla Direzione di:

- Monitorare in modo più preciso il rischio di queste attività attraverso gli indicatori specifici e attraverso le tabelle di revisione delle criticità.
- Aumentare la rilevabilità delle modalità di errore riducendo la frequenza di accadimento con il potenziamento delle attività di controllo medico-infermiere, integrando la presenza dell'operatore addetto con un altro costantemente presente.
- Ripetere ed implementare i corsi specifici destinati al personale di aggiornamento e conoscenza dei processi con attenzione particolare al *risk management*.
- Rivalutare il rischio dell'attività con nuove e periodiche analisi FMECA (annualmente o quando gli indicatori di attività del sistema di segnalazione rileveranno scostamenti significativi dagli standard di riferimento).

CONCLUSIONI: Nello studio in oggetto la FMECA è stata applicata in processi di cui si era intuita l'alta criticità. Ci si è proposti e si è tentato di definire il profilo del rischio qualitativo e quantitativo di questa realtà operativa, individuando le priorità di rischio clinico, supportando il "*decision making*" degli operatori relativamente alle attività da intraprendere per diminuire il rischio specifico in questi due processi routinari nella nostra Unità Operativa; presto tale strumento sarà utilizzato anche in altri settori sanitari ed amministrativi del nostro Ospedale per ottimizzare le qualità delle prestazioni.

BIBLIOGRAFIA

- Stamatis DH. *Failure Mode and Effect Analysis: FMEA from Theory to Execution*, ASQ Qualità Press, Milwaukee, 1995
- FMEA Info Centre: <http://www.fmeainfocentre.com/index.htm>
- ANFIA Qualità. "*Linee guida per l'applicazione della FMEA*", Torino 1998 Tartaglia R. Centro ricerche in ergonomia, Azienda Sanitaria di Firenze, 2004
- Agenzia sanitaria regionale Emilia Romagna "*Gestione del rischio in strutture sanitarie: approccio integrato alla definizione, trattamento e utilizzo delle informazioni*"
- Cinotti R., Basini V., Di Denia P., *Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio*. Collana Dossier Agenzia Sanitaria Regionale RER n.86, 2003
- Di Denia P., *La metodologia FMECA-nursing e risk management*. Istituti Ortopedici Rizzoli, 2004
- Tish Knobf M. *Assistenza infermieristica in oncologia medica*, ed. UBS, 1999
- Robustelli Della Cuna F.S., Camaggi C.M., Strocchi E., *Manipolazione in sicurezza dei farmaci antitumorali*, ed. Masson, 2004

La rubrica dedicata al mondo dell'arte a cura di Piergiorgio Mandelli.

EX LIBRIS CHE PASSIONE (1)

In questo numero, la rubrica dedicata all'arte propone un tema in genere poco conosciuto, che tuttavia ha annoverato e annovera, anche in Como, diversi appassionati, primo fra tutti l'Ingegnere Gianni Mantero, capostipite di rilevanza nazionale e sovranazionale di questa forma di collezionismo.

Si tratta di piccole opere di grafica *foglietto a stampa col quale si contrassegna la proprietà dei libri* come la definisce Egisto Bragaglia (Ex libris. AIB. Roma, 1996). Ma la faccenda non è così semplice: è lo stesso Bragaglia che ci mette sull'avviso nel "Manifesto per l'ex libris del bibliofilo" del novembre 2006, dove dichiara: *L'ex libris del bibliofilo deve contenere un'immagine significativa di carattere iconologico, ideata per rappresentare la personalità del titolare. Per la presenza di tali riferimenti biografici, piuttosto che come contrassegno di possesso cioè dell'avere, l'ex libris assume i contenuti di un documento dell'essere.*

In ogni caso, questo *foglietto* si applica alla seconda pagina di copertina di un libro, in luogo della più semplice e comune dichiarazione di proprietà costituita dal nome del proprietario o da un suo timbro. Il piccolo foglio riporta il nome del proprietario e, spesso, un motto scelto in genere dallo stesso titolare del libro che ne rappresenta il gusto, gli interessi, le attività; ricordo che il primo ex libris che mi



Albrecht Dürer, xilografia.

