

ANMDO 41^o

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere



ABSTRACT
CONTRIBUTI SCIENTIFICI

GOVERNARE E DECIDERE IN SANITÀ: AUTORI, REGISTI, ATTORI

PARMA 30 Settembre - 2 Ottobre 2015

41° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.

Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

GOVERNARE E DECIDERE IN SANITÀ: AUTORI, REGISTI, ATTORI

Parma, 30 Settembre - 2 Ottobre 2015

PRESIDENTE

Dott. Gianfranco Finzi

COMITATO SCIENTIFICO

Dott.ssa Paola Antonioli
Prof. Ugo Luigi Aparo
Dott. Alberto Appicciafuoco
Dott. Antonio Battista
Dott. Marco Bertozzi
Dott. Antonio Biamonte
Dott. Francesco Bisetto
Prof. Silvio Brusafiero
Prof. Cesare Catananti
Dott. Antonio Carbone
Dott.ssa Francesca Casassa
Dott. Rosario Cunsolo
Dott. Giovanni Dal Pozzolo
Dott. Carmelo Del Giudice
Dott. Oscar Di Marino
Dott. Bruno Falzea
Prof. Karl Kob
Dott. Rosario Lanzetta
Dott. Renato Li Donni

Dott. Giuseppe Matarazzo
Prof.ssa Ida Mura
Dott. Ottavio Nicastro
Dott.ssa Irene Pandiani
Prof. Gabriele Pelissero
Dott. Angelo Pellicanò
Dott. Giovanni Pieroni
Dott. Sergio Pili
Dott. Clemente Ponzetti
Dott. Roberto Predonzani
Dott. Stefano Reggiani
Dott. Antonio Scarmozzino
Dott. Giuseppe Schirripa
Dott. Gianluca Serafini
Dott. Domenico Stalteri
Dott.ssa Maria Addolorata Vantaggiato
Prof. Bruno Zamparelli
Dott. Giuseppe Zuccarello

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Prof. Ugo Luigi Aparo
Dott. Alberto Appicciafuoco
Prof. Cesare Catananti
Dott. Rosario Cunsolo
Dott. Carmelo Del Giudice

Prof. Karl Kob
Prof. Gabriele Pelissero
Dott. Clemente Ponzetti
Dott. Domenico Stalteri
Prof. Bruno Zamparelli

POSTER	11
COMUNICAZIONI	72

CASA EDITRICE
EDICOM

Via A. Corti - Milano
Tel. 0270633694 - Fax 0270633429
info@gsanews.it - www.gsanews.it

È vietata la riproduzione anche parziale della presente pubblicazione senza preventiva autorizzazione di EDICOM srl

Realizzazione grafica: T&T studio sas - Milano

Pubblicazione: Settembre 2015

GOVERNARE E DECIDERE IN SANITÀ: AUTORI, REGISTI, ATTORI

41° Congresso Nazionale ANMDO
Parma, 30 Settembre - 2 Ottobre 2015

Il Congresso Nazionale dell'ANMDO giunge in un momento difficile e delicato nella vita del Paese, anche per quanto riguarda la Sanità.

Il "cambiamento di sistema" in atto comporta la necessità di un ripensamento generale delle priorità, collettive e individuali, delle regole di funzionamento della vita pubblica, delle relazioni sociali.

Il Paese ha vissuto e vive un disagio diffuso e le prospettive percepibili di uscita da questo stato di cose non sono ancora chiare.

Viviamo in un clima in cui ormai da tempo il paradigma dominante è l'incertezza. Con l'incertezza abbiamo dovuto imparare a convivere. Nell'incertezza dobbiamo costruire un nuovo modo di pensare e di organizzare il nostro futuro. Non dobbiamo tuttavia permettere che l'incertezza costituisca un pretesto per frenare slanci e iniziative di cambiamento.

Anche per la nostra professione la situazione si presenta in linea con il clima che vive il Paese. Gli effetti delle politiche governative degli ultimi anni stanno ridisegnando il quadro generale. La riduzione dei posti letto, l'accorpamento e la chiusura di presidi ospedalieri, l'accorpamento e la soppressione delle Direzioni con la conseguente riduzione dei posti di lavoro, disegnano uno scenario troppo indistinto in cui la ricerca del risparmio invece di fare perno sull'innovazione, su migliori prestazioni con minor spesa è incentrata

sulla minor spesa attraverso tagli lineari e attraverso una rivisitazione delle modalità di gestione che, se individuata da persone non in possesso delle necessarie competenze, può ripercuotersi negativamente sulla qualità stessa delle prestazioni.

Questo stato di cose richiede che l'ANMDO s'impegno in una rinnovata azione di carattere politico e culturale, con l'obiettivo di contribuire in maniera determinante a garantire la sostenibilità, l'efficacia e l'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale. Proprio perché siamo in una fase d'incertezza strutturale, l'azione politica dell'ANMDO, i cui obiettivi sono già stati individuati in 8 punti contenuti nel "Documento di Politica Sanitaria per la Tutela della Salute", deve tenere conto di tutti gli interventi che in questi ultimi mesi hanno caratterizzato l'azione dei governi centrale e regionali e proporre una linea netta e chiara per il rispetto assoluto delle norme, delle regole, delle valenze contrattuali, per garantire forza e coesione al rilancio del sistema.

La nostra azione deve tenere conto delle trattative nazionali per il contratto, del blocco degli automatismi di progressione economica, degli interventi normativi che si sono succeduti sugli aspetti giuridici della nostra professione, degli interventi di riordino dei sistemi sanitari regionali. Deve tenere conto della compresenza di ventuno diversi sistemi sanitari per cui sono attualmente in atto le

riforme, con la conseguente promulgazione delle linee guida degli atti aziendali.

L'azione di tutela e di rilancio per la nostra categoria professionale deve tenere conto della necessità di rinnovamento e di modernizzazione dell'intero settore.

Dobbiamo lavorare per avere un Medico di Direzione sicuro, forte, capace di essere pienamente al servizio della sanità e dei cittadini, con tutte le garanzie e le prerogative necessarie a consentirci di svolgere al meglio e in piena serenità il nostro lavoro. Dobbiamo lavorare per la valorizzazione della professione e per le tutele di carattere sindacale e legale dei nostri associati.

Questa è anche la condizione essenziale per favorire una sempre maggiore professionalizzazione della categoria.

ANMDO è fortemente e visibilmente scesa in campo per garantire il pieno dispiegamento della professione medica e del lavoro di direzione sanitaria, ospedaliera e del territorio.

Negli ultimi anni ANMDO ha conosciuto uno slancio anche in ambito europeo, con l'ingresso nel prestigioso Bureau dell'EAHM, l'Associazione europea dei direttori di strutture ospedaliere, riconoscendo al nostro lavoro, anche in ambito internazionale, un ruolo attivo di elaborazione scientifica e progettuale di alto livello. Riconoscimento che ha avuto il proprio sigillo con l'assegnazione all'Italia e all'ANMDO dell'organizzazione del Congresso inter- ➔

GOVERNARE E DECIDERE IN SANITÀ: AUTORI, REGISTI, ATTORI

→ nazionale EAHM del 2016 che si terrà a Bologna dal 12 al 14 ottobre 2016.

Tuttavia, proprio in virtù delle considerazioni svolte sul cambiamento e sulla necessità d'innovazione, è giusto porsi una riflessione sul futuro dell'organizzazione sanitaria del nostro Paese e di riflesso sulla nostra missione.

Si deve pensare a come adeguare l'ANMDO di oggi al momento di trasformazione che stiamo vivendo, come società e come categoria professionale, adeguare l'ANMDO a rispondere alle nuove sfide poste dal cambiamento del modo di fare sanità oggi in Italia, nel pubblico come nel privato.

I Medici di Direzione, con gli altri soggetti decisionali in ambito sanitario e ospedaliero, devono costituire una rete coesa che sappia interloquire in maniera paritaria con i sistemi istituzionali. Devono saper porre in maniera

determinante il punto di vista di chi è sul campo e individuare le strade per essere interlocutori essenziali nella definizione delle strategie e delle scelte politiche. Una rete coesa e propositiva che diventa soggetto politico ai tavoli istituzionali.

Si è avviato un percorso che ha dato corpo a questa riflessione e che propone alla politica, le linee e le azioni strategiche dell'ANMDO di domani. In occasione del 41° Congresso questo documento sarà presentato per un proficuo dibattito.

Occorre pensare a un'Associazione snella, con meccanismi che agevolino il ricambio di genere e generazionale, garantendo equilibrio tra esperienza, competenze e visioni diverse. Serve un'Associazione attrattiva, capace di acquisire innovazione, risorse, abilità e competenze, con l'ingresso di nuovi soci e di nuove energie. Un'Associa-

zione che non esita ad abbandonare stanche ritualità e percorsi obsoleti, per innovare il proprio modo di proporsi, di discutere, di promuovere eventi e iniziative, a cominciare proprio dall'evento fondamentale, il proprio Congresso. Tutti elementi di riflessione cui i soci sono chiamati in occasione del 41esimo Congresso a dire la loro e a partecipare alla costruzione di una nuova identità associativa, adeguata ai tempi dell'oggi e del domani.

Il Congresso sarà momento di confronto e di scambio d'idee, esperienze, proposte e sarà anche un momento di grande aggregazione sociale, per rendere sempre più forti e saldi l'identità e il ruolo dell'ANMDO.

Il Presidente Nazionale ANMDO
Dott. Gianfranco Finzi

DOCUMENTO DI POLITICA SANITARIA PER LA TUTELA DELLA SALUTE

Gli effetti delle politiche governative degli ultimi anni stanno ridisegnando il quadro generale in cui si trova a operare il medico igienista. La riorganizzazione della spesa sanitaria, con la riduzione dei posti letto, l'accorpamento e la chiusura di presidi ospedalieri, l'accorpamento e la soppressione delle direzioni mediche di presidio con la conseguente riduzione dei posti di lavoro, sia per le qualifiche apicali che per i dirigenti medici, disegnano uno scenario troppo indistinto in cui la ricerca del risparmio, invece di fare perno sull'innovazione – migliori prestazioni con minor spesa – e sull'appropriatezza, è incentrata sulla minor spesa attraverso tagli lineari e attraverso una rivisitazione delle modalità di appalto, per cui si rischia di non poter più esercitare, specie da parte di chi è deputato alle funzioni igienico-organizzative, garanzia o controllo sulla qualità delle prestazioni.

Questo stato di cose pone la necessità per l'ANMDO di

una rinnovata azione da condurre su due fronti: quello culturale e quello politico, entrambi aventi come obiettivo generale l'efficienza del sistema sanitario del Paese e la sua efficacia assistenziale e sociale.

Cogliere la sfida già proposta dal Patto per la Salute significa affiancare, con proposte e suggerimenti, l'azione per uniformare un sistema che abbia come precipuo scopo quello di produrre sanità ma anche salute, che sia economicamente sostenibile, che investa in innovazione, ricerca, sviluppo tecnologico ed in formazione delle risorse umane. Perché ciò avvenga è indispensabile sviluppare un reale sistema di "governo clinico-organizzativo" basato sulla valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale.

I medici di direzione ospedaliera, dell'area territorio e cure primarie, dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica per la loro formazione igienico-organizzativa e per le loro competenze,

si propongono come soggetto autorevole e fondamentale interlocutore nel processo di decisione e di direzione del sistema sanitario per quanto concerne le politiche, gli strumenti e le azioni.

Il futuro della professione dei medici di direzione è strettamente connesso alla realizzazione di un sistema sanitario di qualità, che pur tenendo conto delle istanze dei professionisti, sia realmente centrato sulle esigenze e sui bisogni dei cittadini.

Alla luce di quanto esposto l'ANMDO ha individuato i seguenti 8 punti chiave per fornire il proprio positivo contributo al cambiamento.

Il Presidente Nazionale ANMDO

Dott. Gianfranco Finzi

I PUNTI PER UNA NUOVA SANITA'

1. Tutela del diritto alla salute

L'art.32 della Costituzione prevede la tutela del diritto alla salute. L'Associazione promuove e sostiene il mantenimento del Servizio sanitario nazionale e la garanzia dell'universalità, dell'equità di accesso ai servizi, del miglioramento della qualità dell'assistenza anche valorizzando il ruolo della sanità pubblica e dei suoi operatori, nell'ottica di promuovere e tutelare il bene salute.

2. Stato e Regioni

L'ANMDO sostiene la necessità di modificare il titolo V della Costituzione, riservando al livello centrale, oltre che la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e del finanziamento del SSN, anche compiti che garantiscano l'omogeneità programmatica ed organizzativa nelle regioni, al fine di offrire a tutti i cittadini della Repubblica le stesse opportunità di assistenza indipendentemente dai territori di appartenenza, esercitando compiti di verifica e controllo, nell'ottica del superamento dei livelli intermedi di governo.

3. Assistenza Sanitaria

L'erogazione dell'assistenza è garantita da dipartimento di prevenzione, dal distretto e servizi sovradistrettuali e dall'ospedale. Per ciascuna di tali macrostrutture va prevista la direzione da parte di dirigenti appartenenti alle rispettive discipline di sanità pubblica con l'esercizio della piena autonomia di gestione e di responsabilità.

L'ANMDO promuove l'applicazione degli strumenti di governo clinico, al fine di un miglioramento continuo dell'organizzazione, della qualità e della sicurezza dei servizi e delle prestazioni sanitarie, dedicando una particolare attenzione, anche attraverso specifiche iniziative formative, ai seguenti aspetti: implementazione di percorsi clinico-assistenziali basati su linee guida nazionali e internazionali, valutazione e introduzione dell'innovazione, eliminazione di procedure obsolete, introduzione degli audit clinici in tutte le strutture assistenziali. L'ANMDO si impegna a promuovere e sostenere l'integrazione tra assistenza e ricerca, e si prefigge l'obiettivo di incoraggiare le direzioni sanitarie,

anche attraverso specifiche iniziative formative, a voler svolgere un ruolo di leadership nel campo della ricerca assistenziale ("Health Care Research").

4. Pubblico e Privato

Il servizio sanitario pubblico è integrato dal sistema privato in un'ottica di alleanza strategica con complessivo indirizzo, governo e verifica di parte pubblica.

5. Impulso all'ammodernamento strutturale, di processi organizzativi e di informatizzazione

Lo Stato garantisce il sufficiente finanziamento delle fonti di investimento al fine di realizzare l'adeguamento alle norme intervenute nonché l'ammodernamento, la sostituzione o la riconversione delle strutture edilizie esistenti, con particolare riguardo all'informatizzazione delle stesse e all'aggiornamento della dotazione tecnologica, anche in un'ottica di gestione integrata del processo assistenziale e di creazione di reti cliniche. L'ANMDO si impegna a collaborare alla definizione della programmazione in materia di investimenti, anche attraverso le proprie competenze.

6. Integrazione ospedale-territorio

Il livello centrale individua un modello organizzativo di integrazione territorio-ospedale che le regioni devono applicare, con particolare riferimento ai servizi di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria e a quelli rivolti ad affrontare i problemi di salute legati alla cronicità e alla non autosufficienza, garantendo l'adozione di definiti percorsi diagnostico-terapeutici.

7. La comunicazione

Va ulteriormente favorita la capacità di ascolto dei cittadini e potenziate le forme di comunicazione e di informazione sui servizi. L'ANMDO ritiene che i medici di direzione debbano farsi carico di garantire i processi di interlocuzione con i cittadini e le loro organizzazioni.

8. Il medico di Direzione Medica Ospedaliera

L'Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera

(ANMDO), rappresentativa dei dirigenti medici di direzione organizzativa, mette a disposizione delle Istituzioni (Parlamento, Governo centrale, Istituzioni periferiche) le proprie competenze in materia programmatica ed organizzativa. Di particolare rilievo, a tale proposito, è il contributo che l'ANMDO offre nella definizione dei criteri per l'articolazione della rete ospedaliera e di quelli che definiscono l'ospedale. In tale ottica l'ANMDO ritiene, anche al fine dell'espletamento in sicurezza delle attività sanitarie e dei relativi percorsi assistenziali, nonché delle funzioni di direzione organizzativa, che:

- Ospedali con meno di 120 posti letto si accorpano ad uno o più edifici fino ad un massimo di 250 pl purché la distanza tra gli edifici sia inferiore a 10 Km
- Ospedale isolato con meno di 120 posti letto e con distanza inferiore a 10 Km è aggregabile a ospedali maggiori
- Ospedali con più di 120 posti letto non si possono aggregare fra loro. In ogni Ospedale, così come sopra definito, è previsto un direttore medico di presidio ospedaliero, figura obbligatoriamente prevista dal d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. ed una direzione medica di presidio ospedaliero la cui dotazione organica, anche al fine di garantire le vigenti disposizioni normative e in particolare contrattuali, sarà:
 - tra 120 e 250 posti letto: 3 dirigenti medici e 1 direttore medico
 - tra 251 e 400 posti letto: 4 dirigenti medici e 1 direttore medico
 - > 400 posti letto: si aggiunge 1 dirigente medico ogni ulteriori 100 PL

La complessità delle competenze e delle conoscenze necessarie per dirigere dal punto di vista organizzativo ed igienico sanitario le strutture sanitarie, richiede una formazione adeguata con il coinvolgimento delle Università, sulla base di modelli e contenuti omogenei stabiliti dal livello centrale.

OBIETTIVI DI RINNOVAMENTO E CAMBIAMENTO DELL'ANMDO

1. Rapporto sindacale

L'A.N.M.D.O. promuove la dignità professionale e il ruolo centrale dei medici dell'area igienico-organizzativa e di management sanitario, di prevenzione e dei servizi territoriali, delle Aziende Sanitarie pubbliche, attraverso la costruzione e la valorizzazione di una comunità di professionisti che condividono una stessa visione di tipo deontologico, scientifico e professionale in un settore dell'attività sanitaria di fondamentale importanza per il SSN e per la salute della comunità. L'ANMDO, coerentemente con il proprio Statuto, intende rafforzare il ruolo di tutela legale e sindacale considerato come tutela della professionalità e dei legittimi interessi della categoria.

Pertanto l'ANMDO tutela, dal punto di vista sindacale, legale e giurisdizionale, tutti i dirigenti medici che operano nella Sanità Pubblica e quindi nelle Direzioni Ospedaliere, nei Distretti, nelle strutture territoriali, nel Dipartimento della Prevenzione.

Poiché l'esperienza degli ultimi anni all'interno del Soggetto Sindacale ANPO ASCOTI FIALS Medici, non è stata in sintonia alle istanze e alle aspettative dei nostri iscritti, a tal proposito ANMDO ritiene di avviare un dibattito interno per definire il futuro percorso sindacale che garantisca maggiore tutela sindacale e legale nei confronti dei nostri associati, nonché la presenza diretta ai tavoli trattanti a livello centrale e decentrato.

Inoltre l'ANMDO s'impegna a approfondire ogni sforzo per ottenere i seguenti risultati:

- passaggio della disciplina "Direzione medica di presidio ospedaliero" dall'area di sanità pubblica all'area medica;
- indennità di 'Direttore di Dipartimento' per i Direttori Medici di Presidio Ospedaliero;
- eliminazione del limite di età per i Direttori Sanitari di Azienda Sanitaria.

Per consentire la massima competenza ai suddetti tavoli, i Presidenti delle sezioni regionali dovranno appartenere preferibilmente all'area contrattuale di Sanità pubblica.

2. Formazione

ANMDO da sempre si impegna quale promotore di eventi formativi e innovativi, a supporto delle funzioni dirigenziali e direzionali, sia a livello nazionale, sia con eventi formativi regionali e locali.

Alla luce di ciò e in vista dei nuovi scenari, ANMDO si propone di essere riconosciuta come istituzione formativa scientifica qualificata e certificata a livello nazionale in partnership con le Istituzioni Universitarie, e con la Scuola Di Pubblica Amministrazione.

A tal fine ANMDO è impegnata a fornire un percorso formativo strutturato post specializzazione sul territorio nazionale e a promuovere l'istituzione di un Albo dei professionisti formati nella gestione delle organizzazioni sanitarie e di Direttori Sanitari.

ANMDO promuove lo sviluppo di collaborazioni multiculturali tra soggetti professionali diversi, anche in ambito internazionale.

