

Avendo avuto l'opportunità di condividere l'attività di sala operatoria con la maggior parte degli autori di questo volume, lavorando fianco a fianco per circa trent'anni, potrei essere accusato di parzialità nell'elogiare il valore dei suoi contenuti in questa breve presentazione.

Gli anni di lavoro comune infatti hanno generato sentimenti di stima, di amicizia e spesso di sincero affetto. In questo lungo percorso abbiamo condiviso i risultati positivi, le difficoltà, la percezione del necessario cambiamento e le opportunità che questo poteva produrre.

Uno dei pochi vantaggi della terza età è quello di aver vissuto in prima persona l'esperienza di epoche diverse e di aver osservato, e a volte promosso, la necessaria evoluzione del comparto operatorio. Anche se molti di noi ricordano con nostalgia il ruolo di "solista" del chirurgo nelle sale operatorie presso le quali ci siamo formati, abbiamo condiviso e compreso la necessità di un cambiamento che ha progressivamente privilegiato il lavoro di gruppo, dando voce e ruolo a tutte le competenze in campo: cliniche, tecniche e medico-organizzative.

È sicuramente merito degli autori aver organicamente riportato in questo volume tutte queste voci che esprimono il frutto di lunghe e documentate esperienze personali.

Ne è nato un testo agile, equilibrato e completo che costituisce un prezioso ausilio per tutti coloro che a diverso titolo condividono il mondo della sala operatoria. Esso è dedicato infatti, nella esplicita intenzione degli autori, non solo ai medici di organizzazione e ai progettisti, ma anche ai clinici e ai ricercatori.

L'utilità di questo volume assume particolare importanza in quanto viene dato alle stampe in un momento di crisi, probabilmente non transitoria, dell'economia del nostro paese con prevedibili ripercussioni sul nostro modello di welfare.

Il ripensamento degli assetti organizzativi e gestionali nel campo della sanità comporta quindi, per chi dovrà definirne i futuri contorni in questo particolare settore e in un momento cruciale come l'attuale, una particolare responsabilità in quanto i problemi che viviamo hanno un'origine lontana, ma le conseguenze di eventuali errori di programmazione di oggi sono destinate a durare a lungo.

Buona e proficua lettura a tutti!

Paolo Magistrelli
Preside della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
Università Cattolica del Sacro Cuore
Roma

Scrivere è un modo di parlare senza essere interrotti.

Jules Renard

Dentro ogni autore si nascondono, spesso ben dissimulati, un po' di presunzione e di egocentrismo. Non è però questa l'appropriata chiave di lettura della citazione di apertura di Jules Renard, che solo apparentemente è arrogante: essa richiama semmai la virtù del "silenzio" e dei tempi dilatati e discrezionali di riflessione e studio che solo un libro può ancora offrire rispetto a un convegno, a un corso di perfezionamento, a un dibattito tra esperti, all'ennesimo articolo "usa e getta".

Con questo spirito noi cinque autori, amici uniti dallo stesso "mestiere" di direzione ospedaliera e da una passione condivisa, nata e direttamente vissuta sul campo, per il mondo complicato e un po' misterioso delle sale operatorie, ci siamo prefissi l'obiettivo di fare il punto su questo importante segmento della tecnica ospedaliera per fornire ai medici di organizzazione, ai progettisti, ai clinici, ai ricercatori, o anche semplicemente ai curiosi della materia, spunti concreti di informazione e di riflessione e – idealmente – un *reference book* di facile consultazione tematica.

Venendo appunto da esperienze professionali dirette arricchite da attività di ricerca sull'organizzazione e la gestione dei blocchi operatori, abbiamo assunto in prima persona

l'onere della stesura di alcuni capitoli del volume; ma proprio come nessuno, in sala operatoria, è in grado di agire da "solista" senza avvalersi di una complessa articolazione di altre risorse e professionalità, così anche noi abbiamo ricercato il contrappunto di tutte le voci in campo, cliniche, tecniche e medico-organizzative. Ne è emerso quindi un assai più vasto lavoro di gruppo, frutto del contributo di colleghi che rappresentano nel proprio settore riferimenti "carismatici"; abbiamo però voluto mantenere indirizzata la trama dell'opera lungo un preciso percorso tematico non solo, come è ovvio, al fine editoriale di armonizzare i linguaggi e di omogeneizzare i contenuti ma anche e soprattutto per rappresentare, pur nella ricchezza e profondità di visione che caratterizza l'insieme fornito dei molteplici "punti di vista", un'idea di fondo: quella della centralità del complesso operatorio in un ospedale moderno, e della correlata e inscindibile centralità di un chiaro e forte modello di "governance" dei processi operatori che – come diremo più oltre – per esperienza diretta di ruolo e di servizio più che per spirito di appartenenza attribuiamo alla direzione sanitaria.