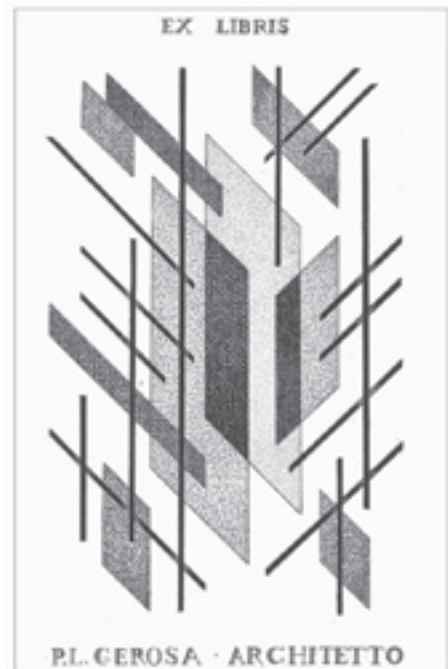
capitò di vedere verso la fine degli anni '50, era apposto ad un testo di Medicina del mio compagno di corso Guido Coggi, futuro Anatomo Patologo e Preside della Facoltà di Medicina dell'Università di Milano: un elegante nastro recante la scritta "Li libri fannu li labbra. Ex libris Guido Coggi" ne testimoniava la passione per lo studio.

Si possono quindi osservare l'ex libris araldico, nel quale prevale lo stemma di famiglia, l'epigrafico con semplice scritta o motto, il monogramma dove sono rappresentate le semplici iniziali variamente ornate se non addirittura l'intero nome, il figurativo nel quale è rappresentata con un disegno o un'immagine, una caratteristica del proprietario riferita alla professione o alle abitudini o altro. Infine, alcuni ex libris recano la firma dell'artista autore della piccola incisione.

A questo genere di ex libris, dedicato esclusivamente ai bibliofili, si è aggiunta più recentemente l'abitudine di creare ex libris non più destinati a definire la proprietà di libri appartenenti alla biblioteca di una determinata persona, ma eseguiti per celebrare un avvenimento o un personaggio e presentati in occasione di un concorso o di un congresso specificatamente exlibristico o di altro genere; questi ex libris, anche se non rigorosamente destinati a sancire il legame tra il proprietario del libro, il libro stesso e l'autore dell'ex libris, sono tuttavia entrati a far parte di molte collezioni, testimoniando comunque la passione per piccole opere sempre gradevoli e di indubbio gusto: solo per fare qualche esempio recente, ecco il congresso di Lugano del 1978 dedicato al rapporto Ticino-Italia, di Bormio del 1985 dedicato alla



Luciano Ricci, xilografia.



Aldo Galli, acquaforte.

montagna e allo sport, di Utrecht del 1986 dedicato alla cometa di Halley, l'importante concorso internazionale di Pescara del 1988 dedicato a D'Annunzio e con la partecipazione di 742 artisti di tutto il mondo, il Premio Pusiano del 1999 dedicato a Giovanni Segantini.

Per risalire nel tempo, limitandomi solo ad accennare al più antico, quello di Hans Jgler inciso in Germania e coevo all'origine della stampa, o a quello datato 1516 di Albrecht Durer per Hieronimus Ebner, e poi alla nascita delle prime associazioni di collezionisti di ex libris nell'800 a Berlino, Parigi, Barcellona, Vienna, farò riferimento, per non perdermi in una affascinante avventura il cui mondo mi si è sempre più ampliato mentre raccoglievo documentazione, al 1946 quando il comasco Ing. Mantero diede vita alla Associazione Italiana Bianco e Nero Ex Libris (BNEL) e proprio per risvegliare e appassionare i soci e fornire loro una occasione di incontro tra autori e collezionisti propose un concorso per l'esecuzione di tre ex libris, dedicati il primo a Gianni Mantero stesso e avente per tema "L'ingegnere-architetto e l'architettura", il secondo dedicato al genovese Giorgio Balbi con tema "Chimica mia gioia" e il terzo al milanese Mansueto Fenini avente per tema il motto "bonarum propagatio artium".

Ho ritrovato questo desiderio di incontro tra persone legate dalla stessa passione e insieme cultori di un collezionismo che definirei silenzioso e privato, certo meno appagante di altri in termini di esteriorità, negli amici che ho incontrato mentre cercavo di ampliare le mie conoscenze sul tema ex libris; sono le stesse considera-



Aldo Salvadori, acquaforte.