ANMDO auspica fortemente che le Scuole di specializzazione in Igiene prevedano nei programmi contenuti coerenti con le competenze dei Medici di direzione organizzativa.

3. ANMDO e Società Scientifiche

L'ANMDO intende rafforzare la collaborazione con le altre Società Scientifiche, nazionali ed estere, anche di discipline cliniche.

A tal fine l'Associazione intende promuovere l'appropriatezza clinica ed organizzativa, lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici e gestionali anche certificati, la valutazione e la efficacia dei modelli organizzativi, in modo da valorizzare le competenze e la professionalità dei medici della categoria rappresentata.

4. La Comunicazione: il cittadino al centro del sistema salute

ANMDO ritiene che sia necessario individuare nuove strategie per massimizzare il valore percepito dai pazienti e per raggiungere i migliori outcomes al minor costo. L'ANMDO propone di potenziare a tutti i livelli le capacità di ascolto del cittadino da parte del Servizio sanitario come elemento chiave per il miglioramento del sistema, anche attraverso innovative e più immediate forme di comunicazione.

Occorre adeguare la comunicazione in sanità verso un sistema che favorisca una più facile e immediata presa in carico, anche attraverso un dialogo costante tra cittadino e sistema sanitario, con la messa a disposizione di informazioni che consentano una sempre maggiore reciproca interlocuzione.

Per realizzare un sistema sanitario sempre più centrato sui reali bisogni del paziente, l'ANMDO s'impegna a contribuire al superamento dell'attuale frammentazione del sistema con l'obiettivo che l'assistenza venga effettuata nelle organizzazioni sanitarie in grado di erogare cure di eccellenza, appropriate e sicure.

5. Competenze specifiche

In tutti i presidi ospedalieri, alla Direzione medica di presidio, data la responsabilità igienico-organizzativa, fanno capo attività di gestione del rischio clinico, sistemi di valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche secondo i principi dell'evidence-based medicine, nonché la diffusione delle innovazioni. ANMDO si impegna inoltre a promuovere l'uso sistematico di processi di valutazione delle tecnologie (HTA) che prendino in considerazione priorità, appropriatezza e opportunità nella programmazione nazionale e regionale e nell'acquisizione aziendale di dispositivi medici e tecnologie.

FARE LE COSE GIUSTE PER GARANTIRE LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

La sostenibilità del nostro Sistema Sanitario Nazionale è diventata negli ultimi anni il tema cardine del confronto politico e sociale, che ha coinvolto anche il mondo scientifico e professionale.

La strada che è stata seguita dai governi che si sono succeduti, per rispondere anche a legittime esigenze di miglioramento dell'efficienza, è stata quella molto semplice della contrazione del finanziamento del SSN e di rilevanti tagli per ottenere la riduzione della spesa. Tale modalità di azione ha mostrato tuttavia tutti i suoi limiti, pregiudicando spesso la qualità dei servizi e mettendo in discussione l'equità di accesso alle cure. Come ha affermato la Commissione Igiene e Sanità del Senato in una sua recente relazione, "la sostenibilità della spesa può e deve essere affrontata come una sfida di pubblica priorità nella riallocazione delle risorse per soddisfare al meglio i bisogni della popolazione".

È del tutto evidente che può essere perseguita una diversa strategia basata sull'obiettivo di "spendere meglio", ridurre gli sprechi, disinvestire sulle prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate e riallocare le risorse verso le attività a maggior "valore" in grado di produrre i migliori risultati in termini di salute, ove possibile ai costi più bassi.

In realtà, affrontare il problema della produzione di prestazioni "inutili e ridondanti", che portano benefici scarsi o nulli e che espongono i pazienti anche a potenziali rischi,

è una esigenza percepita in una molteplicità di contesti internazionali, a partire da quello statunitense dove già da anni è stata posta la domanda "more is better?".

E nell'ultimo decennio si sono moltiplicate le iniziative mirate a promuovere una sanità parsimoniosa che garantisca una assistenza appropriata e che corrisponda alle necessità e ai bisogni reali dei pazienti: da campagne come Too Much Medicine promossa dal British Medical Journal, alle attività correlate al movimento che si ispira al "less is more", a conferenze e dibattiti su overdiagnosis e sovratrattamento, fino a recenti programmi come quello sulla Prudent Healthcare promosso dal governo gallese.

Le radici di questo interesse possono essere ricercate nell'incrocio tra diverse istanze:

- necessità di razionalizzare l'utilizzo delle risorse in sanità per rendere sostenibili i sistemi;
- diffusione della medicina basata sulle evidenze;
- progressiva attenzione scientifica e operativa (decisori, programmatori, professionisti) all'appropriatezza;
- progressivo aumento di dati correlati alla tematica "sicurezza del paziente" sugli effetti dannosi per la salute dell'uso non corretto degli strumenti preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
- crescente ruolo attivo del cittadino nelle decisioni che riguardano la propria salute.

Una delle iniziative più rilevanti in questo panorama è sicuramente quella di "Choosing Wisely" (scegliere saggiamente) promossa dall'American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM) e a cui hanno aderito diverse società scientifiche statunitensi ciascuna delle quali ha stilato una propria "Top Five List": un elenco di cinque prestazioni, procedure diagnostiche o terapeutiche, che pur essendo comunemente utilizzate nella pratica clinica, risultano inutili, non determinanti dei benefici significativi e possono essere fonte di rischi non giustificabili per i pazienti.

ANMDO ha mostrato forte interesse a tale approccio, aderendo in Italia al progetto Fare di più non significa fare meglio, promosso dal movimento Slow Medicine, che si ispira al programma Choosing Wisely. ANMDO si è inoltre proposta di fornire un proprio contributo originale attraverso la stesura di "liste", relative alle aree di competenza igienistica e organizzativa, che comprendano prestazioni di dubbia utilità e di promuovere invece interventi efficaci basati sulle evidenze disponibili, compatibili con il contesto in cui questi devono essere effettuati. Partendo dalla consapevolezza delle proprie specificità, si è scelto di focalizzare l'attenzione sull'ambito dell'Igiene Ospedaliera: una tematica che impatta in maniera significativa sulla salute, anche se, a differenza delle discipline cliniche, per lo più in modo indiretto, orientando e influenzando i comportamenti e le scelte degli operatori e delle organizzazioni. →

FARE LE COSE GIUSTE PER GARANTIRE LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

→ In uno spirito intersocietario e nell'intento di ampliare il più possibile i soggetti interessati, questa attività è stata realizzata insieme alla Società Italiana di Igiene, Medicina preventiva e Sanità pubblica (SItI) attraverso la creazione di un gruppo di lavoro "Choosing Wisely – ANMDO-SItI" e di uno specifico sottogruppo sull'Igiene Ospedaliera. L'ambito di scelta delle pratiche ha tenuto conto della rilevanza che ha nelle strutture sanitarie il rischio infettivo; importanza sottolineata dallo stesso Ministero della Salute, in ragione delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento. Tuttavia, come dice Harlan Krumholz, "Medicine plagued by knowledge gap (lack of evidence), knowing gap (ignorance of evidence), knowing-action gaps (not acting on evidence)"; una affermazione che mette l'accento su una criticità trasversale ai nostri sistemi sanitari: la grande

distanza tra la mole di evidenze scientifiche che vengono generate e la difficoltà a far diventare queste evidenze pratica routinaria dei professionisti e delle organizzazioni. In una frase: ci sono molte evidenze, ma occorre ancora imparare a metterle in pratica.

Con questo spirito, il gruppo di lavoro si è quindi prefissato di effettuare una attività che non fosse la ricerca di elementi di novità o produzione di ulteriori evidenze scientifiche e nemmeno solo cassa di risonanza per pratiche già largamente note e sostenute da ampia letteratura scientifica, ma di perseguire una linea di azione orientata alla possibilità di migliorare effettivamente la situazione del contesto nazionale, che oggi è anche caratterizzato da differenze quali-quantitative tra regioni nei servizi erogati e che, proprio per questo, ha notevoli margini di miglioramento. Le pratiche che sono state individuate e che saranno pre-

sentate al Congresso nazionale ANMDO che si svolgerà a Parma dal 30 settembre al 2 ottobre 2015, sono state scelte anche nella prospettiva della reale applicazione nelle strutture sanitarie del nostro Paese. La sfida che si pone, e che si auspica venga raccolta da quanti hanno responsabilità direzionali e organizzative, è quella di aggiungere qualità e sicurezza togliendo sprechi e inefficienze, facendo "le cose giuste", con evidente guadagno di salute e vantaggio economico.

*A cura del gruppo di lavoro
"Choosing Wisely – ANMDO-SItI"*

**G. Finzi, A. Agodi, B. Arru, F. Bert, S. Brusaferrò,
V. Ciorba, R. Cunsolo, O. Nicastro, G. Mazzi, I. Mura,
C. Pasquarella, G. Pieroni, R. Siliquini, L. Sodano**

41° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

POSTER

VALUTAZIONE DI IMPATTO ECONOMICO DELLA PATOLOGIA DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE NELL'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

A. Appicciafuoco¹, A. Poli², L. Tattini³, E. Fornai⁴

¹ Vice Direttore Sanitario, Azienda Sanitaria Firenze

² Direttore S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria Firenze

³ Direzione Sanitaria Aziendale Staff Vice Direttore Sanitario, Azienda Sanitaria Firenze

⁴ Assistente sanitario S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria Firenze

Parole chiave: Clostridium Difficile, valutazione economica

Introduzione. La patologia da Clostridium Difficile presenta, a causa della sua severità, dell'aumentata incidenza e della difficoltà nel contenimento della diffusione, in ambito sanitario un notevole impatto sia dal punto di vista clinico che economico. Una valutazione economica della patologia da Clostridium Difficile è indispensabile per capire la dimensione dei costi correlati e per intraprendere le strategie di miglioramento. L'Azienda sanitaria di Firenze ha progettato uno studio di valutazione economica con l'obiettivo di descrivere le spese imputabili a tale patologia e definire il peso economico incrementale legato alla gestione di questa complicanza.

Contenuti. È stato condotto uno studio retrospettivo in 5 ospedali dell'Azienda Sanitaria di Firenze. La popolazione arruolata è costituita da pazienti ricoverati in ospedale durante l'anno 2013 con diagnosi di infezione da Clostridium Difficile. I dati sono stati raccolti da diverse fonti: cartella clinica informatizzata, registro dimissioni ospedaliere e dalle inchieste epidemiologiche. Dei 187 casi notificati nel 2013, sono stati arruolati i pazienti che al momento del ricovero presentavano una diagnosi di patologia da Clostridium Difficile per un totale di n. 69 pazienti (19 maschi e 50 femmine), con un'età media di 82,13 anni (min 46 - max 98). I dati di questo studio mostrano che il costo incrementale medio totale per un paziente con Clostridium difficile è stato di circa 3.270 € all'anno.

La voce di costo maggiormente significativa, è stata il ricovero per un totale di 196.819 €, seguita dalla sanificazione ambientale 17.979 €, dalle spese di diagnostica 5.533 €, da altri trattamenti (trasfusioni di sangue) 2.580 € e dalle terapie antibiotiche 2.482 €.

Conclusioni. L'impatto economico più significativo è dato dal prolungamento della durata del ricovero e dall'insorgenza di recidive. Per controllare la crescita dei costi dettata da questi due parametri si auspica l'impiego di nuove opzioni terapeutiche affiancate a nuovi algoritmi diagnostici e terapeutici nella normale pratica clinica. La valutazione economica permette alle Direzioni Sanitarie, attraverso un lavoro multidisciplinare, di indirizzare una gestione attenta alla riduzione dell'impatto clinico e dei conseguenti costi economici attribuibili.

VALUTAZIONE DI IMPATTO ECONOMICO DELLA PATOLOGIA DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE NELL'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE



Alberto Appicciafuoco*, Anna Poli**, Laura Tattini***, Enrica Fornai****

*Vice Direttore Sanitario, Azienda Sanitaria Firenze

**Direttore S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria Firenze

***Direzione Sanitaria Aziendale Staff Vice Direttore Sanitario, Azienda Sanitaria Firenze

****Assistente sanitario S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria Firenze

Parole chiave: Clostridium Difficile, valutazione economica

Introduzione: La patologia da Clostridium Difficile presenta, a causa della sua severità, dell'aumentata incidenza e della difficoltà nel contenimento della diffusione, in ambito sanitario un notevole impatto sia dal punto di vista clinico che economico. Una valutazione economica della patologia da Clostridium Difficile è indispensabile per capire la dimensione dei costi correlati e per intraprendere le strategie di miglioramento. L'Azienda sanitaria di Firenze ha progettato uno studio di valutazione economica con l'obiettivo di descrivere le spese imputabili a tale patologia e definire il peso economico incrementale legato alla gestione di questa complicanza.

Contenuti: È stato condotto uno studio retrospettivo in 5 ospedali dell'Azienda Sanitaria di Firenze. La popolazione arruolata è costituita da pazienti ricoverati in ospedale durante l'anno 2013 con diagnosi di infezione da Clostridium Difficile. I dati sono stati raccolti da diverse fonti: cartella clinica informatizzata, registro dimissioni ospedaliere e dalle inchieste epidemiologiche. Dei 187 casi notificati nel 2013, sono stati arruolati i pazienti che al momento del ricovero presentavano una diagnosi di patologia da Clostridium Difficile per un totale di n. 69 pazienti (19 maschi e 50 femmine), con un'età media di 82,13 anni (min 46 - max 98). I dati di questo studio mostrano che il costo incrementale medio totale per un paziente con Clostridium difficile è stato di circa 3.270 € all'anno.

La voce di costo maggiormente significativa, è stata il ricovero per un totale di 196.819 €, seguita dalla sanificazione ambientale 17.979 €, dalle spese di diagnostica 5.533 €, da altri trattamenti (trasfusioni di sangue) 2.580 € e dalle terapie antibiotiche 2.482 €.

Giornate di degenza						
	Standard					
Count	Mean	Deviation	Median	Minimum	Maximum	Range
69	12,84	7,68	0,93	1	35	34

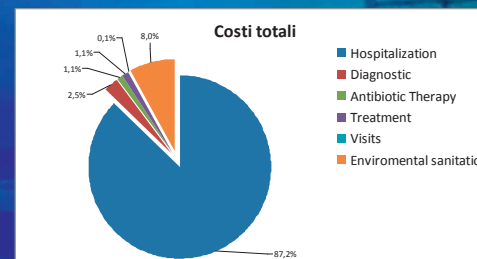
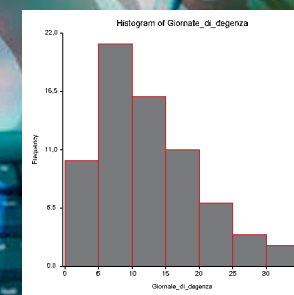


Table 5 - Results: Total costs and mean cost per patient

	Total cost	Mean cost per patient	Percent
Hospitalization	€196.819	€2.852	87,2%
Diagnostic	€5.533	€80	2,5%
Antibiotic Therapy	€2.482	€36	1,1%
Treatment	€2.580	€37	1,1%
Visits	€300	€4	0,1%
Enviromental sanitation	€17.979	€261	8,0%
Total Costs	€225.692	€3.271	100%

Conclusioni: L'impatto economico più significativo è dato dal prolungamento della durata del ricovero e dall'insorgenza di recidive. Per controllare la crescita dei costi dettata da questi due parametri si auspica l'impiego di nuove opzioni terapeutiche affiancate a nuovi algoritmi diagnostici e terapeutici nella normale pratica clinica. La valutazione economica permette alle Direzioni Sanitarie, attraverso un lavoro multidisciplinare, di indirizzare una gestione attenta alla riduzione dell'impatto clinico e dei conseguenti costi economici attribuibili.

IMPLEMENTAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI NELL'AOUP PER IL CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA

F. Aquino¹, E. Golgini², T. Corona³, L. Dal Canto⁴, C. Braccini⁵, A. Testi⁵, A. Vannozi⁵, B. Zicarelli⁵, G. Privitera⁶, F. Gemmi⁷

¹ Medico specializzando Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva UNIFI;

² Dirigente medico Direzione Sanitaria AOUP; ³ Direttore Dipartimento del Farmaco AUSL 5 Pisa;

⁴ Direttore U.O. Farmaceutica: Gestione del farmaco AOUP; ⁵ Dirigente farmacista Dipartimento del Farmaco AUSL 5 Pisa; ⁶ Direttore U.O. Igiene ed Epidemiologia AOUP/ Direttore Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva UNIFI; ⁷ Direttore Sanitario AOUP

Parole chiave: Azienda Ospedaliero Universitaria, Farmaceutica, Distribuzione Diretta (DD)

Introduzione. La situazione odierna in un contesto di crisi economica e di riduzione della spesa pubblica ci impone una razionalizzazione delle risorse impiegate nel settore farmaceutico finalizzata a garantire le migliori cure a tutti, andando ad eliminare gli sprechi. La distribuzione diretta (DD) consiste nella erogazione direttamente da parte dell'azienda/unità sanitaria locale dei farmaci ai pazienti dimessi da ricovero e da visita specialistica ambulatoriale limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, in assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare. I farmaci sono acquistati dall'ente pubblico direttamente dalle ditte produttrici beneficiando di sconti legati ai grandi volumi d'acquisto con un risparmio medio del 50% e conseguente riduzione sostanziale dell'impiego di risorse per il SSN. Questa modalità di distribuzione, introdotta nel 1992 con finalità di garantire maggiore continuità terapeutica, assume con la legge 405/2001 importanza in relazione al controllo della spesa farmaceutica. La Regione Toscana ha inserito l'attivazione della distribuzione diretta su tutto il suo territorio nel Piano Sanitario Regionale 2012-2015 e deliberato successivamente per una sua implementazione.

Contenuti. In questo contesto si colloca l'accordo fra Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP) ed Azienda USL 5 di Pisa (AUSL 5) e l'inizio di un progetto interaziendale finalizzato all'implementazione della distribuzione diretta in senso stretto alla dimissione dei pazienti o dopo visita ambulatoriale presso l'AOUP. Di conseguenza la Direzione Aziendale della AOUP ha posto come obiettivo per l'anno 2015 la riduzione del 50% su base annua delle ricette farmaceutiche prescritte dai medici della AOUP ed inviate alle farmacie aperte al pubblico. È stato quindi deciso di organizzare degli incontri con i medici prescrittori tenendo conto prioritariamente delle strutture che presentavano più criticità dovute ad una maggior quota di ricette in farmaceutica convenzionata. Il calendario degli incontri si è svolto fra i mesi di febbraio e maggio 2015. Il risparmio, stimato su base annua, della corrispettiva diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata lorda e della remunerazione alle farmacie per la distribuzione per conto (DPC) è stato fissato rispettivamente intorno ai 430.000 euro e 38.000 euro.

Conclusioni. La rilevazione effettuata al 30.06.2015, relativa al primo semestre del 2015, evidenzia un decremento già consolidato del 8,41% delle ricette inviate alle farmacie convenzionate del territorio, con una diminuzione del valore lordo della spesa farmaceutica del 10,83% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (Tab. 1) e una riduzione della remunerazione per la DPC del 9,63% (Tab. 2). Ciò testimonia i risultati positivi ottenuti con il progetto intrapreso, nonostante questo abbia avuto inizio solo nella seconda parte del semestre considerato.



IMPLEMENTAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI NELL'AOUP PER IL CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA

Aquino F.¹, Golgini E.², Corona T.³, Dal Canto L.⁴, Braccini C.⁵, Testi A.⁵, Vannozi A.⁵, Zicarelli B.⁵, Privitera G.⁶, Gemmi F.⁷

1. Medico specializzando Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva UNIFI, 2. Dirigente medico Direzione Sanitaria AOUP, 3. Direttore Dipartimento del Farmaco AUSL 5 Pisa, 4. Direttore U.O. Farmaceutica: Gestione del farmaco AOUP, 5. Dirigente farmacista Dipartimento del Farmaco AUSL 5 Pisa, 6. Direttore U.O. Igiene ed Epidemiologia AOUP/ Direttore Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva UNIFI, 7. Direttore Sanitario AOUP

Introduzione

La situazione odierna in un contesto di crisi economica e di riduzione della spesa pubblica ci impone una razionalizzazione delle risorse impiegate nel settore farmaceutico finalizzata a garantire le migliori cure a tutti, andando ad eliminare gli sprechi. La distribuzione diretta (DD) consiste nella erogazione direttamente da parte dell'azienda/unità sanitaria locale dei farmaci ai pazienti dimessi da ricovero e da visita specialistica ambulatoriale limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, in assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare. I farmaci sono acquistati dall'ente pubblico direttamente dalle ditte produttrici beneficiando di sconti legati ai grandi volumi d'acquisto con un risparmio medio del 50% e conseguente riduzione sostanziale dell'impiego di risorse per il SSN. Questa modalità di distribuzione, introdotta nel 1992 con finalità di garantire maggiore continuità terapeutica, assume con la legge 405/2001 importanza in relazione al controllo della spesa farmaceutica. La Regione Toscana ha inserito l'attivazione della distribuzione diretta su tutto il suo territorio nel Piano Sanitario Regionale 2012-2015 e deliberato successivamente per una sua implementazione.

Contenuti

In questo contesto si colloca l'accordo fra Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP) ed Azienda USL 5 di Pisa (AUSL 5) e l'inizio di un progetto interaziendale finalizzato all'implementazione della distribuzione diretta in senso stretto alla dimissione dei pazienti o dopo visita ambulatoriale presso l'AOUP. Di conseguenza la Direzione Aziendale della AOUP ha posto come obiettivo per l'anno 2015 la riduzione del 50% su base annua delle ricette farmaceutiche prescritte dai medici della AOUP ed inviate alle farmacie aperte al pubblico. È stato quindi deciso di organizzare degli incontri con i medici prescrittori tenendo conto prioritariamente delle strutture che presentavano più criticità dovute ad una maggior quota di ricette in farmaceutica convenzionata. Il calendario degli incontri si è svolto fra i mesi di febbraio e maggio 2015. Il risparmio, stimato su base annua, della corrispettiva diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata lorda e della remunerazione alle farmacie per la distribuzione per conto (DPC) è stato fissato rispettivamente intorno ai 430.000 euro e 38.000 euro.



Tab. 1: Variazione della spesa farmaceutica convenzionata fra il 1° semestre 2014 e 2015.

AOUP 1° semestre 2015 vs 2014	Farmaceutica convenzionata	
	Ricette	Spesa lorda/€
gen-giu 2014	24.053	454.413,69
gen-giu 2015	22.031	405.207,52
delta (Δ) %	-8,41	-10,83

Tab. 2: Variazione della remunerazione delle farmacie per la DPC nello stesso periodo.

AOUP 1° semestre 2015 vs 2014	DPC	
	Confezioni	Remunerazione farmacie/€
gen-giu 2014	6.625	36.371,25
gen-giu 2015	5.667	32.868,60
delta (Δ) %	-14,47	-9,63

Conclusioni

La rilevazione effettuata al 30.06.2015, relativa al primo semestre del 2015, evidenzia un decremento già consolidato del 8,41% delle ricette inviate alle farmacie convenzionate del territorio, con una diminuzione del valore lordo della spesa farmaceutica del 10,83% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente [Tab. 1] e una riduzione della remunerazione per la DPC del 9,63% [Tab. 2]. Ciò testimonia i risultati positivi ottenuti con il progetto intrapreso, nonostante questo abbia avuto inizio solo nella seconda parte del semestre considerato.

AO ORDINE MAURIZIANO DI TORINO: LA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO GUIDA LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

R. Arione¹, A. Vitale², M. Giacometti³, M. Zucca⁴, L. Sandrone⁴, M. Perino⁴, L. Pala⁵, C. Odiard⁵, G. Macorig⁵, D. Mirandola⁵, N. Veronese⁵, S. Falco⁶

¹ Direttore Sanitario d'Azienda, AO Ordine Mauriziano; ² Dirigente medico SC Direzione Medica di PO, AO Ordine Mauriziano; ³ Medico in formazione specialistica, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino; ⁴ Nucleo Ospedaliero Continuità delle Cure, AO Ordine Mauriziano; ⁵ Servizio Sociale, AO Ordine Mauriziano; ⁶ Direttore Generale, AO Ordine Mauriziano

Parole chiave: Continuità assistenziale, dimissioni pianificate, strumento operativo

Introduzione. La continuità assistenziale, tra il livello di assistenza primaria e quello ospedaliero, costituisce un punto nevralgico per sviluppare una logica di sistema tra i diversi attori del SSN.

Il problema della corretta dimissione e presa in carico del paziente è maggiormente rilevante per le patologie croniche e complesse, in cui è importante superare l'approccio specialistico, tenendo conto, accanto alla dimensione clinica, della dimensione assistenziale e socio-relazionale, necessaria a garantire una presa in carico efficace della cronicità. Solo in questo modo è possibile ipotizzare l'avvio di un progetto adeguato.

Nell'esperienza dell'AO Mauriziano emerge come i tempi d'attesa del ricovero post ospedaliero siano molto variabili a seconda della struttura e del livello di riabilitazione richiesti.

Contenuti. Risulta fondamentale, quindi, che tutte le complessità clinico-assistenziali e gli altri fattori (sociali, familiari, economici ...) che influiscono su un ritardo nelle dimissioni, vengano evidenziati sin dal momento del ricovero o allo stabilizzarsi della situazione clinica.

È stato, quindi, elaborato uno strumento operativo informatizzato che consente la rapida registrazione di tutti i pazienti che vanno incontro ad un processo di dimissione difficile.

Alla compilazione del file partecipano tutti i soggetti coinvolti nel processo (infermieri NOCC, assistenti sociali, operatori dei reparti).

Conclusioni. Obiettivo intermedio è quello di effettuare un monitoraggio delle dimissioni ritardate o pianificate, un'analisi delle criticità e la successiva condivisione con proposta di soluzioni. Il metodo utilizzato sarà la compilazione di un cruscotto informatico che permetta di elaborare statistiche per giorni di degenza, progetti di dimissione, differenti tipologie di trasferimenti in continuità assistenziale, ASL di residenza. Questo file è costruito in modo tale da soddisfare anche le richieste ricevute dalle ASL di riferimento nell'ambito del tavolo cittadino interaziendale sulla continuità, oltre che favorire l'implementazione dell'informatizzazione della presa in carico di pazienti con previsione di dimissione difficile.

Obiettivo finale è quello di identificare, sperimentare e validare un insieme di indicatori specifici di continuità assistenziale per determinate patologie, senza tralasciare la verifica della sostenibilità, specificità e sensibilità degli stessi, evidenziando anche le problematiche relative all'utilizzo degli attuali sistemi informativi. Una proposta di indicatori potrebbe essere:

- degenza media in gg <= media regionale di riferimento per DRG;
- 100% pz in area medica con necessità di dimissioni pianificate hanno segnalazione NOCC;
- 100% segnalazioni NOCC prese in carico nelle 48 ore dal ricovero;
- Invio dati all'ASL TO1 e TO2 su dimissioni da Mauriziano verso LD, CAVS, riabilitazione ecc.

In tale contesto, il ruolo dei medici operanti presso le DMPO è strategico: i nuovi problemi emergenti richiedono nuove specifiche capacità operative e di "regia", supportate da opportuni strumenti professionali. Risulta, quindi, fondamentale intraprendere un percorso di collaborazione tra la DMPO e tutte le strutture ed i professionisti coinvolti.

Il Medico di Direzione, all'interno di tale percorso, si pone come garante del miglioramento delle interfacce professionali e come coordinatore dei percorsi condivisi, stimolando il ripensamento dei modelli di lavoro sia all'interno delle cure primarie sia nell'ambito delle cure specialistiche.



*Arione R, **Vitale A, ***Giacometti M, °Zucca M, °Sandrone L, °Perino M, °Pala L, °°Odiard C, °°Macorig G, °°Mirandola D, °°Veronese N, °°°Falco S.

*Direttore Sanitario d'Azienda, AO Ordine Mauriziano

**Dirigente medico SC Direzione Medica di PO, AO Ordine Mauriziano

***Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

*Nucleo Ospedaliero Continuità delle Cure, AO Ordine Mauriziano

**Servizio Sociale, AO Ordine Mauriziano

***Direttore Generale, AO Ordine Mauriziano

INTRODUZIONE

La continuità assistenziale, tra il livello di assistenza primaria e quello ospedaliero, costituisce un punto nevralgico per sviluppare una logica di sistema tra i diversi attori del SSN.

Il problema della corretta dimissione e presa in carico del paziente è maggiormente rilevante per le patologie croniche e complesse, in cui è importante superare l'approccio specialistico, tenendo conto, accanto alla dimensione clinica, della dimensione assistenziale e socio-relazionale, necessaria a garantire una presa in carico efficace della cronicità. Solo in questo modo è possibile ipotizzare l'avvio di un progetto adeguato.

Nell'esperienza dell'AO Mauriziano emerge come i tempi d'attesa del ricovero post ospedaliero siano molto variabili a seconda della struttura e del livello di riabilitazione richiesti.

CONTENUTI

Risulta fondamentale, quindi, che tutte le complessità clinico-assistenziali e gli altri fattori (sociali, familiari, economici,..) che influiscono su un ritardo nelle dimissioni, vengano evidenziati sin dal momento del ricovero o allo stabilizzarsi della situazione clinica.

È stato, quindi, elaborato uno strumento operativo informatizzato che consente la rapida registrazione di tutti i pazienti che vanno incontro ad un processo di dimissione difficile.

Alla compilazione del file partecipano tutti i soggetti coinvolti nel processo (infermieri NOCC, assistenti sociali, operatori dei reparti).

CONCLUSIONI

Obiettivo intermedio è quello di effettuare un monitoraggio delle dimissioni ritardate o pianificate, un'analisi delle criticità e la successiva condivisione con proposta di soluzioni. Il metodo utilizzato sarà la compilazione di un cruscotto informatico che permetta di elaborare statistiche per giorni di degenza, progetti di dimissione, differenti tipologie di trasferimenti in continuità assistenziale, ASL di residenza. Questo file è costruito in modo tale da soddisfare anche le richieste ricevute dalle ASL di riferimento nell'ambito del tavolo cittadino interaziendale sulla continuità, oltre che favorire l'implementazione dell'informatizzazione della presa in carico di pazienti con previsione di dimissione difficile.

Obiettivo finale è quello di identificare, sperimentare e validare un insieme di indicatori specifici di continuità assistenziale per determinate patologie, senza tralasciare la verifica della sostenibilità, specificità e sensibilità degli stessi, evidenziando anche le problematiche relative all'utilizzo degli attuali sistemi informativi.

Una proposta di indicatori potrebbe essere:

- degenza media in gg <= media regionale di riferimento per DRG;
- 100% pz in area medica con necessità di dimissioni pianificate hanno segnalazione NOCC;
- 100% segnalazioni NOCC prese in carico nelle 48 ore dal ricovero;
- Invio dati all'ASL TO1 e TO2 su dimissioni da Mauriziano verso LD, CAVS, riabilitazione, ecc.

In tale contesto, il ruolo dei medici operanti presso le DMPO è strategico: i nuovi problemi emergenti richiedono nuove specifiche capacità operative e di "regia", supportate da opportuni strumenti professionali.

Risulta, quindi, fondamentale intraprendere un percorso di collaborazione tra la DMPO e tutte le strutture ed i professionisti coinvolti.

Il Medico di Direzione, all'interno di tale percorso, si pone come garante del miglioramento delle interfacce professionali e come coordinatore dei percorsi condivisi, stimolando il ripensamento dei modelli di lavoro sia all'interno delle cure primarie sia nell'ambito delle cure specialistiche.

TRANSITIONAL CARE NELLE MALATTIE RARE: COSTRUZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA TRANSIZIONE DEI PAZIENTI PEDIATRICI

M.C. Azzolina¹, E. Fusaro², R. Lala³, M. Torchio⁴, A. Scarmozzino¹

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino; ¹ S.C. Direzione Sanitaria Presidio Molinette;

² S. C. Reumatologia P.O. Molinette; ³ S.C. Endocrinologia pediatrica P.O. OIRM; ⁴ S.C. Medicina interna

Parole chiave: transizione, malattia rara, paziente pediatrico

Introduzione. La transizione è il processo di passaggio di competenze e responsabilità dal team socio-assistenziale pediatrico al team dell'adulto e contemporaneamente è il processo di assunzione di competenze e responsabilità del paziente inteso come soggetto autonomo dalla famiglia.

Le patologie rare sono definite dalla prevalenza inferiore ad 1/2000 abitanti nella Comunità Europea e per le caratteristiche di gravità, cronicità e potenziale disabilità.

La maggior parte di esse hanno origine genetica ed insorgono in età pediatrica.

La transizione necessita di un trasferimento di conoscenze dal team pediatrico a quello dell'adulto. È necessario altresì educare i giovani pazienti per prepararli al ruolo di partner effettivi della propria transizione.

Contenuti. Nell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino coesistono strutture pediatriche e dell'adulto per la quasi totalità delle discipline specialistiche e sono già presenti molte attività di transizione relative a singole patologie. Per approfondire questa tematica nel marzo 2012 con deliberazione del Direttore Generale è stato formalizzato il Gruppo Aziendale Transizione per le Malattie Rare.

Il primo atto del Gruppo è stato quello di censire le attività di transizione già presenti che hanno evidenziato una ricca e articolata offerta assistenziale.

L'indagine evidenziava altresì la carenza di percorsi per pazienti con patologia rara, spesso anche ad elevata complessità assistenziale come la grave disabilità fisica e mentale, a fronte della necessità di una presa in carico globale del paziente, che non può limitarsi al singolo episodio che ha determinato il primo accesso, ma che deve necessariamente essere un primo momento di una continuità assistenziale. Obiettivo del progetto è l'ottimizzazione diagnostica e terapeutica, utilizzando le alte competenze presenti in Azienda e prevedendo percorsi specifici dedicati.

È stato previsto un percorso di cura "facilitato" per il paziente pediatrico in transizione che prevede, quale elemento principale, la costituzione di un ambulatorio interdisciplinare presso il DH Centralizzato del Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica, nel quale a cadenza settimanale vengono valutati i pazienti inviati dal Presidio Ospedaliero Regina Margherita.

Oltre il passaggio diretto di informazioni dal Pediatra all'Internista, è prevista un'area comune sul sistema informativo aziendale onde poter accedere facilmente ad una relazione riassuntiva della storia clinica del paziente in età pediatrica.

Il paziente, preso in carico dal medico internista di riferimento, inizierà quindi un percorso all'interno dell'azienda costruito sulle sue necessità assistenziali.

Per questo sono stati individuati gli operatori e le strutture maggiormente coinvolti, onde facilitare sia il confronto tra operatori sia la presa in carico specialistica, quando necessaria.

Conclusioni. L'ambulatorio Transitional Care ha iniziato la sua attività il 9/4/2015 ed accoglie al momento due pazienti alla settimana. Si prevede un monitoraggio costante dell'attività, modulandola a seconda della domanda.

Principali ricadute di questo modello organizzativo sono:

- riduzione del vuoto assistenziale nella fase di passaggio dall'età pediatrica all'età adulta
- maggior consapevolezza della malattia e miglior aderenza alla cura da parte dei pazienti
- aumento delle conoscenze e delle competenze relative alle diverse malattie rare
- monitoraggio dell'attività dal punto di vista clinico e organizzativo.

Transitional Care nelle Malattie Rare: costruzione di un modello organizzativo per la transizione dei pazienti pediatrici

*Maria Carmen Azzolina, *Enrico Fusaro, *Roberto Lala, *Mauro Torchio, *Antonio Scarmozzino

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

- * S.C. Direzione Sanitaria Presidio Molinette
- * S. C. Reumatologia P.O. Molinette
- * S.C. Endocrinologia pediatrica P.O. OIRM
- * S.C. Medicina interna 5



Introduzione

La transizione è il processo di passaggio di competenze e responsabilità dal team socio-assistenziale pediatrico al team dell'adulto e contemporaneamente è il processo di assunzione di competenze e responsabilità del paziente inteso come soggetto autonomo dalla famiglia.

Le patologie rare sono definite dalla prevalenza inferiore ad 1/2000 abitanti nella Comunità Europea e per le caratteristiche di gravità, cronicità e potenziale disabilità.

La maggior parte di esse hanno origine genetica ed insorgono in età pediatrica.

La transizione necessita di un trasferimento di conoscenze dal team pediatrico a quello dell'adulto. È necessario altresì educare i giovani pazienti per prepararli al ruolo di partner effettivi della propria transizione.

Contenuti

Nell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino coesistono strutture pediatriche e dell'adulto per la quasi totalità delle discipline specialistiche e sono già presenti molte attività di transizione relative a singole patologie. Per approfondire questa tematica nel marzo 2012 con deliberazione del Direttore Generale è stato formalizzato il Gruppo Aziendale Transizione per le Malattie Rare. Il primo atto del Gruppo è stato quello di censire le attività di transizione già presenti che hanno evidenziato una ricca e articolata offerta assistenziale.

L'indagine evidenziava altresì la carenza di percorsi per pazienti con patologia rara, spesso anche ad elevata complessità assistenziale come la grave disabilità fisica e mentale, a fronte della necessità di una **presa in carico globale** del paziente, che non può limitarsi al singolo episodio che ha determinato il primo accesso, ma che deve necessariamente essere un primo momento di una continuità assistenziale.

Obiettivo del progetto è l'ottimizzazione diagnostica e terapeutica, utilizzando le alte competenze presenti in Azienda e prevedendo percorsi specifici dedicati.

È stato previsto un percorso di cura "facilitato" per il paziente pediatrico in transizione che prevede, quale elemento principale, la costituzione di un ambulatorio interdisciplinare presso il DH Centralizzato del Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica, nel quale a cadenza settimanale vengono valutati i pazienti inviati dal Presidio Ospedaliero Regina Margherita.

Oltre il passaggio diretto di informazioni dal Pediatra all'Internista, è prevista un'area comune sul sistema informativo aziendale onde poter accedere facilmente ad una relazione riassuntiva della storia clinica del paziente in età pediatrica.

Il paziente, preso in carico dal medico internista di riferimento, inizierà quindi un percorso all'interno dell'azienda costruito sulle sue necessità assistenziali.

Per questo sono stati individuati gli operatori e le strutture maggiormente coinvolti, onde facilitare sia il confronto tra operatori sia la presa in carico specialistica.



Conclusioni

L'ambulatorio Transitional Care ha iniziato la sua attività il 9/4/2015 ed accoglie al momento due pazienti alla settimana. Si prevede un monitoraggio costante dell'attività, modulandola a seconda della domanda.

Principali ricadute di questo modello organizzativo sono:

- riduzione del vuoto assistenziale nella fase di passaggio dall'età pediatrica all'età adulta
- maggior consapevolezza della malattia e miglior aderenza alla cura da parte dei pazienti
- aumento delle conoscenze e delle competenze relative alle diverse malattie rare
- monitoraggio dell'attività dal punto di vista clinico e organizzativo.

IL FENOMENO INFORTUNISTICO DA RISCHIO BIOLOGICO NEL TRIENNIO 2012-2014 NEGLI OSPEDALI ASL 3 DI PISTOIA: ANALISI ED INTERVENTI PREVENTIVI

M. Baldeschi¹, S. Biagini², R. Forzoni², A. Carrara², S. Bartolini³, L. Pastacaldi⁴,
D. Reami^{*}, L. Lippi⁵, R. Biagini¹, G. Corsini¹, E. Cortesi¹

¹ Medico Direzione Sanitaria; ² Tecnico SPP; ³ Infermiere Direzione Sanitaria;

⁴ Medico Competente; ⁵ Responsabile SPP

Parole chiave: infortuni, ospedale

Introduzione. L'OMS stima che ogni anno più di due milioni di operatori sanitari hanno una lesione cutanea con oggetti taglienti contaminati. Studi recenti concludono che l'utilizzo di aghi con protezione e la formazione continua riducono il rischio di natura biologica.