Il testo, sebbene predisposto lungo una linea narrativa logica tale da consentirne la

lettura concatenata dall'inizio alla fine, si presta però per essere utilizzato a vari e diversi livelli: un primo ambito è ovviamente la semplice consultazione "ad hoc", come fonte di approfondimento davanti a specifiche problematiche intercorrenti nella gestione delle sale operatorie. Un secondo obiettivo può essere rappresentato dal supporto interdisciplinare a fronte dell'esigenza della predisposizione di studi di fattibilità o preliminari alla progettazione *ex novo* ovvero alla ristrutturazione dei blocchi chirurgici o alla scelta di nuove tecnologie. Per questi due primi livelli di lettura, abbiamo anche inteso dare adeguato spazio al contesto normativo, che costituisce uno specifico e gravoso vincolo progettuale e gestionale non solo per la complessità in senso stretto dell'impianto legislativo ma anche per la sua dispersione e articolazione a livello regionale. Una terza chiave di lettura è invece quella relativa alle grandi aree tematiche del management dei blocchi operatori, con le problematiche di programmazione e gestione delle attività e delle risorse. In questo caso, alla trattazione analitica in distinti capitoli delle aree più critiche e delle principali risorse, metodologie e tecniche gestionali, si è intesa affiancare una serie di strumenti più pratici e concreti (ad esempio, i "regolamenti" igienistico e organizzativo dei blocchi operatori, la gestione delle urgenze, la gestione delle risorse umane, ecc.) fino alla

sintetizzazione ("seria ma non troppo") della realtà di vita di un grande blocco chirurgico quale si evince leggendo tra le righe di un piccolo glossario posto in conclusione.

Il trattato viene dato alle stampe in un momento di crisi (che sfortunatamente più che ciclico appare di portata storica) dell'economia occidentale, ed europea in particolare, che non mancherà di produrre effetti permanenti sul nostro modello continentale di welfare. Secondo un repertorio oramai consolidato, si ritarderanno pertanto gli investimenti in conto capitale (edifici, impianti, tecnologie), si diminuiranno i costi fissi e i consumi, si ristrutturerà soprattutto l'offerta assistenziale e la rete ospedaliera e territoriale ricercando ovunque possibile economie, contingenti e strutturali, ovviamente (come da tradizione) nel nome dell'appropriatezza e della qualità del servizio e dell'outcome.

I governi, nel ripianificare la funzione sanitaria, si troveranno dunque tutti a ricercare la "quadratura" di un insieme di fattori non necessariamente tra loro coerenti, tra cui una maggiore sicurezza delle cure, la qualità misurabile dei risultati a breve e medio termine, una selezione razionale e "scientifica" delle scelte cliniche, organizzative e tecnologiche, un modello di finanziamento della "produzione" correlato all'effettivo assorbimento di risorse e con l'appropriatezza delle prestazioni

AUMENTO DEI COSTI DELLA SANITÀ / BASSO LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI

I governi si concentrano su:

- | | |
|--|--|
| <p>1. Miglioramento della qualità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione degli errori • Sviluppo di sistemi di misurazione della qualità • Incentivi per promuovere la crescita della qualità <p>2. Riduzione dei costi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo del Technology Assessment e dell'Horizon Scanning • Automazione • Reingegnerizzazione dei processi | <p>3. Cambio del finanziamento da rimborso a piè di lista a pagamento basato sull'attività effettivamente svolta, premiando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produttività • Qualità e migliori risultati • Soddisfazione e sicurezza dei pazienti <p>4. Verifica della performance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promozione di sistemi di raccolta e gestione dei dati sanitari • Sviluppo di indicatori di performance • Benchmarking |
|--|--|
-

erogate, e da sottoporre quindi ad analisi “scientifica” e continuo confronto con altri modelli.