Bruno Chersicla, xilografia.

zioni che ho ritrovato in un documento di Italo Zetti pubblicato sul bollettino della nascente Associazione BNEL (Bianco Nero Ex Libris) nel gennaio 1946: *spinti da un uguale desiderio, parlare liberamente d'Arte, di cose belle, di cose antiche e nuove; stringerci la mano, finalmente, con lieto sorriso per esserci finalmente ritrovati; riprendere contatti, riallacciare i rapporti, adoperarsi perché ci siano scambi di idee e legami culturali....* È così che si fonda la BNEL con Zetti primo presidente.

Questo, per sommi capi, un accenno al mondo degli ex libris e degli exlibristi, un mondo in cui è ancora possibile vivere un felice rapporto di conoscenza tra artista e committente, e dove il bibliofilo dichiara il suo amore per il libro della sua biblioteca, impreziosendolo con un'opera di piccola grafica appositamente creata. Da questa accezione dell'ex libris, rigorosamente e correttamente personale, nascono gli scambi tra amici e da qui al collezionismo il passo è breve: si tratta, per certi versi, di un collezionismo simile a quello filatelico o numismatico, ma certamente più coinvolgente e più personale; non si tratta infatti di collezionare semplicemente piccole grafiche, anche pregevoli, ma di raccogliere opere che mostrano un rapporto di comune sentimento e di amichevole conoscenza tra artista e committente e dove questo linguaggio appare evidente.

Concludo queste riflessioni ripromettendomi di presentare in futuro il resoconto di colloqui con collezionisti di rilievo, comaschi o non, per parlare direttamente con loro di questa passione, degli spunti che ne nascono, delle motivazioni che li hanno portati a questa ricerca e, naturalmente, delle loro collezioni. (continua)



Tranquillo Marangoni, xilografia.

FDER..SPEV – SEZIONE DI COMO

VISITA AL PARCO SIGURTÀ E A SIRMIONE

Alla ripresa delle attività della seconda parte dell'anno è stata realizzata finalmente la visita del Parco Sicurtà di Valeggio sul Mincio che era stata da tempo posta "nel mirino" da parte di diversi nostri soci. In una giornata sfolgorante di sole, il 10 settembre abbiamo raggiunto il Parco Sicurtà; veramente felice connubio fra parco storico (nato nel 1617) e moderno e curatissimo parco giardino botanico. Il parco si estende su di una superficie molto ampia di oltre 600.000 mq e la visita può essere effettuata con una passeggiata di due o tre ore o più agevolmente, come abbiamo fatto noi, utilizzando un simpatico trenino che consente una rapida presa di conoscenza di tutto il complesso con successivi passaggi a piedi nelle aree di maggior interesse. Abbiamo così gustato suggestive prospettive di verde e di straordinaria vegetazione con alberi ultracentenari e rari alternati a coloratissime aree di essenze di ogni tipo. Diversi i laghetti in ambientazioni molto particolari ricchi di ninfee di moltissime varietà, papiri e fiori di loto in vasche animate da pesci rari e tartarughe. Nelle aree periferiche lo spazio per i daini e gli scorci suggestivi sulla Valle del Mincio con i suoi riferimenti storici. Certamente singolare la cura con la quale tutto il complesso viene mantenuto con precisa attenzione alle esigenze dell'impresa turistica e della salvaguardia di un gioiello della natura cresciuto nei secoli. Alla fine tutti eravamo molto soddisfatti della scelta di questa meta, ampiamente al di sopra di ogni aspettativa. La digressione gastronomica al Ristorante del Bue d'Oro ha ulteriormente giustificato al palato di tutti i chilometri percorsi. Sulla via del ritorno la programmata visita di Sirmione è stata effettuata parte a piedi e parte a bordo di due comodi motoscafi che hanno fatto gustare anche a noi "esperti laghee" le bellezze della penisola del basso Garda. Soddisfazione generale di una compagnia simpatica e affiatata in attesa di ulteriori mete.

Le prossime attività sezionali prevedono il 4 novembre la Messa per i morti insieme alle socie dell'AMMI di Como e in dicembre l'assemblea annuale che si conclude con il tradizionale pranzo di Natale nel quale un'attenzione economica viene ormai tradizionalmente riservata all'Ospedale di Kalongo in Uganda realizzato dal collega medico missionario comasco Padre Giuseppe Ambrosoli.