Contenuti. Sono stati presi in considerazione gli infortuni di natura biologica occorsi nel triennio 2012-2014. Questi sono stati analizzati in base al profilo professionale di appartenenza, alla causa violenta ed alle ore lavorate. È stato calcolato l'indice di frequenza. Nel 2012 il numero di infortuni da rischio biologico sono stati 62; 72 nel 2013 e 51 nel 2014. L'aumento relativo al 2013 è conseguente della formazione continua rivolta agli operatori, la quale li ha sicuramente resi più sensibili rispetto al problema provocando più denunce. Ancora oggi si tende a sottodenunciare ma meno rispetto al passato. Il calo relativo al 2014 è conseguente alla messa in uso di strumenti con protezioni. Nel primo grafico si nota che gli infermieri sono la categoria più a rischio. Nel corso dei tre anni assistiamo ad una riduzione del trend sia nei medici che negli infermieri. Notare il calo dell'indice di frequenza (grafico 2); soprattutto per gli infermieri nel biennio 2013-2014.

L'analisi relativa alle cause degli infortuni biologici mostra che, come da letteratura, la principale è la puntura con ago da siringa. Segue la contaminazione con liquidi biologici e con sangue e la puntura con ago sutura. Non è stato calcolato l'indice di gravità in quanto la maggior parte di questi eventi non provocano inabilità temporanea. Tuttavia, gli eventuali esiti a medio e lungo termine possono essere severi per possibili gravi infezioni di natura virale. Non meno importante è lo stress cui è soggetto l'operatore infortunato.

Conclusioni. Anche il nostro studio dimostra che l'attività formativa degli operatori sanitari è fondamentale per ridurre gli infortuni biologici. Azione che deve essere continua e che deve iniziare già durante gli studi universitari. Anche l'utilizzo di strumenti taglienti e pungenti aventi dispositivo di protezione contribuisce a ridurre il numero degli eventi. Quest'ultima azione di prevenzione è stata introdotta gradualmente in azienda (in alcuni reparti pilota) ed è in fase di sperimentazione per valutarne i benefici in termini di riduzione degli eventi.

IL FENOMENO INFORTUNISTICO DA RISCHIO BIOLOGICO NEL TRIENNIO 2012-2014 NEGLI OSPEDALI ASL3 DI PISTOIA: ANALISI ED INTERVENTI PREVENTIVI.



M. Baldeschi¹, S. Bartolini², R. Biagini³, S. Biagini⁴, A. Carrara⁵, G. Corsini⁶, E. Cortesi⁷, R. Forzoni⁸, L. Lippi⁹, L. Pastacaldi¹⁰, D. Reami¹¹,

¹ Medico Direzione Sanitaria, ² Infermiere Direzione Sanitaria, ³ Medico Competente Ospedale S. Jacopo, ⁴ Tecnico SPP, ⁵ Responsabile SPP

INTRODUZIONE

L'OMS stima che ogni anno più di due milioni di operatori sanitari hanno una lesione cutanea con oggetti taglienti contaminati. Ciò provoca 16000 infezioni da HBV, 66000 da HCV e 1000 da HIV (1). Studi recenti concludono che l'utilizzo di aghi con protezione e la formazione continua, riducono il rischio di natura biologica. Viceversa, uno studio in studenti di medicina di un reparto di emergenza, ha dimostrato che l'assenza di queste due azioni preventive determinano un aumento degli infortuni (2).

CONTENUTI

Sono stati presi in considerazione gli infortuni di natura biologica occorsi nel triennio 2012-2014. Questi sono stati analizzati in base al profilo professionale di appartenenza, alla causa violenta ed alle ore lavorate. È stato calcolato l'indice di frequenza. Nel 2012 il numero di infortuni da rischio biologico sono stati 62; 72 nel 2013 e 51 nel 2014. L'aumento relativo al 2013 è conseguente alla formazione continua rivolta agli operatori, la quale li ha sicuramente resi più sensibili rispetto al problema, provocando più denunce. Ancora oggi si tende a sotto denunciare ma, meno rispetto al passato. Il calo relativo al 2014 è conseguente alla messa in uso di strumenti con protezioni (soprattutto aghi).

Nel grafico 1, si evidenzia che il profilo infermieristico è la categoria più a rischio. Nel corso dei tre anni assistiamo ad una riduzione del trend sia nei medici che negli infermieri. Da notare il calo dell'indice di frequenza (grafico 2), soprattutto per il profilo infermieristico nel biennio 2013-2014.

Grafico 1 – Numero di infortuni/anno per operatori

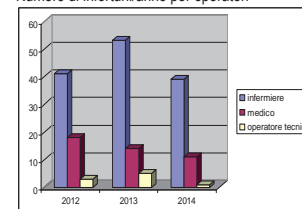


Grafico 2 – Indice di frequenza

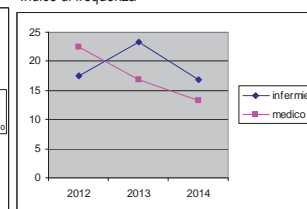
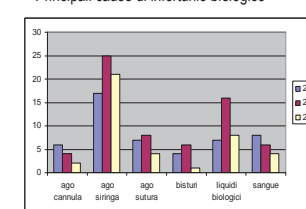


Grafico 3 – Principali cause di infortunio biologico



Nel grafico 3 si evidenzia, che come da letteratura (2, 3, 4), la principale causa di infortunio biologico è causata dalla puntura mediante ago da siringa, seguita da contaminazione con liquidi biologici e con sangue, e dall'ago sutura. Non abbiamo calcolato l'indice di gravità in quanto la maggior parte di questi eventi non provocano inabilità temporanea. Tuttavia, gli eventuali esiti a medio e lungo termine possono essere severi per possibili gravi infezioni di natura virale. Non meno importante è lo stressante a cui è soggetto l'operatore infortunato.

CONCLUSIONI

Anche il nostro studio dimostra che l'attività formativa degli operatori sanitari è fondamentale per ridurre il numero degli infortuni biologici. Azione che deve essere continua e che deve iniziare già durante gli studi universitari. Anche l'utilizzo di strumenti taglienti e pungenti aventi dispositivo di protezione contribuisce a ridurre il numero degli eventi. Quest'ultima azione di prevenzione è stata introdotta gradualmente nel tempo in azienda (in alcuni reparti pilota) ed è tuttora in fase di sperimentazione per valutarne i benefici in termini di riduzione degli eventi.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Goniewicz M. et al. Ann Agri. Environ Med. 2012; 19(3): 523-7
- 2) Reis PG. et al. Rev Col Bras Cir. 2013 Jul-Aug; 40(4): 287-92
- 3) Serdar T. et al. Cent Eur J Public Health. 2013 Sep;21(3):150-4.
- 4) Costigliola V. et al. Diabetes Metab. 2012 Jan;38 Suppl 1:S9-14.

GESTIONE RICOVERI E POSTI LETTO NELL'AOU DI PARMA NEL PERIODO CRITICO INVERNALE 2014-15

C. Boccuni¹, M. Luisi¹, P. Manotti¹, M.P. Bonconti¹, C. Sospiri¹, I. Raboini¹, T. Meschi², R. Quintavalla³, G. Cervellin³, G. Guareschi Gd, C. Caleffi Cd, T. Lalic¹, A. Ferrari¹, A. Balestrino¹

¹ Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; ² Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; ³ Dipartimento Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; ⁴ Direzione Servizio Assistenziale, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Parole chiave: accessi, Unità di Crisi, collaborazione

Introduzione. La banca dati dell'Emilia Romagna conferma che dal 2011 gli accessi a Pronto Soccorso (PS) in Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Parma sono aumentati in linea con la maggiore complessità dei pazienti (>65 anni, polipatologici). Da novembre 2014 a marzo 2015 si è registrata una situazione di estrema criticità nel reperimento di posti letto (pl) per ricoveri da PS (7 ricoveri/die in più in area medica rispetto al 2013). La Direzione Sanitaria (DS) ha quindi messo in atto misure straordinarie al fine di risolvere tale criticità.


Contenuti. Di fronte ad un aumentato numero di accessi al PS da novembre 2014 la DS ha adottato le seguenti misure straordinarie:


- Creazione Unità di Crisi multidisciplinare (UCm) (composta da Medici di Direzione, Bed Manager, Direttori di Dipartimenti [DD] d'area medica, Servizio Assistenziale) a convocazione giornaliera;
- Monitoraggio continuo accessi a PS correlati a sindrome influenzale;
- Monitoraggio giornaliero richieste e ricoveri da PS;
- Blocco temporaneo ricoveri programmati in alcune Unità Operative di area medica;
- Rafforzata collaborazione DD-Direttori di Struttura Semplice/Complessa su accessi/dimissioni;
- Maggiore integrazione col territorio (AUSL);
- Attivazione di pl aggiuntivi;
- Potenziamento personale medico-assistenziale.


Dopo il picco di gennaio 2015 (totale di 6826 accessi al PS, media 220 accessi/die), a partire da febbraio 2015 la situazione è tornata sui valori caratterizzanti l'andamento 2013-2014 (totale di 5765 accessi, media 211 accessi/die).

Anche il numero di ricoveri in area medica è andato progressivamente aumentando tra novembre 2014 e gennaio 2015 (picco di 1326 ricoveri a gennaio 2015, media 43 ricoveri/die), per poi diminuire da febbraio 2015 (1173 ricoveri, media 42 ricoveri/die). Da novembre 2014 si è registrata una maggiore percentuale di ricoveri sugli accessi in PS rispetto all'anno 2013-14 (picco di 22% a febbraio 2015) con riduzione a partire da marzo 2015 (21%).

Conclusioni. Miglioramento della gestione dei pl, coinvolgimento multidisciplinare dei professionisti su appropriatezza e modalità di accesso/dimissione, rafforzata collaborazione AOU-AUSL, con particolare riferimento a "dimissioni difficili" e "letti bloccati", hanno permesso all'AOU di superare un periodo critico, concomitante con il picco influenzale. L'istituzione di un'UCm ha consentito maggiore partecipazione, condivisione ed aderenza dei professionisti alle scelte riorganizzative ed alle rimodulazioni straordinarie.







GESTIONE RICOVERI E POSTI LETTO NELL'AOU DI PARMA NEL PERIODO CRITICO INVERNALE 2014-15

Boccuni C^a, Luisi M^b, Manotti P^a, Lai P^a, Bonconti M P^c, Sospiri C^s, Raboini I^d, Meschi T^e, Quintavalla R^f, Cervellin G³, Guareschi G^b, Caleffi Cⁱ, Lalic Tⁱ, Ferrari Aⁱ, Balestrino A^m

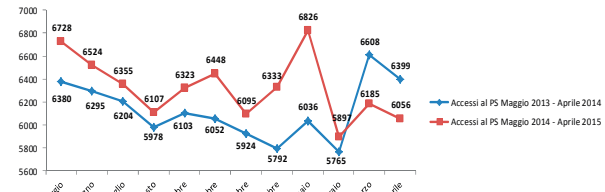
^a Medico Direzione Sanitaria, AOU Parma; ^b Dirigente Medico Direzione Sanitaria, AOU Parma; ^c Bed Manager Direzione Sanitaria, AOU Parma; ^d Operation Manager Direzione Sanitaria, AOU Parma; ^e Direttore Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo, AOU Parma; ^f Direttore Dipartimento Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica, AOU Parma; ^g Direttore U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, AOU Parma; ^h Responsabile Assistenziale Aree Degenze Dipartimento Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica, AOU Parma; ⁱ Responsabile Assistenziale Dipartimentale Area Alta Complessità e Attività Ambulatoriale, AOU Parma; ^j Medico in Formazione Specialistica presso Direzione Sanitaria, AOU Parma; ^k Direttore Sanitario AOU Parma

Introduzione
La banca dati dell'Emilia Romagna conferma che dal 2011 gli accessi a Pronto Soccorso (PS) in Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Parma sono aumentati in linea con la maggiore complessità dei pazienti (>65 anni, polipatologici). Da novembre 2014 a marzo 2015 si è registrata una situazione di estrema criticità nel reperimento di posti letto (pl) per ricoveri da PS (7 ricoveri/die in più in area medica rispetto al 2013). La Direzione Sanitaria (DS) ha quindi messo in atto misure straordinarie al fine di risolvere tale criticità.

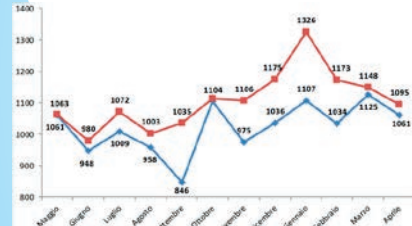
Contenuti
Di fronte ad un aumentato numero di accessi al PS da novembre 2014 la DS ha adottato le seguenti misure straordinarie:

- 1) Creazione Unità di Crisi multidisciplinare (UCm) (composta dal Direttore Sanitario e Medici di Direzione, Bed Manager, Direttori di Dipartimenti [DD] d'area medica, Servizio Assistenziale) a convocazione giornaliera;
- 2) Monitoraggio continuo accessi a PS correlati a sindrome influenzale;
- 3) Monitoraggio giornaliero richieste e ricoveri da PS;
- 4) Blocco temporaneo ricoveri programmati in alcune Unità Operative di area medica;
- 5) Rafforzata collaborazione DD-Direttori di Struttura Semplice/Complessa su accessi/dimissioni;
- 6) Maggiore integrazione col territorio (AUSL);
- 7) Attivazione di pl aggiuntivi;
- 9) Potenziamento personale medico-assistenziale.

Dopo il picco di gennaio 2015 (totale di 6826 accessi al PS, media 220 accessi/die), a partire da febbraio 2015 la situazione è tornata sui valori caratterizzanti l'andamento 2013-2014 (totale di 5765 accessi, media 211 accessi/die) (Fig. 1).



Anche il numero di ricoveri in area medica è andato progressivamente aumentando tra novembre 2014 e gennaio 2015 (picco di 1326 ricoveri a gennaio 2015, media 43 ricoveri/die), per poi diminuire da febbraio 2015 (1173 ricoveri, media 42 ricoveri/die) (Fig. 2). Da novembre 2014 si è registrata una maggiore percentuale di ricoveri sugli accessi in PS rispetto all'anno 2013-14 (picco di 22% a febbraio 2015) con riduzione a partire da marzo 2015 (21%).



Conclusioni
Miglioramento della gestione dei pl, coinvolgimento multidisciplinare dei professionisti su appropriatezza e modalità di accesso/dimissione, rafforzata collaborazione AOU-AUSL, con particolare riferimento a "dimissioni difficili" e "letti bloccati", hanno permesso all'AOU di superare un periodo critico, concomitante con il picco influenzale. L'istituzione di un'UCm ha consentito maggiore partecipazione, condivisione ed aderenza dei professionisti alle scelte riorganizzative ed alle rimodulazioni straordinarie.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER RIDURRE L'UTILIZZO INAPPROPRIATO DEL CATETERE VESCICALE (CV)

M. Cattaneo¹, C.M. Bonvento², R. Calcagno³, B. Rebagliati⁴, A. Corbella⁵, M. De Martini⁶, A.M. De Mite⁷, F. Federa⁸, S. Giacobbe⁹, M. Marchelli¹⁰

¹ CPSE Infermiere "ICPA Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali"; ² Direttore SC Professioni Sanitarie; ³ CPSE Infermiere "Gestione rischio clinico"; ⁴ Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico; ⁵ CPSE Infermiera "Progetti, ricerca, sviluppo e innovazione" Gruppo Operativo UGR; ⁶ Medico Responsabile SS Gestione Rischio Clinico; ⁷ Medico Coordinatore gruppo Operativo CIO; ⁸ CPSE Infermiera Gruppo Operativo CIO; ⁹ CPSE Infermiera "Governare processi assistenziali" Gruppo Operativo UGR; ¹⁰ CPSE Infermiere "Vulnologia" Gruppo Operativo UGR

Parole chiave: catetere vescicale, inappropriatazze, azioni miglioramento

Introduzione. Contesto: ASL 3 Genovese bacino utenza / N. abitanti 738.773 - Superficie Km2 - 1150 - 6 distretti - 4 presidi ospedalieri per un totale di n. 615 posti letto di degenza ordinaria, 4 RSA e 1 reparto di cure intermedie in gestione diretta. Avvio progetto: ottobre 2014
 Il titolo della recente (2013) revisione sistematica (RS) dell'Agencia Americana per la Qualità (AHRQ) già evidenzia il problema: "Riduzione dell'utilizzo inappropriato del catetere vescicale (CV) e altre strategie per prevenire le infezioni del tratto urinario associate al CV". L'AHRQ afferma: "le infezioni del tratto urinario sono le più comuni infezioni associate all'assistenza sanitaria; la stragrande maggioranza di queste infezioni ricorrono dopo il posizionamento del CV, pratica conveniente e funzionale per gli operatori, spesso inappropriata e facilmente dimenticata dopo la sua attuazione. Molti studi dimostrano che tra il 21 e il 63% dei CV sono posizionati senza un'appropriatezza indicazione e pertanto in pazienti che non ne avrebbero necessità. Si sintetizzano i danni e rischi correlati all'utilizzo inappropriato del CV con particolare riferimento ai pazienti anziani che rappresentano la maggior parte dei degenti: i) Infezioni delle vie urinarie (IVU) e infezioni secondarie del circolo ematico ii) Riduzione della mobilità e aumentato rischio dei danni correlati; iii) Disagio, discomfort, sofferenza, riduzione autonomia e autostima; iv) Aumentato utilizzo e/o utilizzo inappropriato di antibiotici e delle resistenze correlate; v) Aumento della durata della degenza e dei costi; vi) Lesioni traumatiche delle vie urinarie. Anche in ASL 3 da indagini sui consumi e incontri con i coordinatori infermieristici è emerso un notevole livello di inappropriatazze soprattutto per i pazienti incontinenti oltre ad un uso pressoché inesistente di uno dei principali sistemi alternativi al CV: il catetere maschile esterno e/o urocondom.

Contenuti. Azioni di miglioramento:

- Costituzione gruppo lavoro multidisciplinare ed elaborazione di una procedura aziendale sulla base delle LG CDC e della RS sopra citata tradotta e resa disponibile come allegato alla procedura; il modulo di prescrizione del CV (allegato alla procedura) delimita le indicazioni a quelle riportate in letteratura e contiene un reminder sui danni del CV e sull'uso di alternative ove possibile;
- Costruzione di un corso FAD da parte della SC Professioni Sanitarie - Unità di Gestione del Rischio UGR - Comitato Infezioni Ospedaliere CIO "La corretta prescrizione e gestione del CV" rivolto a tutti i medici, infermieri e OSS;
- Traduzione di materiale educativo poster reminder dal sito <http://www.catheterout.org> che si pone l'obiettivo di ridurre l'utilizzo inappropriato del CV; da plastificare e appendere nei reparti quali reminder;
- Aumento dell'utilizzo di sistemi alternativi al CV anche attraverso l'acquisizione di un nuovo dispositivo urocondom di ultima generazione. Disponibilità su intranet aziendale di un video didattico sulle modalità di posizionamento dell'urocondom; riunioni in tutti i reparti per dimostrare l'utilizzo dell'urocondom gestite da componenti gruppo UGR;
- Costruzione di un osservatorio epidemiologico informatizzato su piattaforma web su cui vengono inseriti dal personale i seguenti dati: anagrafica paziente, indicazioni al CV scelte predeterminate, data posizionamento, tipo di CV e calibro;
- Audit clinici in reparti selezionati sul tema in oggetto nell'ambito del progetto aziendale attivo dal 2014. Si auspica che tale strumento possa incidere non solo su aspetti "tecnici" ma anche su retaggi "culturali" che sottovalutano il problema e, più in generale, il diritto del paziente ad un'assistenza "sicura".

Conclusioni. Al fine di monitorare l'impatto delle azioni sopra descritte, i parametri di controllo previsti, ricavabili sia dall'osservatorio epidemiologico che dal sistema sorveglianza infezioni, sono i seguenti: i) Tasso di utilizzazione del CV: (gg CV/gg paziente) x 100. Questo tasso deve essere calcolato separatamente per le diverse tipologie di setting: terapie intensive, specialità analoghe, ecc. ii) Compliance con indicazioni appropriate al posizionamento del CV rilevabile attraverso controlli random di reparti selezionati iii) Tasso di infezioni urinarie associate a CV.