Il comparto operatorio, sotto il profilo architettonico, tecnologico e impiantistico, si caratterizza per una sua intrinseca durata media di vita, oltrepassata la quale sconta elementi di obsolescenza, di non funzionalità e di “insicurezza” che ne condizionano e minano la permanenza in esercizio. In un contesto recessivo però, ai tradizionali 30-35 anni di vita media “ideale” di un moderno complesso operatorio potremmo (dovremo?) aggiungere altri dieci o più di dilazione per oggettiva mancanza di risorse. Non c’è dubbio, comunque, che malgrado la crisi, per effetto di decisioni già precedentemente assunte o proprio a causa di una ristrutturazione importante della rete, gli anni 2010-2020 vedranno molti ospedali del nostro paese impegnati nel ripensare radicalmente la propria dotazione di servizi operatori, e una frazione di queste strutture affrontare addirittura la costruzione “ex novo” di un nuovo presidio.

I numerosi e piccoli complessi chirurgici decentrati cederanno il passo alle piastre operatorie, mentre la chirurgia diurna e la chirurgia ambulatoriale proporranno tecniche e percorsi fortemente differenziati all’interno della medesima struttura ospedaliera. In parallelo, per gestire una simile complessità, si affermerà il ruolo di un *operating room manager* in grado di relazionarsi efficacemente con tutti gli interlocutori in gioco rendendo il processo fluido, efficiente, sicuro ed efficace: di un “mediatore autorizzato” quindi, fuori dai “giochi” di potere e dagli interessi, e designato alla gestione organizzativa del servizio operatorio e alla risoluzione dei conflitti che in esso si vengono inevitabilmente a creare.

“Il fondamento del governo di una *burocrazia professionale* come quella medica in un reparto operatorio dipende dall’efficacia nel soddisfare gli interessi particolari dei professionisti direttamente coinvolti nel *core business*”.¹ Se l’elemento negativo, se il vincolo

caratterizzante dei prossimi anni sarà la carenza di risorse, e se il blocco operatorio costituisce uno dei settori a maggiore assorbimento di risorse di un moderno ospedale, il ruolo dell’OR manager è evidentemente cruciale. Esso non va però inventato: già c’è. Non crediamo che questo ruolo appartenga infatti a professionalità emergenti, sanitarie o non sanitarie: riteniamo che costituisca invece un nuovo scenario in cui declinare quelle capacità, tipiche dei “medici di organizzazione” di zanettiana memoria, di assicurare integrazione ai mille “particolari”, di generare una visione di insieme, di realizzare una conduzione strategica (nel budget, nelle scelte tecnologiche, nella modellistica organizzativa del comparto operatorio) e al contempo di fornire (attraverso la programmazione e il coordinamento tattico “day by day” delle attività correnti e degli inevitabili conflitti) una sua conduzione quotidiana senza perdere di vista – essendo medici prima di tutto – il punto di vista del paziente attorno a cui, sebbene in gran parte inconsapevole, il tutto ruota.

Abbiamo più volte paragonato un vecchio comparto operatorio “stand alone” a un quartetto d’archi dove uno dei concertisti (il primario chirurgo) poteva tranquillamente dirigere gli altri mentre suonava il suo strumento; e un moderno comparto operatorio “multi-sala”, invece, a un’orchestra sinfonica, dove assolutamente occorre un “direttore”: ma il direttore non è un tecnico dei processi; al contrario, è per provenienza un musicista come tutti gli altri, specializzato però nella direzione d’orchestra.

Accanto al “driver” centrale del cambiamento di scenario macroeconomico, e anche indipendentemente o in controtendenza rispetto ad esso, altri elementi tuttavia si stanno muovendo nel modificare in misura importante il contesto operatorio.

Riteniamo in particolare che la rapidissima evoluzione dell’“information technology” e dell’imaging impatteranno in misura fondamentale su tutte le caratteristiche del pro-

I DRIVER DEL CAMBIAMENTO

- Robotica
 - Imaging
 - IT
 - Miniaturizzazione
 - Architettura
 - Energia
 - "...omica"
 - Integrazione
 - Formazione
-

cesso operatorio, modificandone in modo radicale i layout, le dotazioni strumentali, i modelli organizzativi, la logistica, la sicurezza e le stesse modalità di training e di comunicazione tra i diversi professionisti sul campo. Discipline cliniche un tempo ben distinte si cedono ora reciprocamente il passo (la cardiocirurgia alla cardiologia interventistica, e questa alla neuroradiologia o alle tecniche di imaging virtuale) oppure studiano innovative sinergie. L'avvento della grande "robotica", quantunque al momento sospinto da dinamiche commerciali e di prestigio almeno di pari rango rispetto a quelle di un'effettiva "evidence" clinica, costituirà un ulteriore poderoso elemento di cambiamento di spazi, tempi e professionalità: chirurgo-robot, scrub-nurse robot, infermiera circolante-robot, trasporti automatizzati, sistemi di programmazione, di tracciabilità e di comunicazione "servo-assistiti" possono essere ritenuti per ora elementi in larga misura futuribili, ma non per questo certamente fantascientifici: la mano del chirurgo verrà talvolta sostituita o integrata da un moltiplicatore robotico dei gesti umani, l'occhio umano dall'acquisizione di immagini digitalizzate in cui "navigare" e con cui ricostruire la realtà pianificandone e personalizzandone il rimodellamento, l'energia ablativa del bisturi sarà sempre più affiancata e amplificata da nuove strumentazioni (onde d'urto intraoperatorie, radioterapia stereotassica guidata dall'imaging, IORT,