Azioni di miglioramento per ridurre l'utilizzo inappropriato del catetere vescicale (CV)
 Cattaneo Mauro¹; Bonvento Celso Mauro²; Calcagno Roberto³; Rebagliati Bruno⁴; Corbella Angelita⁵; De Martini Maria⁶; De Mite Anna Maria⁷; Federa Francesca⁸; Giacobbe Sara⁹; Marchelli Marco¹⁰.
1. CPSE Infermiere "ICPA Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali", 2. Direttore SC Professioni Sanitarie, 3. CPSE Infermiere "Gestione rischio clinico", 4. Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico, 5. CPSE Infermiera "Progetti, ricerca, sviluppo e innovazione" Gruppo Operativo UGR, 6. Medico Responsabile SS Gestione Rischio Clinico, 7. Medico Coordinatore gruppo Operativo CIO, 8. CPSE Infermiera Gruppo Operativo CIO, 9. CPSE Infermiera "Governare processi assistenziali" Gruppo Operativo UGR, 10. CPSE Infermiere "Vulnologia" Gruppo Operativo UGR.

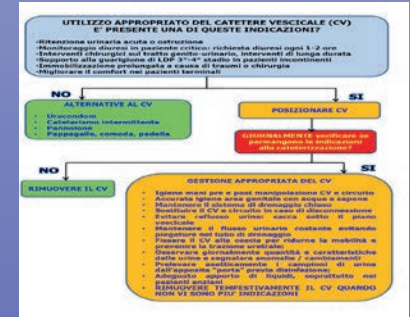


INTRODUZIONE

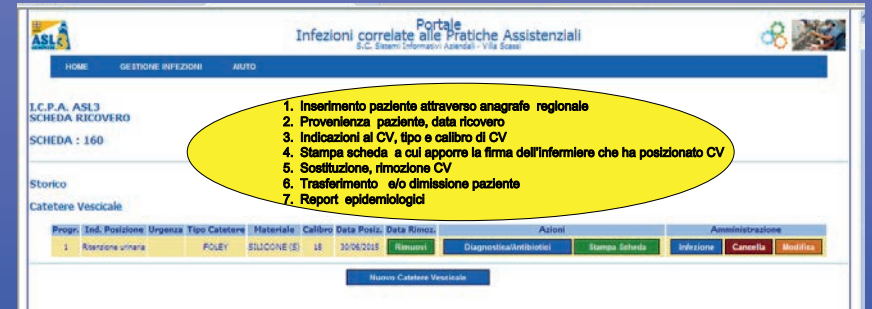
CONTESTO: ASL 3 Genovese bacino utenza / N. abitanti 738.773 - Superficie Km² - 1150 - 6 distretti - 4 presidi ospedalieri per un totale di n. 615 posti letto di degenza ordinaria e 4 RSA e 1 reparto di cure intermedie in gestione diretta. Data avvio progetto: ottobre 2014
 Il titolo della recente (2013) revisione sistematica (RS) dell'Agencia Americana per la Qualità (AHRQ) già evidenzia in maniera significativa il problema: "Riduzione dell'utilizzo inappropriato del catetere vescicale (CV) e altre strategie per prevenire le infezioni del tratto urinario associate al CV". Si sintetizzano i danni e rischi correlati all'utilizzo inappropriato del CV con particolare riferimento ai pazienti anziani che rappresentano la maggior parte dei degenti: i) Infezioni delle vie urinarie (IVU) e infezioni secondarie del circolo ematico ii) Riduzione della mobilità e aumentato rischio dei danni correlati; iii) Disagio, discomfort, sofferenza, riduzione autonomia e autostima; iv) Aumentato utilizzo e/o utilizzo inappropriato di antibiotici e delle resistenze correlate; v) Aumento della durata della degenza e dei costi; vi) Lesioni traumatiche delle vie urinarie. Anche in ASL 3 da indagini sui consumi e incontri con i coordinatori infermieristici è emerso un notevole livello di inappropriatazze soprattutto per i pazienti incontinenti oltre ad un uso pressoché inesistente di uno dei principali sistemi alternativi al CV: il catetere maschile esterno e/o urocondom.

CONTENUTI - AZIONI DI MIGLIORAMENTO

- Costituzione gruppo lavoro multidisciplinare ed elaborazione di una procedura aziendale sulla base delle LG CDC e della RS sopra citata tradotta e resa disponibile come allegato alla procedura; il modulo di prescrizione del CV (allegato alla procedura) delimita le indicazioni a quelle riportate in letteratura e contiene un reminder sui danni del CV e sull'uso di alternative ove possibile;
 - Costruzione di un corso FAD da parte della SC Professioni Sanitarie - Unità di Gestione del Rischio UGR - Comitato Infezioni Ospedaliere CIO "La corretta prescrizione e gestione del CV" rivolto a tutti i medici, infermieri e OSS;
 - Traduzione di materiale educativo poster reminder dal sito: www.catheterout.org che si pone l'obiettivo di ridurre l'utilizzo inappropriato del CV; traduzione del poster OMS "I miei 5 momenti per l'igiene delle mani" Focus sull'assistenza a un paziente portatore di catetere vescicale (CV). Il suddetto materiale è da plastificare e appendere nei reparti quali reminder;
 - Aumento dell'utilizzo di sistemi alternativi al CV anche attraverso l'acquisizione di un nuovo dispositivo urocondom di ultima generazione. Disponibilità su intranet aziendale di un video didattico sulle modalità di posizionamento dell'urocondom; riunioni in tutti i reparti per dimostrare l'utilizzo dell'urocondom gestite da componenti gruppo UGR;
 - Audit clinici in reparti selezionati (con eventuale ampliamento ad altri contesti nel 2016) sul tema in oggetto nell'ambito del progetto aziendale attivo dal 2014. Si auspica che tale strumento possa incidere non solo su aspetti "tecnici" ma anche su retaggi "culturali" che sottovalutano il problema e, più in generale, il diritto del paziente ad un'assistenza "sicura".



Costruzione di un osservatorio epidemiologico informatizzato su piattaforma web su cui vengono inseriti dal personale i seguenti dati: anagrafica paziente, indicazioni al CV scelte predeterminate, data posizionamento, tipo di CV e calibro;



CONCLUSIONI

Al fine di monitorare l'impatto delle azioni sopra descritte, i parametri di controllo previsti, ricavabili sia dall'osservatorio epidemiologico che dal sistema sorveglianza infezioni, sono i seguenti:

- Tasso di utilizzazione del CV: (gg CV/gg paziente) x 100. Questo tasso deve essere calcolato separatamente per le diverse tipologie di setting: terapie intensive, specialità analoghe, ecc..
- Compliance con indicazioni appropriate al posizionamento del CV rilevabile attraverso controlli random di reparti selezionati
- Tasso di infezioni urinarie associate a CV.

ANALISI DEL CONTENZIOSO PER RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE NEL QUINQUENNIO 2010-2014 NELL'ASL 3 PISTOIA

M. Chellini¹, P. Bucelli², L. Tattini², S. Guarducci², F. Pieralli¹, L. Pieri¹, M. Donzellini¹, D. Paolini¹, C. Dami³, G. Garofalo⁴, G. Bonaccorsi⁵, P. Bonanni⁶, R. Giannini³

¹ Scuola di Specializzazione Igiene Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze;

² Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze; ³ Unità Funzionale Medicina Legale ASL 3 Pistoia;

⁴ Dipartimento della Prevenzione, ASL 10 Firenze; ⁵ Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze; ⁶ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli studi di Firenze

Parole chiave: rischio clinico, contenzioso, tutela assicurativa

Introduzione. Il passaggio dalla tutela assicurativa esterna all'autogestione avvenuta in Toscana si prefigge di tutelare sia i diritti del cittadino danneggiato che l'immagine della Struttura Sanitaria, ma anche di attuare un sistema virtuoso di analisi e gestione del rischio clinico.

L'unificazione delle ASL Firenze, Prato, Pistoia e Empoli rappresenta un momento importante sia per un fruttuoso confronto tra le procedure utilizzate che per l'omogeneizzazione della procedura e della reportistica.

Il presente report produce un'analisi comparativa dei dati relativi alle richieste danni avanzate dalla ASL 3 nel quinquennio 2010-2014.

Contenuti. Le richieste di risarcimento sono rivolte nella maggioranza dei casi verso l'operato medico, ma iniziano a comparire istanze rivolte anche alla professione assistenziale.

Per quanto riguarda l'area coinvolta vi è un aumento delle richieste di pertinenza chirurgica, in ordinario e day-surgery.

La più rappresentata è la traumatologia; la disamina dei casi traumatologici ha permesso di rilevare talvolta un coinvolgimento congiunto di altre U.U.O.O. come ad esempio la Radiologia (tipicamente nelle omesse diagnosi strumentali).

Nelle tipologie di condotta oltre l'80% è rappresentato da condotta commissiva e omissiva; meno rappresentati gli scostamenti dalle linee guida o responsabilità di equipe.

È interessante l'osservazione di una progressiva diminuzione delle cadute con danno dei pazienti, segno dell'attenzione al tema e all'implementazione della Buona Pratica prevista dalla Regione Toscana.

Nel periodo esaminato appare stabile anche il dato sul riconoscimento di responsabilità che vede attestarsi intorno al 50% le richieste pretestuose.

Quest'ultime insieme ai casi dubbi sono comunque spesso oggetto di contenzioso, la cui tempistica e onerosità risulta di difficile stima, stante le variabili molteplici e scarsamente governabili che vi incidono. Infine per quanto riguarda le percentuali d'invalidità permanente che sono state liquidate, nell'oltre l'85% dei casi si tratta di condizioni micro-permanenti (1-8%).

Conclusioni. La gestione diretta dei sinistri, favorendo gli aspetti conciliativi e le soluzioni stragiudiziali, riduce i tempi necessari per gli eventuali risarcimenti dei danni e diminuisce la sinistrosità aziendale mediante un sistema di monitoraggio nonché di attivazione di buone pratiche per il contenimento del rischio come delle cause più frequenti all'origine delle istanze risarcitorie.



ANALISI DEL CONTENZIOSO PER RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE NEL QUINQUENNIO 2010-2014 NELL'ASL 3 PISTOIA



Chellini M.¹; Bucelli P.²; Tattini L.²; Guarducci S.²; Pieralli F.¹; Pieri L.¹; Donzellini M.¹; Paolini D.¹; Dami C.³; Garofalo G.⁴; Bonaccorsi G.⁵; Bonanni P.⁶; Giannini R.³

¹ Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze; ² Direzione sanitaria aziendale ASL 10 Firenze; ³ Unità Funzionale Medicina Legale ASL 3 Pistoia; ⁴ Dipartimento della Prevenzione ASL 10 Firenze; ⁵ Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze ⁶ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

INTRODUZIONE

Il passaggio dalla tutela assicurativa esterna all'autogestione avvenuta in Toscana si prefigge di tutelare sia i diritti del cittadino danneggiato che l'immagine della Struttura Sanitaria, ma anche di attuare un sistema virtuoso di analisi e gestione del rischio clinico. L'unificazione delle ASL Firenze, Prato, Pistoia e Empoli rappresenta un momento importante sia per un fruttuoso confronto tra le procedure utilizzate che per l'omogeneizzazione della procedura e della reportistica. Il presente report produce un'analisi comparativa dei dati relativi alle richieste danni avanzate dalla ASL 3 nel quinquennio 2010-2014.

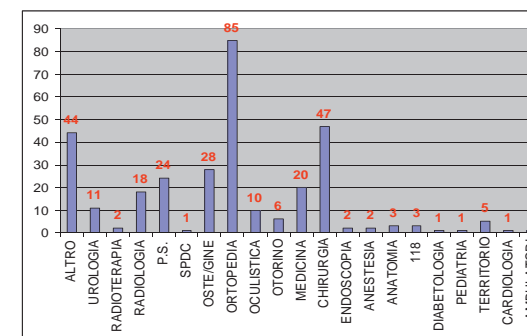


Fig. 1: Casistica ASL 3 di Pistoia richiesta danni 2010 - 2014

CONCLUSIONI

La gestione diretta dei sinistri, favorendo gli aspetti conciliativi e le soluzioni stragiudiziali, riduce i tempi necessari per gli eventuali risarcimenti dei danni e diminuisce la sinistrosità aziendale mediante un sistema di monitoraggio nonché di attivazione di buone pratiche per il contenimento del rischio come delle cause più frequenti all'origine delle istanze risarcitorie.

CONTENUTI

Le richieste di risarcimento sono rivolte nella maggioranza dei casi verso l'operato medico, ma iniziano a comparire istanze rivolte anche alla professione assistenziale. Per quanto riguarda l'area coinvolta vi è un aumento delle richieste di pertinenza chirurgica, in ordinario e day-surgery. La più rappresentata è la traumatologia; la disamina dei casi traumatologici ha permesso di rilevare talvolta un coinvolgimento congiunto di altre U.U.O.O. come ad esempio la Radiologia (tipicamente nelle omesse diagnosi strumentali). Nelle tipologie di condotta oltre l'80% è rappresentato da condotta commissiva e omissiva; meno rappresentati gli scostamenti dalle linee guida o responsabilità di equipe. È interessante l'osservazione di una progressiva diminuzione delle cadute con danno dei pazienti, segno dell'attenzione al tema e all'implementazione della Buona Pratica prevista dalla Regione Toscana. Nel periodo esaminato appare stabile anche il dato sul riconoscimento di responsabilità che vede attestarsi intorno al 50% le richieste pretestuose. Quest'ultime insieme ai casi dubbi sono comunque spesso oggetto di contenzioso, la cui tempistica e onerosità risulta di difficile stima, stante le variabili molteplici e scarsamente governabili che vi incidono. Infine per quanto riguarda le percentuali d'invalidità permanente che sono state liquidate, nell'oltre l'85% dei casi si tratta di condizioni micro-permanenti (1-8%).

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTALE
Nr. Richieste risarcitorie pervenute	78	95 + 2 con polizza	98 + 1 con polizza	89 + 1 con polizza	89	57	
Aperti	1	3	7	11	33	47	
Aperti contenzioso	10	16	16	19	5	0	
Respinti	23	28	41	33	32	9	
S/Seguito	4	7	3	0	3	1	
Liquidati	40	41	31	26	16	0	
Riserva	980.720,29	2.014.618,96	4.249.529,73	5.781.866,92	4.941.427,44	4.802.957	
Liquidato	1.956.513,50	4.289.988,72	576.653,80	1.718.098,33	180.135,00	-	8.721.389,35
Oneri*	130.597,21	54.343,37	12.974,27	47.755,24	2.562,68	244,00	248.476,77
Spese pr. penali							14.282,49

Fig. 2: Valore liquidato ed oneri legali

* Legali, peritali, mediazioni e registrazioni.



LA DEMATERIALIZAZIONE DELLE RICETTE PER LE PRESCRIZIONI AMBULATORIALI: UN'OPPORTUNITÀ DI REALE INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO. L'ESPERIENZA DELL'AOU POLICLINICO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA

M. Danzi*, A.R. Mattaliano, P. Bellocchi*, G. Coco*, R. Cunsolo*, G. Mangano*, D. Cutuli*^o, G. Sava^o, R. Di Stefano^{oo}, P. D'Antona[^], A.R. Arriù^{^^}, G. Licciardello*[§], G. Cortile[§], A. Lazzara*****

*Dirigente Medico - Direzione Medica di Presidio II (PP.OO. V Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino);

** Direttore Medico - Direzione Medica di Presidio II; ^{oo} Dirigente Medico - Direzione Medica di Presidio II;

^o Infermiere Servizio CUP, ALPI Azienda; ^{oo} Coord. Inf. - Servizio CUP, ALPI Azienda; [^] Infermiere - Direzione

Medica di Presidio II; ^{^^} Infermiere - Direzione Medica di Presidio I; [§] Responsabile CED;

[§] Ingegnere analista - CED; *** Direttore Sanitario Aziendale AOU Policlinico - Vittorio Emanuele di CT

Direttore Generale dell'AOU Policlinico - Vittorio Emanuele di Catania: Dr. Salvatore Paolo Cantaro

Parole chiave: dematerializzazione, ricetta elettronica, presa in carico, erogazione

Introduzione. In ottemperanza alle disposizioni ministeriali ed assessoriali è stata data piena attuazione al processo di dematerializzazione delle ricette per le prestazioni ambulatoriali erogate dal SSN. Presso l'Azienda Policlinico Vittorio Emanuele è stato costituito un gruppo di lavoro avente anche funzioni di supporto tecnico. Le attività sono gestite informaticamente coinvolgendo gli attori del processo di cura e le strutture di controllo.

Materiali e metodi. Il medico prescrittore genera la ricetta elettronica che viene prelevata dal Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) del Ministero dell'Economia e Finanza (MEF). L'Azienda scelta dall'utente quale erogatrice della prestazione preleva dal SAC i dati relativi alla prestazione da erogare: numero di ricetta elettronica (NRE), cod. fiscale dell'assistito, eventuale esenzione della compartecipazione della spesa sanitaria.

Il gruppo coordinato dalla Direzione Sanitaria ha realizzato una procedura condivisa che si articola in: accettazione, presa in carico, erogazione, alimentazione dei flussi informativi (File C).

a) Accettazione: prescrizioni di prestazione in primo accesso con prenotazione al CUP, con accesso diretto (es. prestazioni di Laboratorio Analisi); prescrizioni di visita specialistica ambulatoriale per pazienti con patologia cronica provenienti da altra struttura, per il successivo inserimento nei percorsi diagnostico-terapeutici previsti per ciascuna patologia, ai sensi del DA 29 maggio 2014; b) Presa in carico: l'acquisizione esclusiva delle prestazioni nelle strutture dell'Azienda è effettuata dall'operatore del Call-Center in fase di prenotazione e/o dagli uffici ticket nei casi di accesso diretto; c) Erogazione: il completamento della procedura prevede l'attestazione con valenza medico-legale dell'avvenuta effettuazione della prestazione, atto di competenza del Medico che ha effettuato la prestazione e che sostituisce a tutti gli effetti la firma apposta sulle ricette cartacee; d) Alimentazione dei flussi informativi (File C) al Ministero della Salute ed all'Assessorato della Salute. Si è proceduto ad effettuare attività formativa per il personale delle UU.OO. e a potenziare le risorse informatiche degli ambulatori.

Risultati. La governance dell'intero processo di dematerializzazione, curata dalla Direzione Sanitaria, oltre che costituire obiettivo aziendale, è un esempio di reale integrazione Ospedale-Territorio nel contesto di una progressiva e consistente adesione e compliance da parte della Medicina territoriale (MMG e PLS). Il numero di ricette elettroniche lavorate in Azienda è rilevante (mediamente 17.000 al mese) e supera, in alcuni ambulatori, quello delle ricette cartacee.

Le refluente sul piano contabile e della reportistica sono positive. È in fase di completamento l'interfaciamento tra le apparecchiature di diagnostica di laboratorio e di radiologia per l'acquisizione diretta dei dati e l'alimentazione del file C. La Direzione Sanitaria ha attivato anche un monitoraggio delle criticità emerse per la risoluzione delle stesse, in linea con i consolidati principi di miglioramento della qualità rappresentati dal ciclo di Deming.



Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico - Vittorio Emanuele - Catania

Direttore Generale: Dr. Salvatore Paolo Cantaro



La dematerializzazione delle ricette per le prescrizioni ambulatoriali: un'opportunità di reale integrazione Ospedale Territorio. L'esperienza dell'AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania

Danzi M.*, Mattaliano A.R.**, Bellocchi P.*, Coco G., Cunsolo R., Mangano G., Cutuli D.**; Sava G., Di Stefano R.**, D'Antona P.**, Arriù A.R.^^, Licciardello G. §, Cortile G. §, Lazzara A.***

*Dirigente Medico - Direzione Medica di Presidio II (PP.OO. V Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino); ** Direttore Medico - Direzione Medica di Presidio II; ** Dirigente Medico - Direzione Medica di Presidio II; ^o Infermiere Servizio CUP, ALPI Azienda; ^{oo} Coord. Inf. - Servizio CUP, ALPI Azienda; [^] Infermiere - Direzione Medica di Presidio I; [§] Responsabile CED; [§] Ingegnere analista - CED; *** Direttore Sanitario Aziendale AOU Policlinico - Vittorio Emanuele di CT



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI FILTRI TERMINALI SBS MODELLO WF PER RETE IDRICA IN CONDIZIONI SPERIMENTALI

S. De Lorenzi, G. Salvatorelli

Università di Ferrara, Dipartimento di Scienze della Vita e Biotecnologie, Sez. Biologia Evolutiva

Parole chiave: filtri terminali

Introduzione. Un efficace sistema per contrastare l'inquinamento batterico della rete idrica negli ospedali, è l'applicazione di membrane filtranti ai punti terminali dell'impianto: docce o rubinetti che possono essere possibili sorgenti di infezione. L'installazione di filtri antibatterici nei punti di utilizzo trova indicazione per mettere istantaneamente in sicurezza i punti d'acqua in assenza di applicazione di altre misure correttive o nel caso in cui le stesse si siano dimostrate inefficaci. Tale metodo è efficace su ogni tipologia di rete di distribuzione e di acqua erogata, sia fredda che calda; inoltre, ha un'elevata rapidità di applicazione e di risultato.

Contenuti. I filtri SBS modello WF sono disponibili nelle diverse configurazioni: con uscita diretta, con uscita doccetta oppure con attacchi in-linea e sono formati da un pre-filtro in polipropilene composito con pori di $1\mu\text{m}$ atto a trattenere particelle contenute nell'acqua di rete e di una membrana di filtrazione a doppio strato in polietersulfone con pori da $0,2\mu\text{m}$.

La presente ricerca ha valutato le capacità dei filtri SBS modello WF1 (con uscita diretta) di trattenere, in condizioni sperimentali, sospensioni batteriche $> 1 \times 10^6 \text{ UFC/L}$. La ditta costruttrice garantisce la produzione di acqua priva di batteri per una durata minima di 31 giorni di utilizzo.

La ricerca è stata articolata nelle seguenti fasi:

- Valutazione delle capacità dei filtri SBS WF1 nuovi di trattenere sospensioni di differenti microrganismi con carica iniziale superiore a 10^6 UFC/L .
- Valutazione delle capacità filtranti a tempi diversi dall'installazione e sino a 60 giorni utilizzando sospensioni di *Brevundimonas diminuta* e spore di *Bacillus clausii*.

Un contenitore provvisto alla base di un rubinetto di efflusso, contenente una sospensione di microrganismi (*Brevundimonas diminuta* ATCC 19146, *Escherichia coli* TACC 1457, *Serratia marcescens* ATCC 8100, *Klebsiella pneumoniae* KPC, spore di *Bacillus clausii* Sanofi Aventis - Milano, *Mycobacterium smegmatis* ATCC 607 e spore di *Aspergillus niger* - ceppo selvaggio) $> 1 \times 10^6 \text{ UFC/L}$ in tre litri di diluente (NaCl 7,5 gr/L e 1 gr/L di triptone) viene posto ad un'altezza di 1,5 m rispetto al piano di lavoro e collegato dal rubinetto di efflusso a filtri SBV WF1 mediante un tubo in teflon cui è interposto un raccordo a due vie per far defluire la sospensione. Al raccordo sono collegati altri due tubi di circa 10 cm, che permettono il passaggio della sospensione attraverso il filtro e la raccolta pre-filtro di campioni della sospensione stessa. Le vie possono essere interrotte mediante clamps.

Per ogni filtro analizzato viene raccolta una aliquota da 100 ml della sospensione prelevate prima del filtro e 3/5 aliquote da 100 ml di sospensione filtrata. Dalla aliquota pre-filtro repliche da 1 ml di sospensione, dopo diluizione 1×10^{-2} , vengono utilizzate per semine di massa in opportuni mezzi agarizzati. Le aliquote post-filtro sono filtrate attraverso filtri a membrana sterili con pori di $0,20\mu\text{m}$ e deposte sulla superficie di opportuni mezzi agarizzati. Si procede quindi alla conta delle eventuali colonie sviluppate.

I filtri SBS WF1 in condizione di filtri nuovi hanno operato una riduzione totale della carica batterica iniziale sempre superiore a $1 \times 10^6 \text{ UFC/L}$.

I filtri esaminati mantengono la capacità di trattenere totalmente la carica iniziale di *B. diminuta* e spore di *B. clausii* anche oltre il periodo di 31 giorni dichiarato dal produttore con una dimostrata capacità di produrre acqua microbiologicamente controllata per tutto il periodo di osservazione e sono in grado di garantire un effluente post-filtrazione ampiamente al di sotto dei valori di riferimento per le acque destinate al consumo umano (per la conta totale delle colonie) secondo il Decreto Legislativo 2 Febbraio 2001, n. 31 sino a 60 giorni.

Conclusioni. I filtri SBS WF1 si sono dimostrati capaci di trattenere cariche microbiche anche elevate e le loro capacità si estendono nel tempo ben oltre i tempi limite indicati dalla ditta costruttrice.

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI FILTRI TERMINALI SBS MODELLO WF PER RETE IDRICA IN CONDIZIONI SPERIMENTALI

De Lorenzi Sonia, Salvatorelli Germano

Università di Ferrara - Dipartimento di Scienze della Vita e Biotecnologie, Sez. Biologia Evolutiva

PAROLE CHIAVE

Filtri terminali

INTRODUZIONE

Un efficace sistema per contrastare l'inquinamento batterico della rete idrica negli ospedali, è l'applicazione di membrane filtranti ai punti terminali dell'impianto: docce o rubinetti che possono essere possibili sorgenti di infezione. L'installazione di filtri antibatterici nei punti di utilizzo trova indicazione per mettere istantaneamente in sicurezza i punti d'acqua in assenza di applicazione di altre misure correttive o nel caso in cui le stesse si siano dimostrate inefficaci. Tale metodo è efficace su ogni tipologia di rete di distribuzione e di acqua erogata, sia fredda che calda; inoltre, ha un'elevata rapidità di applicazione e di risultato.

CONTENUTI

I filtri SBS modello WF sono disponibili nelle diverse configurazioni: con uscita diretta, con uscita doccetta oppure con attacchi in-linea e sono formati da un pre-filtro in polipropilene composito con pori di $1\mu\text{m}$ atto a trattenere particelle contenute nell'acqua di rete e di una membrana di filtrazione a doppio strato in polietersulfone con pori da $0,2\mu\text{m}$.

La presente ricerca ha valutato le capacità dei filtri SBS modello WF1 (con uscita diretta) di trattenere, in condizioni sperimentali, sospensioni batteriche $> 1 \times 10^6 \text{ UFC/L}$. La ditta costruttrice garantisce la produzione di acqua priva di batteri per una durata minima di 31 giorni di utilizzo.

La ricerca è stata articolata nelle seguenti fasi:

1. Valutazione delle capacità dei filtri SBS WF1 nuovi di trattenere sospensioni di differenti microrganismi con carica iniziale superiore a 10^6 UFC/L .
2. Valutazione delle capacità filtranti a tempi diversi dall'installazione e sino a 60 giorni utilizzando sospensioni di *Brevundimonas diminuta* e spore di *Bacillus clausii*.

Un contenitore provvisto alla base di un rubinetto di efflusso, contenente una sospensione di microrganismi (*Brevundimonas diminuta* ATCC 19146, *Escherichia coli* TACC 1457, *Serratia marcescens* ATCC 8100, *Klebsiella pneumoniae* KPC, spore di *Bacillus clausii* Sanofi Aventis - Milano, *Mycobacterium smegmatis* ATCC 607 e spore di *Aspergillus niger* - ceppo selvaggio) $> 1 \times 10^6 \text{ UFC/L}$ in tre litri di diluente (NaCl 7,5 gr/L e 1 gr/L di triptone) viene posto ad un'altezza di 1,5 m rispetto al piano di lavoro e collegato dal rubinetto di efflusso a filtri SBV WF1 mediante un tubo in teflon cui è interposto un raccordo a due vie per far defluire la sospensione (Fig. 1).

Al raccordo sono collegati altri due tubi di circa 10 cm, che permettono il passaggio della sospensione attraverso il filtro e la raccolta pre-filtro di campioni della sospensione stessa. Le vie possono essere interrotte mediante clamps.

Per ogni filtro analizzato viene raccolta una aliquota da 100 ml della sospensione prelevate prima del filtro e 3/5 aliquote da 100 ml di sospensione filtrata. Dalla aliquota pre-filtro repliche da 1ml di sospensione, dopo diluizione 1×10^{-2} , vengono utilizzate per semine di massa in opportuni mezzi agarizzati. Le aliquote post-filtro sono filtrate attraverso filtri a membrana sterili con pori di $0,20\mu\text{m}$ e deposte sulla superficie di opportuni mezzi agarizzati. Si procede quindi alla conta delle eventuali colonie sviluppate.

1. I filtri SBS WF1 in condizione di filtri nuovi hanno operato una riduzione totale della carica batterica iniziale sempre superiore a $1 \times 10^6 \text{ UFC/L}$.
2. I filtri esaminati mantengono la capacità di trattenere totalmente la carica iniziale di *B. diminuta* e spore di *B. clausii* anche oltre il periodo di 31 giorni dichiarato dal produttore con una dimostrata capacità di produrre acqua microbiologicamente controllata per tutto il periodo di osservazione e sono in grado di garantire un effluente post-filtrazione ampiamente al di sotto dei valori di riferimento per le acque destinate al consumo umano (per la conta totale delle colonie) secondo il Decreto Legislativo 2 Febbraio 2001, n. 31 sino a 60 giorni.

CONCLUSIONI

I filtri SBS WF1 si sono dimostrati capaci di trattenere cariche microbiche anche elevate e le loro capacità si estendono nel tempo ben oltre i tempi limite indicati dalla ditta costruttrice.



Fig. 1

AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER PREVENIRE LA CONTENZIONE MECCANICA E FAVORIRE UN CAMBIAMENTO CULTURALE SUL FENOMENO

M. De Martini¹, C.M. Bonvento², R. Calcagno³, A. Corbella⁴, M. Di Gaetano⁵, S. Giacobbe⁶, B. Rebagliati⁷

¹ Medico Responsabile SS Gestione Rischio Clinico; ² Direttore SC Professioni Sanitarie; ³ CPSE Infermiere - "Gestione rischio clinico"; ⁴ CPSE Infermiere - "Progetti, ricerca, sviluppo e innovazione" Gruppo Operativo UGR; ⁵ CPSE Infermiere "Responsabile Distretto" - Gruppo Operativo UGR; ⁶ CPSE Infermiere "Governo processi assistenziali" Gruppo Operativo UGR; ⁷ Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico;

Parole chiave: contenzione, monitoraggio, cambiamento culturale

Introduzione. Contesto: ASL 3 Genovese bacino utenza / N. abitanti 738.773 - 6 distretti - 4 Ospedali con un totale di 615 posti letto di degenza ordinaria e 4 RSA e 1 reparto di cure intermedie. Avvio progetto: settembre 2014. A partire dagli anni '80 l'uso della contenzione del paziente è stato messo in discussione sia in termini di efficacia sia sul piano etico. Se è vero che la contenzione in alcune circostanze è necessaria per la sicurezza del soggetto e di chi lo assiste è altrettanto vero che va utilizzata avendo chiara consapevolezza dei rischi correlati e/o in caso di effettiva necessità. L'uso inappropriato o prolungato dei mezzi di contenzione può infatti avere ripercussioni sia sul piano psicologico (del soggetto sottoposto a contenzione, dei familiari e del personale) sia sul piano fisico. Pur con le diversità che derivano dai differenti contesti in cui la contenzione è applicata, occorre distinguere due aspetti: 1) il problema dell'abuso (ovviamente illegittimo sotto i profili sia etico, sia giuridico); 2) i requisiti per un eventuale utilizzo legittimo (sotto i vari profili: clinico, etico, giuridico).

Contenuti. Azioni di miglioramento:

- Costituzione di un gruppo lavoro multidisciplinare ed elaborazione di una procedura aziendale sulla base delle "Raccomandazioni per la prevenzione della contenzione" emanate dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (2012) e del documento IPASVI "Superare la contenzione: si può fare" (2009);
- Costruzione di un corso FAD da parte della Direzione del Presidio ospedaliero Unico, SC Professioni Sanitarie - Unità di Gestione del Rischio UGR "Liberi da contenzione in ASL3. La contenzione fisica/meccanica: dalla prevenzione alla corretta gestione" rivolto a medici, infermieri, fisioterapisti e OSS;
- Indagine attraverso un questionario somministrato a tutti i coordinatori delle professioni sanitarie dell'azienda (Totale 170 - rispondenti = 151 = 89%). L'indagine è stata oggetto anche di una tesi di laurea di 1° livello in Infermieristica e il questionario è stato testato su 25 titolari di posizione organizzativa. Obiettivo del questionario "Analizzare le conoscenze, i comportamenti, gli atteggiamenti e i sentimenti dei rispondenti in tema di contenzione fisica". I principali risultati (restituibili ai rispondenti) che emergono sono 1) deficit di conoscenze o errate conoscenze sul tema 2) limitato coinvolgimento del paziente e dei familiari / caregiver dei pazienti a rischio di contenzione 3) ridotta consapevolezza delle responsabilità del coordinatore e in generale del ruolo che lo stesso dovrebbe avere nella prevenzione della contenzione e nel coinvolgimento del paziente e dei familiari / caregiver; e in generale del ruolo che lo stesso dovrebbe avere nella prevenzione della contenzione e nel coinvolgimento del paziente e dei familiari / caregiver;
- Audit clinici in reparti selezionati (con eventuale ampliamento ad altri contesti nel 2016) sul tema in oggetto nell'ambito del progetto aziendale attivo dal 2014. Tale strumento, oltre all'analisi dello specifico contesto, può consentire una discussione e/o un confronto sui dati emersi dal questionario sopra citato con particolare riferimento a deficit di conoscenze, pregiudizi e preconcetti. È fondamentale che il cambiamento culturale oltre che etico / valoriale auspicato si traduca nel concreto della pratica quotidiana e/o in modifiche organizzative a partire dal fattivo coinvolgimento del paziente e familiare caregiver e dall'utilizzo di strategie alternative alla contenzione.

Conclusioni. Al fine di monitorare l'impatto delle azioni sopra descritte, i parametri di controllo previsti dalla procedura sono i seguenti 1) Controlli a campione sulla documentazione sanitaria della corretta prescrizione e registrazione del monitoraggio 2) Controllo a campione su pazienti contenzionati presso le strutture aziendali e la corrispondente documentazione (prescrizione, consenso e monitoraggio) 3) Incident reporting o eventi sentinella correlati alla contenzione 4) monitoraggio e/o fornitura dei dispositivi (sbarre solo per i 2/3 del letto, letti ad altezza regolabile, pettorine e cinture contenitive...).



AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER PREVENIRE LA CONTENZIONE MECCANICA E FAVORIRE UN CAMBIAMENTO CULTURALE SUL FENOMENO

De Martini Maria¹; Bonvento Catia Maura²; Calcagno Roberto³; Corbella Angela⁴; Rebagliati Bruna⁵; Di Gaetano Monica⁶; Giacobbe Sara⁷;

1 Medico Responsabile SS Gestione Rischio Clinico; 2 Direttore SC Professioni Sanitarie; 3 CPSE Infermiere - "Gestione rischio clinico"; 4 CPSE Infermiere - "Progetti, ricerca, sviluppo e innovazione" Gruppo Operativo UGR; 5 Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico; 6 Di Gaetano Monica CPSE Infermiere Responsabile Distretto - Gruppo Operativo UGR; 7 CPSE Infermiere "Governo processi assistenziali" Gruppo Operativo UGR

Parole chiave: contenzione, monitoraggio, cambiamento culturale

INTRODUZIONE

CONTESTO: ASL 3 Genovese bacino utenza / N. abitanti 738.773 - Superficie Km² 1150 - 6 distretti - 4 presidi ospedalieri per un totale di n. 615 posti letto di degenza ordinaria e 4 RSA e 1 reparto di cure intermedie in gestione diretta. Data avvio progetto: settembre 2014.

A partire dagli anni '80 l'uso della contenzione del paziente è stato messo in discussione sia in termini di efficacia sia sul piano etico. Se è vero che la contenzione in alcune circostanze è necessaria per la sicurezza del soggetto e di chi lo assiste è altrettanto vero che va utilizzata avendo chiara consapevolezza dei rischi correlati e/o solo in caso di effettiva necessità. Occorre infatti tenere presente che l'uso inappropriato o prolungato dei mezzi di contenzione può avere ripercussioni sia sul piano psicologico (del soggetto sottoposto a contenzione, dei familiari e del personale) sia sul piano fisico. Risulta evidente che la contenzione (fuori dall'area dell'emergenza/urgenza) lede il diritto alla libertà del proprio corpo sancito dall'art.13 della Costituzione ed appartiene all'armamentario della vecchia cultura prestazionale di cui si è ampiamente dimostrata l'inefficacia e l'inefficienza in quanto centrata sull'organo e non sulla persona. Pur con le diversità che derivano dai differenti contesti in cui la contenzione è applicata, occorre distinguere due aspetti: 1) il problema dell'abuso (ovviamente illegittimo sotto i profili sia etico, sia giuridico); 2) i requisiti per un eventuale utilizzo legittimo (sotto i vari profili: clinico, etico, giuridico).

CONTENUTI - AZIONI DI MIGLIORAMENTO

- Costituzione di un gruppo lavoro multidisciplinare ed elaborazione di una procedura aziendale sulla base delle "Raccomandazioni per la prevenzione della contenzione" emanate dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (2012) e del documento IPASVI "Superare la contenzione: si può fare" (2009). Gli allegati alla procedura includono: Scala validata Riker Sedazione-Agitazione, SAS - Scheda di descrizione e gestione dei dispositivi di contenzione - Moduli differenziali di prescrizione e monitoraggio in Ospedale, RSA e SPDC;
- Costruzione di un corso FAD da parte della Direzione del Presidio ospedaliero Unico, SC Professioni Sanitarie - Unità di Gestione del Rischio UGR "Liberi da contenzione in ASL3. La contenzione fisica/meccanica: dalla prevenzione alla corretta gestione" rivolto a medici, infermieri, fisioterapisti e OSS. Gli obiettivi del corso sono: a) Allineare le conoscenze in tema di contenzione fisica/meccanica b) Uniformare il comportamento degli operatori nella prevenzione e/o successiva gestione della contenzione fisica/meccanica c) Garantire la corretta gestione del paziente il cui comportamento e/o quadro clinico prefiguri un serio pericolo per sé o per gli altri d) Adottare strategie alternative alla contenzione fisica/meccanica e) Ridurre il ricorso alla contenzione meccanica;
- Indagine attraverso un questionario somministrato a tutti i coordinatori delle professioni sanitarie dell'azienda (Totale 170 - rispondenti = 151 = 89%). L'indagine è stata oggetto anche di una tesi di laurea di 1° livello in Infermieristica e il questionario è stato testato su 25 titolari di posizione organizzativa. Obiettivo del questionario "Analizzare le conoscenze, i comportamenti, gli atteggiamenti e i sentimenti dei rispondenti in tema di contenzione fisica". I principali risultati (restituibili ai rispondenti) che emergono sono 1) deficit di conoscenze o errate conoscenze sul tema 2) limitato coinvolgimento del paziente e dei familiari / caregiver dei pazienti a rischio di contenzione 3) ridotta consapevolezza delle responsabilità del coordinatore e in generale del ruolo che lo stesso dovrebbe avere nella prevenzione della contenzione e nel coinvolgimento del paziente e dei familiari / caregiver;
- Audit clinici in reparti selezionati (con eventuale ampliamento ad altri contesti nel 2016) sul tema in oggetto nell'ambito del progetto aziendale attivo dal 2014. Tale strumento, oltre all'analisi dello specifico contesto, può consentire una discussione e/o un confronto sui dati emersi dal questionario sopra citato con particolare riferimento a deficit di conoscenze, pregiudizi e preconcetti. È fondamentale che il cambiamento culturale oltre che etico / valoriale auspicato si traduca nel concreto della pratica quotidiana e/o in modifiche organizzative a partire dal fattivo coinvolgimento del paziente e familiare caregiver e dall'utilizzo di strategie alternative alla contenzione.