ecc.). Sotto questo profilo, l'introduzione diffusa delle nuove strumentazioni e tecniche si gioverà della miniaturizzazione che tipicamente contraddistingue ogni nuova tecnologia, e che agirà da un lato riducendo gli ingombri e i vincoli architettonici e di impianto, ma dall'altro aprendo nuovi campi di operatività un tempo inimmaginabili: a livello della realtà ancora "visibile", ad esempio, le capsule videoendoscopiche, la radiocirurgia interventistica, la chirurgia mini-invasiva, le tecniche di chirurgia endoscopica avanzata; e poi, nel campo dell'invisibile, la frontiera imminente delle "nanotecnologie".

Queste nuove applicazioni, di cui potremo apprezzare nel corso del prossimo decennio le capacità evolutive e diffusive "malgrado" il contesto macroeconomico sfavorevole, imporranno inoltre la drammatica esigenza di ripensare i modelli di formazione del moderno chirurgo e delle restanti professionalità, attraverso nuove modalità di apprendimento, *in vivo* e su simulatore, ben diverse dalla vecchia cupola operatoria o dallo sguardo diretto dallo scalino di acciaio posto dietro il primo operatore.

E a proposito di simulazione anche in ambito manageriale, particolarmente in tema di risk management, essa giocherà un ruolo strategico nella gestione delle criticità e della complessa interazione tra apparecchiature e operatori.

Infine, nel faticoso percorso di composizione del mosaico di elementi di cui è composta quest'opera non abbiamo mai dimenticato la necessità di uscire dagli angusti confini dell'orticello di casa nostra. Il mondo è globalizzato anche in sala operatoria e ciò che oggi viene realizzato in un qualsiasi ospedale del mondo, probabilmente già domani mattina raggiungerà un altro ospedale, un'altra nazione e, poco dopo, un altro continente. Da una parte, tutti gli autori, nei loro rispettivi capitoli, hanno travasato gli elementi che provengono dalla letteratura e da esperienze internazionali e dall'altra abbiamo fatto un ulteriore sforzo aggiungendo uno specifico spa-

zio di approfondimento su ciò che di innovativo e interessante si sta muovendo nelle grandi nazioni di riferimento. Siamo convinti che questo “respiro internazionale” arricchisce ulteriormente l’opera. Non dimentichiamo però che il rapporto tra noi e il “mondo” è dinamico poiché molte esperienze di casa nostra forniranno sicuramente materia di discussione ai colleghi di altre nazioni.

Ci auguriamo quindi che tutto ciò che abbiamo fatto sia di aiuto per fornire alla vasta “tribù” di progettisti, committenti, gestori e utenti un agile strumento di lavoro che permetta di realizzare modelli architettonici e organizzativi flessibili e il più possibile “durevoli”, senza però cedere nella trattazione a una illuministica e fantascientifica narrazione delle “magnifiche sorti e progressive” del comparto operatorio che probabilmente invece troverà, nella durezza della realtà congiunturale e nelle inerzie della nostra orga-

nizzazione sanitaria, elementi di riflessione e di “rallentamento” non privi di spunti di saggezza e positività. La verità è che, con dinamiche evolutive della portata di quelle sopracitate, nessuno è oggettivamente in grado di prevedere scenari realistici a oltre 5-8 anni da oggi; confessiamo infine di non volerci sottrarre in partenza all’onere, e al gusto, di riproporre un secondo volume, un “sequel” di questa narrazione, chissà, “vent’anni dopo”...

*Andrea Cambieri, Flavio Girardi,
Maria Elena D’Alfonso,
Achille M. Luongo, Matthias Bock*

1. Harris AOP, Zitzmann WG Jr, eds. Operating room management. Structure, strategies and economics. St Louis: Mosby, 1998.