CONCLUSIONI

Al fine di monitorare l'impatto delle azioni sopra descritte, i parametri di controllo previsti dalla procedura sono i seguenti 1) Controlli a campione sulla documentazione sanitaria della corretta prescrizione e registrazione del monitoraggio 2) Controllo a campione su pazienti contenzionati presso le strutture aziendali e la corrispondente documentazione (prescrizione, consenso e monitoraggio) 3) Incident reporting o eventi sentinella correlati alla contenzione 4) monitoraggio e/o fornitura dei dispositivi (sbarre solo per i 2/3 del letto, letti ad altezza regolabile, pettorine e cinture contenitive...).

41° Congresso Nazionale ANMDO • Parma 30 settembre - 2 ottobre 2015

24

PSEUDOMONAS NELLE LAVAENDOSCOPI: REGIA DELLA DM TRA SICUREZZA CLINICA, CONTRATTI E TECNOLOGIA

A Di Caprio¹, M. Casarotto², C. Disconzi¹, G. Tonato³, M. Zoppelletto⁴, E. Apolloni⁵, M. Carlucci¹

¹ Direzione Medica della Funzione Ospedaliera, Ospedale di Bassano del Grappa, Azienda Ulss n. 3;

² Ingegneria Clinica, Azienda Ulss 3; ³ Farmacia Ospedaliera, Azienda Ulss 3; ⁴ Microbiologia, Azienda Ulss 3;

⁵ Direttore Sanitario, Azienda Ulss 3

Parole chiave: lava endoscopi, pseudomonas, disinfezione

Introduzione. A giugno 2014 abbiamo avuto riscontro di Pseudomonas su uno strumento endoscopico. I controlli dettagliati eseguiti per ricercare la causa hanno evidenziato la colonizzazione delle lavaendoscopi utilizzate in comodato d'uso. Per 9 mesi abbiamo lavorato al fine di far convergere esigenze di sicurezza e vincoli contrattuali, poiché, pur dando corso alla procedura già preventivata per l'acquisto di nuove macchine, eravamo condizionati dai contratti in essere. A marzo, la ditta si è resa disponibile a sostituire una lavaendoscopi. A luglio è stata espletata la gara e siamo in attesa di sostituire l'intero parco lavaendoscopi aziendale.

Contenuti. Gli interventi di controllo microbiologico e le misure correttive messe in atto per mantenere in minime condizioni d'uso le lavaendoscopi disponibili sono rappresentati sommariamente riassunti nel grafico in calce. La nostra attenzione è stata rivolta ad ogni parte delle macchine utilizzando un metodo analitico sequenziale procedendo per esclusione: l'acqua in ingresso, i blocchi filtri, il detergente, il serbatoio detergente senza arrivare ad alcuna soluzione rilevante. La Direzione ha assunto la regia del team multidisciplinare che ha lavorato sia per individuare i punti critici della macchina sia per coniugare l'esigenza di erogare prestazioni sicure, (considerando che lo Pseudomonas non è tollerabile ad alcun valore tra i contaminanti) nel rispetto dei termini del contratto in corso, dei tempi di espletamento della nuova gara e del contenimento dei costi che le azioni di controllo e le misure correttive hanno determinato. Garantire la sicurezza del re processing e quella dell'operatore sono diventati specifiche essenziali per la stesura del capitolato e la valutazione delle macchine proposte.

Conclusioni. a) abbiamo concluso una gara con criteri qualitativi elevati e clausole contrattuali che impongono al fornitore di mantenere la qualità dichiarata b) stiamo ultimando un manuale di re processing degli endoscopi al fine di standardizzare le procedure per tutti i servizi c) divideremo tra i servizi interessati e la microbiologia un planning per i controlli microbiologici sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo al fine di avere una comunicazione diretta dalla microbiologia delle positività ed un'omogenea azione correttiva d'intervento in caso di positività d) utilizzeremo la funzione di accesso da remoto offerta dalle macchine per controllare gli stati manutentivi e i consumi e) l'esperienza è stata un'occasione per creare una coesione operativa tra ingegneria clinica, direzione medica e servizio approvvigionamento.



Pseudomonas nelle lavaendoscopi: regia della DM tra sicurezza clinica, contratti e tecnologia

A. Di Caprio¹, M. Casarotto², C. Disconzi³, G. Tonato⁴, M. Zoppelletto⁵, E. Apolloni⁶, M. Carlucci⁷

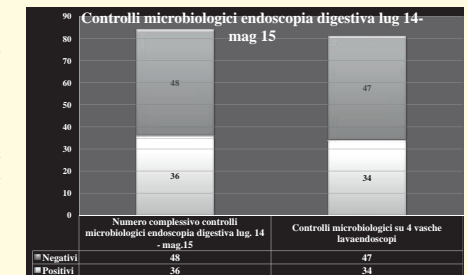
^{1, 3, 7} Direzione Medica Funzione Ospedaliera, ² Ingegneria Clinica, ⁴ Farmacia, ⁵ Microbiologia, ⁶ Direttore Sanitario Ospedale di Bassano del Grappa (VI), Azienda Ulss n. 3

Parole chiave: lavaendoscopi – colonizzazione - disinfezione

Introduzione: a giugno 2014 abbiamo avuto riscontro di Pseudomonas su uno strumento endoscopico. I controlli dettagliati eseguiti per ricercare la causa hanno evidenziato la colonizzazione delle lavaendoscopi utilizzate in comodato d'uso. Per 9 mesi abbiamo lavorato al fine di far convergere esigenze di sicurezza e vincoli contrattuali, poiché, pur dando

corso alla procedura già preventivata per l'acquisto di nuove macchine, eravamo condizionati dai contratti in essere. A marzo, la ditta si è resa disponibile a sostituire una lavaendoscopi. A luglio è stata espletata la gara e siamo in attesa di sostituire l'intero parco lavaendoscopi aziendale.

Contenuti: gli interventi di controllo microbiologico e le misure correttive messe in atto per mantenere in minime condizioni d'uso le lavaendoscopi disponibili sono rappresentati con sequenza cronologica nella tabella riportata e sommariamente riassunti nel grafico in calce. La nostra attenzione è stata rivolta ad ogni parte delle macchine utilizzando un metodo analitico sequenziale procedendo per esclusione: l'acqua in ingresso, i blocchi filtri, il detergente, il serbatoio detergente senza arrivare ad alcuna soluzione rilevante. La Direzione ha assunto la regia del team multidisciplinare che ha lavorato sia per individuare i punti critici della macchina sia per coniugare l'esigenza di erogare prestazioni sicure, (considerando che lo Pseudomonas non è tollerabile ad alcun valore tra i contaminanti) nel rispetto dei termini del contratto in corso, dei tempi di espletamento della nuova gara e del contenimento dei costi che le azioni di controllo e le misure correttive hanno determinato. Garantire la sicurezza del re processing e quella dell'operatore sono diventati specifiche essenziali la stesura del capitolato e la valutazione delle macchine proposte.



	G1	G2	G3	C1	C2	C3	C4	C5	VASCA 1	VASCA 2	VASCA 3	VASCA 4	LOANIN P.1 INGRESSO O PORTA FILTRI	LOANIN P.2 INGRESSO O PORTA FILTRI	LOANIN P.3 HDI POST FILTRI	LOANIN P.4 HDI POST FILTRI	DETERSIVE INVE ENZIMATICO	LIQELLO DETERGENTE VASCA 3	LIQELLO DETERGENTE VASCA 4
0906/14			P						P	P	N	N							
2306/14									P	P	N	N							
1506/14									P	P	N	N							
2806/14									P	N	N	N							
2406/14									P	P	P								
23/06/14																			
13/12/14								N		N	P	N							
06/11/14								N		N									
10/11/14								N		P									
29/10/14									P	P									
23/10/14									N	P		N							
08/10/14									N	N	N	N							
28/09/14									N	N	N	N							
16/09/14									N	N	N	N							
15/09/14									P	Unc >	P	Unc >	P	Unc >	P	Unc >			
08/09/14									N	N	N	N							
28/08/14									N	N	N	N							
12/08/14										P	100	P	100	Unc	Unc				
20/07/14										N	P								
24/07/14									N	N	P	30	P						
22/07/14											P								
14/07/14													N	N	N	P	N		
14/07/14									N	P									
06/07/14									N	N	P	P							
10/07/14									P	P	P	P							

Conclusioni: a) abbiamo concluso una gara con criteri qualitativi elevati e clausole contrattuali che impongono al fornitore di mantenere la qualità dichiarata b) stiamo ultimando un manuale di re processing degli endoscopi al fine di standardizzare le procedure per tutti i servizi c) divideremo tra i servizi interessati e la microbiologia un planning per i controlli microbiologici sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo al fine di avere una comunicazione diretta dalla microbiologia delle positività ed un'omogenea azione correttiva d'intervento in caso di positività d) utilizzeremo la funzione di

accesso da remoto offerta dalle macchine per controllare gli stati manutentivi e i consumi e) l'esperienza è stata un'occasione per creare una coesione operativa tra ingegneria clinica, direzione medica e servizio approvvigionamento

GESTIONE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO CON PATOLOGIA INTERNISTICA P.O. SANTA MARIA ANNUNZIATA (FI)

M. Donzellini¹, G. Bonaccorsi², P. Bonanni³, M. Chellini⁴, F. Ciralo⁴, S. Guarducci⁵, D. Paolini¹, F. Pieralli¹, L. Pieri¹, L. Tattini⁵

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

² Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

³ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

⁴ Direttore Sanitario P.O. Santa Maria Annunziata, Firenze

⁵ Staff Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze

Parole chiave: comorbidità psichiatrica, qualità assistenza

Introduzione. Comorbidità mediche e psichiatriche sono frequenti, circa il 70% di adulti che soffrono di patologie psichiatriche presenta comorbidità quali patologie polmonari, cardiovascolari, epatiche ed endocrine. Fattori comunemente presenti in soggetti psichiatrici contribuiscono a danneggiare la loro salute, quali fumo, effetti collaterali degli psicofarmaci, bassa qualità di vita. Disturbi psichiatrici si riscontrano in circa un terzo dei ricoverati in medicina e, come la presenza di comorbidità internistiche in pazienti con disturbi psichiatrici o con problematiche di dipendenza/abuso di sostanze, si associano ad un particolare impegno nella gestione assistenziale e ad una maggiore durata del ricovero, comportando quindi un aumento della spesa sanitaria. Tale problematica si è verificata nel presidio ospedaliero di Santa Maria Annunziata di Firenze ed è stata affrontata mediante un audit clinico multiprofessionale con rappresentanti della Medicina d'Urgenza, della Psichiatria, della Direzione Sanitaria e dell'Area Medica, avviando una discussione su specifiche casistiche per analizzare le criticità presenti nel percorso assistenziale ed individuare possibili azioni di miglioramento della qualità dell'assistenza.

Contenuti. Le casistiche discusse evidenziano problematiche strutturali, cliniche ed organizzative e l'assenza di chiari standard di riferimento da seguire. Il setting assistenziale a cui assegnare questi pazienti rappresenta il principale punto di discussione: la stabilizzazione del quadro clinico e la continuità terapeutica devono integrarsi con la gestione di pazienti, anche senza diagnosi psichiatrica, che presentano problematiche comportamentali con forte stato di agitazione e rischio di allontanamento, garantendo la sicurezza degli altri degenti. Questa criticità è accentuata da una problematica strutturale: le camere di area medica del presidio ospitano fino a 5 letti, impedendo una collocazione protetta del paziente problematico. Possono emergere problemi clinici correlati al quadro psichiatrico, quali insufficienza renale acuta da disidratazione e denutrizione e devono essere affrontati problemi organizzativi riguardo le modalità di alimentazione, somministrazione della terapia e gestione dei disturbi comportamentali. Tali questioni, unite ai trasferimenti e alle numerose consulenze specialistiche richieste, esitano in degenze solitamente lunghe e richiedono di intervenire sul percorso assistenziale.

Conclusioni. Sono state individuate azioni di miglioramento: si è formato un gruppo di lavoro multidisciplinare coinvolgendo tutti gli specialisti interessati nella gestione di questi pazienti per redigere una procedura per la gestione collaborativa dei casi con comorbidità, individuando criteri di assegnazione al fine ottenere una maggior appropriatezza. Dal punto di vista ambientale, si è predisposto di individuare una camera di degenza tutelata, afferente a varie specialità di area medica e da attivare in casi specifici per una maggior tutela di questi pazienti. La collaborazione tra le varie discipline è essenziale per un tempestivo riconoscimento di comorbidità attraverso un'accurata anamnesi, l'identificazione dei sintomi psichiatrici, la valutazione di eventuali effetti collaterali della terapia in corso ed il monitoraggio dei parametri dei pazienti psichiatrici per attuare una corretta valutazione e trattamento di questi pazienti, migliorando gli esiti della patologia internistica e psichiatrica.



GESTIONE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO CON PATOLOGIA INTERNISTICA P.O. SANTA MARIA ANNUNZIATA (FI)



Donzellini M.*, Bonaccorsi G.†, Bonanni P.†, Chellini M.†, Ciralo F.†, Guarducci S.†, Paolini D.†, Pieralli F.†, Pieri L.†, Tattini L.†

*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

† Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

‡ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

§ Direttore Sanitario P.O. Santa Maria Annunziata, Firenze

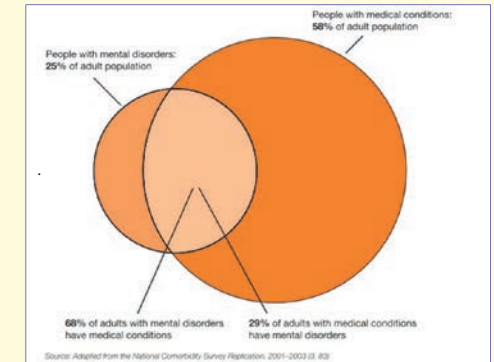
¶ Staff Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze

Introduzione

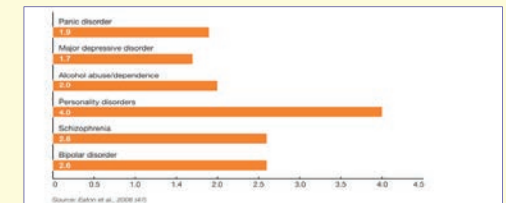
Comorbidità mediche e psichiatriche sono frequenti, circa il 70% di adulti che soffrono di patologie psichiatriche presenta comorbidità quali patologie polmonari, cardiovascolari, epatiche ed endocrine. Fattori comunemente presenti in soggetti psichiatrici contribuiscono a danneggiare la loro salute, quali fumo, effetti collaterali degli psicofarmaci, bassa qualità di vita. Disturbi psichiatrici si riscontrano in circa un terzo dei ricoverati in medicina e, come la presenza di comorbidità internistiche in pazienti con disturbi psichiatrici o con problematiche di dipendenza/abuso di sostanze, si associano ad un particolare impegno nella gestione assistenziale e ad una maggiore durata del ricovero, comportando quindi un aumento della spesa sanitaria. Tale problematica si è verificata nel presidio ospedaliero di Santa Maria Annunziata di Firenze ed è stata affrontata mediante un audit clinico multiprofessionale con rappresentanti della Medicina d'Urgenza, della Psichiatria, della Direzione Sanitaria e dell'Area Medica, avviando una discussione su specifiche casistiche per analizzare le criticità presenti nel percorso assistenziale ed individuare possibili azioni di miglioramento della qualità dell'assistenza.

Contenuti

Le casistiche discusse evidenziano problematiche strutturali, cliniche ed organizzative e l'assenza di chiari standard di riferimento da seguire. Il setting assistenziale a cui assegnare questi pazienti rappresenta il principale punto di discussione: la stabilizzazione del quadro clinico e la continuità terapeutica devono integrarsi con la gestione di pazienti, anche senza diagnosi psichiatrica, che presentano problematiche comportamentali con forte stato di agitazione e rischio di allontanamento, garantendo la sicurezza degli altri degenti. Questa criticità è accentuata da una problematica strutturale: le camere di area medica del presidio ospitano fino a 5 letti, impedendo una collocazione protetta del paziente problematico. Possono emergere problemi clinici correlati al quadro psichiatrico, quali insufficienza renale acuta da disidratazione e denutrizione e devono essere affrontati problemi organizzativi riguardo le modalità di alimentazione, somministrazione della terapia e gestione dei disturbi comportamentali. Tali questioni, unite ai trasferimenti e alle numerose consulenze specialistiche richieste, esitano in degenze solitamente lunghe e richiedono di intervenire sul percorso assistenziale.



Percentuale di soggetti con disturbi psichiatrici e/o patologie mediche



Rischio relativo di mortalità prematura per tutte le cause associate a malattie mentali rispetto alla popolazione generale

Conclusioni

La collaborazione tra le varie discipline è essenziale per un tempestivo riconoscimento di comorbidità attraverso un'accurata anamnesi, l'identificazione dei sintomi psichiatrici, la valutazione di eventuali effetti collaterali della terapia in corso ed il monitoraggio dei parametri dei pazienti psichiatrici per attuare una corretta valutazione e trattamento di questi pazienti, migliorando gli esiti della patologia internistica e psichiatrica.



AVVIO E PIANIFICAZIONE DEL PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI RISONANZA MAGNETICA AZIENDALE

T. Fabbri¹, M.V. Maffei²

¹ UOC Accreditemento ASL RM B; ² UOC Radiodiagnostica ASL RM H Polo 2

Introduzione. Il progetto nasce dalla constatazione da parte dell'Azienda ASL RM H che l'attuale Servizio di Risonanza Magnetica non lavora al massimo delle sue potenzialità, non solo nella produzione totale del numero di esami annui, ma soprattutto nell'organizzazione dei turni di lavoro, che risente della presenza di Personale medico, tecnico ed infermieristico afferente ai vari Poli Aziendali che "ruota" settimanalmente sull'unica apparecchiatura in dotazione alla Azienda. Il principale problema che consegue all'attuale "caotica" turnazione è l'allungamento dei tempi di ricovero di Pazienti che sono in attesa di eseguire l'esame di Risonanza per proseguire il loro iter diagnostico-terapeutico o essere dimessi.

Materiali e metodi. In questo studio abbiamo utilizzato il project management. Un project management di successo può essere definito come il raggiungimento degli obiettivi del progetto:

- Entro i tempi previsti
- Entro i costi preventivati
- Con il livello di prestazioni e/o di tecnologia desiderati
- Utilizzando le risorse assegnate in maniera efficace (miglior risultato con il minimale utilizzo) ed efficiente (eliminando gli sprechi)
- Con l'accettazione e la piena soddisfazione dei clienti

Il Sistema Sanitario nel suo insieme richiede a tutti i professionisti che operano al loro interno con funzioni manageriali l'acquisizione di competenze di tipo metodologico nell'ambito della progettazione, funzionali a un graduale passaggio da un lavoro "per compiti" ad un lavoro "per progetti e obiettivi".


L'acquisizione di un'adeguata metodologia nell'ambito del project management qualifica trasversalmente le attività dei professionisti della Sanità perché applicabile a tutti gli ambiti delle Scienze della Salute.

Nel settore sanitario i progetti nascono per i seguenti motivi:

- a) Risultati operativi non soddisfacenti
- b) Necessità di soddisfare i bisogni di salute
- c) Realizzazione di un'opportunità di sviluppo

RISULTATI. Il risultato del progetto consisterà in un nuovo processo operativo con una nuova struttura organizzativa elaborata dalle nuove figure dei coordinatori, con tutto il personale preparato ed il sistema informatico in grado di supportare la programmazione del lavoro nelle sedute di Risonanza Magnetica.

**GOVERNARE E DECIDERE IN SANITA':
AUTORI, REGISTI, ATTORI**



Avvio e pianificazione del progetto di Riorganizzazione del Servizio di Risonanza Magnetica Aziendale

Tatiana Fabbri UOC Accreditemento ASL RM B
Maria Vittoria Maffei UOC Radiodiagnostica ASL RM H Polo 2


INTRODUZIONE

Il progetto nasce dalla constatazione da parte dell'Azienda ASL RM H che l'attuale Servizio di Risonanza Magnetica non lavora al massimo delle sue potenzialità, non solo nella produzione totale del numero di esami annui, ma soprattutto nell'organizzazione dei turni di lavoro, che risente della presenza di Personale medico, tecnico ed infermieristico afferente ai vari Poli Aziendali che "ruota" settimanalmente sull'unica apparecchiatura in dotazione alla Azienda. Il principale problema che consegue all'attuale "caotica" turnazione è l'allungamento dei tempi di ricovero di Pazienti che sono in attesa di eseguire l'esame di Risonanza per proseguire il loro iter diagnostico-terapeutico o essere dimessi.

MATERIALI E METODI

In questo studio abbiamo utilizzato il project management
Un **project management di successo** può essere definito come il raggiungimento degli obiettivi del progetto:

- ❖ Entro i tempi previsti
- ❖ Entro i costi preventivati
- ❖ Con il livello di prestazioni e/o di tecnologia desiderati
- ❖ Utilizzando le risorse assegnate in maniera efficace (miglior risultato con il minimale utilizzo) ed efficiente (eliminando gli sprechi)
- ❖ Con l'accettazione e la piena soddisfazione dei clienti



RISULTATO DEL PROGETTO

Il risultato del progetto consisterà in un nuovo processo operativo con una nuova struttura organizzativa elaborata dalle nuove figure dei coordinatori, con tutto il personale preparato ed il sistema informatico in grado di supportare la programmazione del lavoro nelle sedute di Risonanza Magnetica.

Il Sistema Sanitario nel suo insieme richiede a tutti i professionisti che operano al loro interno con funzioni manageriali l'acquisizione di competenze di tipo metodologico nell'ambito della progettazione, funzionali a un graduale passaggio da un lavoro "per compiti" ad un lavoro "per progetti e obiettivi".
L'acquisizione di un'adeguata metodologia nell'ambito del project management qualifica trasversalmente le attività dei professionisti della Sanità perché applicabile a tutti gli ambiti delle Scienze della Salute.

Nel settore sanitario i progetti nascono per i seguenti motivi:


- a) **Risultati operativi non soddisfacenti**
- b) **Necessità di soddisfare i bisogni di salute**
- c) **Realizzazione di un'opportunità di sviluppo**

ESECUZIONE

CONTROLLO

CHIUSURA

**ANMDO 41° CONGRESSO NAZIONALE
Parma 30 settembre, 1-2 ottobre 2015**



MANCATO CONSENSO ALLA TRASFUSIONE DI SANGUE PER MOTIVI RELIGIOSI: L'APPROCCIO AL PAZIENTE ALL'INTERNO DELL'A.O.U. DI NOVARA

G. Farrauto¹, L. Giudice², G. Guida³

¹ Dirigente Medico DMO; ² Direttore SC AAGG e Legali; ³ Direttore Sanitario

Parole chiave: consenso informato, Testimoni di Geova (TdG), emotrasfusione, Autorità Giudiziaria (A.G.).

Introduzione. L'emotrasfusione è una terapia che prevede la sottoscrizione di un consenso informato da parte dell'aveente diritto (maggioranne capace; Tutore; genitori in caso di minore), che deve essere esaustivo ed attuale. L'esistenza di un documento firmato da cui risulti il rifiuto di un TdG non può essere considerato equivalente al mancato consenso espresso in tempo reale, in quanto questo non è stato preceduto da un'informazione attuale sull'emotrasfusione, sui suoi possibili risultati e sulle possibili conseguenze del rifiuto. È possibile fornire un dissenso alla trasfusione, anche se in giurisprudenza si rileva una certa diversità di orientamenti: la tendenza prevalente è quella per cui si è tenuti a rispettare la volontà consapevole del TdG (maggioranne) che rifiuta la trasfusione; violare detta facoltà significa non riconoscere il diritto di rifiutare atti medici in contrasto con il proprio convincimento religioso, sia pure se mirati a salvaguardarne la sopravvivenza. Premesso che bisogna sempre illustrare all'aveente diritto la progressiva evoluzione delle indagini biomorali, per ogni peggioramento degli indici laboratoristici si dovrà provvedere ad informarlo delle conseguenze della mancata trasfusione, previa descrizione dei fatti all'interno della cartella clinica e ponendo in atto tutte le procedure alternative alla somministrazione di emoderivati.

Contenuti.

- **Paziente maggioranne capace.** Durante ogni colloquio si potranno coinvolgere persone prossime e ministri di culto riguardo alla necessità di intraprendere il trattamento (ma l'unico ad aver ha titolo ad esprimere il consenso è esclusivamente il paziente); se i motivi del rifiuto sono comprensibili o se non esistono motivi per ritenere il paziente inidoneo ad esprimersi in tal senso, deve essere rispettata la volontà del paziente; al contrario, se sussistesse uno stato di incapacità, ancorché temporanea, si dovrà attendere il ripristino della condizione di capacità (nel caso questa fosse prevedibile); se l'astensione comportasse un grave e non altrimenti evitabile rischio per la vita del paziente o di conseguenze gravi per la sua salute, si può procedere al trattamento, limitato alla risoluzione del pericolo immediato o al ripristino della capacità.
- **Paziente maggioranne incapace d'intendere o volere.** Il consenso va richiesto al tutore o all'amministratore di sostegno (se già nominati, in caso contrario si dovrà procedere in tal senso). Se le condizioni cliniche non consentissero di attendere il tempo necessario per il ricorso all'A.G. e qualora l'astensione comportasse rischi per la vita del paziente o conseguenze gravi per la salute, si può procedere al trattamento, che andrà limitato alla risoluzione del pericolo immediato e/o al tempo necessario per l'intervento del giudice tutelare/magistrato.
- **Paziente minorene.** Qualora si configurasse un vero e proprio "stato di necessità" l'intervento terapeutico diviene obbligato, anche in assenza del consenso: delle condizioni che hanno determinato l'urgenza deve essere dato atto all'interno della cartella clinica. Escluso quanto sopra, in caso di discordanza tra i genitori il consenso dovrà essere richiesto al Giudice Tutelare, mentre se i genitori (o il tutore) rifiutassero di sottoporre il minore allo specifico trattamento sanitario, è fatto obbligo di ricorrere all'A.G. (Tribunale per i Minorenni ovvero al Giudice Tutelare), che deve essere resa edotta sia del dissenso che delle ragioni che invece rendono necessario intervenire (ai fini dell'eventuale autorizzazione).

Conclusioni. Con questo lavoro si è voluto fornire un contributo a beneficio del medico che si trova di fronte alla necessità di salvaguardare il proprio pz (così non rispettando una volontà costituzionalmente tutelata) e sé stesso (denuncia).

Mancato consenso all'emotrasfusione per motivi religiosi: l'approccio al paziente presso l'A.O.U. di Novara

G Farrauto* – L Giudice** – G Guida***

*Dirigente Medico DMO ** Direttore SC AAGG e Legali *** Direttore Sanitario
Parole chiave: Testimoni di Geova (TdG); Autorità Giudiziaria (AG); emotrasfusione; mancato consenso; cartella clinica (cc)



INTRODUZIONE

Al medico di DMO sarà capitato di sentirsi rivolgere la domanda da un Clinico: "Devo transfondere un Testimone di Geova che rifiuta il trattamento: come mi comporto?"

L'emotrasfusione è una terapia per la quale è prevista la sottoscrizione di un consenso informato **da parte dell'aveente diritto** (maggioranne) **da parte del Tutore** nei casi previsti; **da parte dei genitori** (entrambi) in caso di minore, ex art. 4 del DMS 1.9.95 e sm; il citato consenso trova altresì suo fondamento nei dettami della Costituzione della nostra Repubblica (Artt. 13 e 32), e deve essere:

1. **Esautivo:** per informazioni rese dai sanitari;
2. **Attuale** (essia prestato alla prescrizione del trattamento, con un intervallo di tempo tale da non far sorgere dubbi sulla volontà del pz);

L'esistenza di un documento preesistente, firmato, da cui risulti il rifiuto di un TdG non può essere considerato equivalente al mancato consenso espresso in tempo reale poiché non è stato preceduto da un'informazione attuale sull'emotrasfusione, sui suoi risultati e sulle possibili conseguenze.

All'interno del nostro ordinamento giuridico è possibile fornire un dissenso alla trasfusione, anche se in giurisprudenza si rileva una certa diversità di orientamento a seconda che si consideri:

- a) **la prevalenza della tutela della vita** (il medico opera per garantire la salute del pz);
- b) **il rispetto della capacità di autodeterminazione del paziente**, per cui non sussiste un obbligo di cura da parte del medico di fronte ad un dissenso **consapevole e contestuale** (reso liberamente dal pz stesso).
La tendenza prevalente in giurisprudenza è quella per cui il sanitario è tenuto a rispettare la volontà consapevole del TdG (maggioranne) che rifiuta la trasfusione; violare detta facoltà significa non riconoscere il diritto di rifiutare procedure sanitarie in contrasto con il proprio convincimento religioso, sia pure se mirate a salvaguardare la sopravvivenza.

Contenuti: SITUAZIONI CLINICHE POSSIBILI

IMPORTANTI Comuni a tutti e tre i casi:

- a) **illustrare all'aveente diritto** (ps. Tutore, ecc.) **la progressiva evoluzione delle indagini biomorali** (eseguite in maniera adeguatamente ravvicinata a seconda del caso clinico); per ogni peggioramento degli indici di laboratorio si dovrà informare l'interessato delle conseguenze della mancata trasfusione;
- b) **procedere sempre riportando la descrizione dei fatti all'interno della cc;**
- c) **porre in atto tutte le procedure alternative alla somministrazione di emoderivati;**

1. Paziente maggioranne capace

1) Durante ogni colloquio può essere opportuna coinvolgere (previa autorizzazione del pz.) **persone prossime** (parenti), **ministri di culto**, allo scopo di fornire gli ulteriori chiarimenti (in tempo reale) riguardo alla necessità di intraprendere il trattamento proposto: **"l'unico pz ad aver titolo ad esprimere il consenso è il pz (espresso da terzi risulterebbe giuridicamente irrilevante);"**

2) qualora i motivi del rifiuto non risultassero dal tutto comprensibili si può porre indicazione alla richiesta di **visita psichiatrica**, allo scopo di accertare la reale capacità del pz;

3) **Se i motivi del rifiuto sono comprensibili (dogma religioso) o se l'incertamento psichiatrico non ha fornito motivi per ritenere il pz idoneo ad esprimersi in tal senso (non concessione di un consenso), dev'essere rispettata la sua volontà;**

4) Se, al contrario, la consulenza psichiatrica rilevasse una condizione di **incapacità ancorché temporanea**, bisognerà distinguere:

- i) **Trattamento che si può differire:** si attende il ripristino della condizione di capacità (nel caso ragionevolmente prevedibile);
- ii) **L'esistenza della somministrazione comporta un grave e non altrimenti evitabile rischio per la vita del pz o di conseguenze gravi per la sua salute:** si può procedere al trattamento, che andrà limitato alla risoluzione del pericolo immediato o al ripristino della condizione di capacità.

2. Paziente maggioranne incapace d'intendere o volere

Il consenso va richiesto al Tutore o all'Amministratore di sostegno (se già nominati), **salvo che ciò non sia escluso dal provvedimento di nomina**; detto atto ed il documento di riconoscimento del pz dovranno essere allegati in copia alla cartella clinica.

Qualora il Tutore o l'Amministratore di sostegno non fossero ancora stati nominati:

- a) il medico deve informare il DMO per il successivo coinvolgimento del Giudice Tutelare (ai fini della succitata nomina);
- b) se le condizioni cliniche non consentissero di attendere il tempo necessario per il ricorso all'AG e qualora l'astensione comportasse un grave, e non altrimenti evitabile, rischio per la vita del pz o per la sua salute, **il medico può procedere al trattamento**, che andrà limitato alla risoluzione del pericolo immediato e/o al tempo necessario per l'intervento del Giudice Tutelare/Magistrato.

3. Paziente minorene

Qualora si configurasse un vero e proprio **"stato di necessità"** (ex. Art. 54 cp.), **l'intervento terapeutico del medico diviene obbligato, anche in assenza del consenso;** delle condizioni che hanno determinato l'urgenza deve essere dato atto, in modo particolareggiato, all'interno della cc.

Escluso quanto sopra, vi possono essere due possibilità:

- 1) **discordanza di parere tra i genitori** sull'opportunità di far transfondere il figlio: **il consenso deve essere richiesto al Giudice Tutelare**
- 2) **entrambi i genitori (o il Tutore) rifiutano di sottoporre il minore allo specifico trattamento sanitario:** in questo caso, ai sensi dell'Art. 333 cod.civ., è fatto **obbligo al medico di ricorrere all'AG** (Tribunale per i Minorenni ovvero al Giudice Tutelare), Autorità che deve essere resa edotta sia del dissenso così ottenuto che delle ragioni che invece rendono necessario intervenire, così da ottenere l'eventuale autorizzazione a praticare le cure necessarie.

CONCLUSIONI

Con questo lavoro ci si augura di aver fornito un contributo al medico che, talora, dovendo transfondere, si trova di fronte sia al diniego da parte del pz che alla contestuale necessità di salvaguardare il proprio assistito (al rischio di non rispettare una volontà costituzionalmente tutelata) e sé stesso (da possibili implicazioni giudiziarie: timore di una denuncia in caso di decesso).

BIBLIOGRAFIA

- 1) "Dobbiamo transfondere, ma..." - G. Farrauto, Tecnica Ospedaliera, Marzo 2004.
- 2) Atto di Costituzione della Repubblica Italiana, approvato dall'Assemblea Costituente il 22 dicembre 1947 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 298, edizione straordinaria del 27 dicembre 1947.
- 3) "Il Consenso informato alla trasfusione di sangue ed emocomponenti ed alla somministrazione di emoderivati in neonatologia." - Luciano Pinto.
- 4) Decreto Ministeriale 1 settembre 1995, "Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri", Gazzetta Ufficiale n° 240 del 13/10/1995.
- 5) Decreto Ministeriale 25 Gennaio 2001, "Caratteristiche e modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti.", Gazzetta Ufficiale n. 78 del 3/04/2001.
- 6) "La responsabilità del medico e della struttura sanitaria per il ricorso alla terapia trasfusionale e il nuovo significato della chirurgia "senza sangue": da questione religiosa ad approccio chirurgico consapevole." - Serafino Rusica (Consigliere Parlamentare per gli Affari Legali del Senato della Repubblica) con il contributo degli Avv. Francesco Rallo (Studio Rogan Lovells - Milano) e Domenico Maria Orsini (Presidente della Scuola Forense Sabina).
- 7) "Tecnica e metodologie per il risparmio di sangue in Chirurgia Generale." - Giovanni D. Tebala U.O. di Chirurgia Digestiva e Laparoscopia - Aurelia Hospital (Roma).
- 8) "Consenso informato alla trasfusione di sangue ed emoderivati." - Regione Emilia Romagna, 28.2.2007.
- 9) Convenzione di Oviedo - Legge 28 Marzo 2001, n. 145: "Ratifica ed esecuzione della convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168, sul divieto di clonazione di esseri umani".
- 10) Sentenza Corte di Cassazione - III Sezione Civile - n. 23676 del 15.09.2008.

Art. 4 del D.M.S. 1.9.95
"Deve essere comunicato ai pazienti la possibilità di effettuare, quando indicato, l'autotrasfusione e deve essere richiesto il consenso informato alla trasfusione di sangue ed emocomponenti ed alla somministrazione di emoderivati. Il consenso è espresso mediante sottoscrizione di apposita dichiarazione conforme al testo allegato al presente decreto, da unire alla cartella clinica."

Costituzione della Repubblica Italiana
Art. 13 "La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale se non per atto motivato dall'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge."
Art. 32 "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge."

Art. 333 Codice Civile
"Quando la condotta di uno o di entrambi i genitori non è tale da dare luogo alla premiazione di decadenza prevista dall'articolo 330, ma appare comunque pregiudizievole al figlio, il giudice (dispart. 38, 51), secondo le circostanze, può adottare i provvedimenti convenienti e può anche disporre l'istituimento di lui della residenza familiare (336) ovvero l'allontanamento del genitore o convivente che maltratta o abusa del minore. Tali provvedimenti sono revocabili in qualsiasi momento (742 c.p.c.)."

Art. 54 Codice Penale (Stato di necessità)
"Non è punibile chi ha commesso il fatto per essersi visto costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha potuto evitare di commettere il fatto. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altra minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretto a commetterlo".

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI FILTRI TERMINALI SBS MODELLO WF PER RETE IDRICA IN REPARTI OSPEDALIERI

A. Formaglio¹, P. Antonioli², S. De Lorenzi³, G. Salvatorelli³

¹ Medico in Form. Specialistica, Università degli Studi di Ferrara, Dip. di Scienze Mediche, Scuola di Spec. in Igiene e Med. Preventiva; ² Responsabile Struttura Dipartimentale Igiene Ospedaliera Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; ³ Università di Ferrara - Dipartimento di Scienze della Vita e Biotecnologie, Sez. Biologia Evolutiva

Parole chiave: Legionella, filtri terminali

Introduzione. Le recenti linee guida per la prevenzione e controllo della legionellosi nelle strutture sanitarie, raccomandano l'applicazione di dispositivi filtranti idoneamente certificati e con marcatura CE con certificazione di qualità rilasciata dall'Organismo Notificato, ai punti terminali dell'impianto: docce o rubinetti che possono essere sorgenti di infezione. L'installazione di filtri antibatterici mette istantaneamente in sicurezza i punti d'acqua, sia fredda che calda, in assenza di applicazione di altre misure correttive o nel caso in cui le stesse si siano dimostrate inefficaci.

Contenuti. È stata valutata la capacità di trattenere *Legionella pneumophila* da parte di filtri installati in punti terminali della rete idrica (SBS modello WF1 per lavelli e bidet e SBS modello WF2 per docce ed erogatori di vasche parto) in 3 strutture ospedaliere del nord Italia.

- **Struttura A.** È stato preso in esame l'efflusso di acqua calda di 40 campioni in punti rete terminali di cui 37 lavabi e bidet e 3 docce, tutti sprovvisti di filtri terminali. Il numero di colonie di *L. pneumophila* < 1.000 UFC/L è stato rilevato in 20 campioni di efflusso (50%), compreso tra 1.001 e 10.000 UFC/L in 17 campioni (42,5%) e > 10.000 UFC/L, con un valore massimo di 26.000, in 3 campioni della rete (7,5%). I sierotipi più frequentemente rilevati sono compresi nei gruppi 2÷14 (34 casi, 85%) mentre il sierotipo 1, da solo o associato ai sierotipi 2÷14 in 5 casi (12,5%). La presenza di legionella il cui sierotipo non è stato identificato si è avuto solo in 1 caso. Non si è mai riscontrata la presenza di legionella nell'acqua di efflusso di 26 campioni in punti rete sprovvisti di filtro, di cui 21 docce e 5 lavabi o bidet, installati da 30 giorni prima del campionamento.
- **Struttura B.** È stato preso in esame l'efflusso di acqua calda di 21 campioni in punti terminali sprovvisti di filtro e 13 campioni in punti rubinetto provvisti di filtro. Nei punti di efflusso sprovvisti di filtro il numero di *L. pneumophila* < 1.000 UFC/L è stato rilevato in 18 campionamenti (85,7%), mentre in 3 campioni (14,3%) il numero di UFC/L è stato rilevato > 10.000, con un massimo di 60.000 UFC/L. Il sierotipo prevalente, quando identificato, era il sierotipo 1 mentre i sierotipi 2÷14 sono stati identificati in 3 casi. Non si è mai riscontrata la presenza di legionella nell'acqua di efflusso dei campioni in punti rete nei quali da 30 giorni erano stati installati i filtri.
- **Struttura C.** È stato valutato l'efflusso di acqua sia calda (48,1 – 50,8 °C) che fredda (24,6 – 32,2 °C) di 16 campioni in punti rete terminali, di cui 10 lavabi e 6 docce, tutti sprovvisti di filtri terminali. Il numero di colonie di *L. pneumophila* < 1.000 UFC/L è stato rilevato in 2 campioni di efflusso (12,5%), compreso tra 1.001 e 10.000 UFC/L in 8 campioni (50%) e >10.000 in 6 campioni (37,5%), con un valore massimo di 34.000 UFC/L. Non si è mai riscontrata la presenza di legionella nell'acqua di efflusso di 18 campioni in 9 punti rete provvisti di filtro terminale, di cui 5 docce e 4 lavabi e 1 erogatore di vasche parto, installati da 30 giorni prima del campionamento.

Conclusioni. L'installazione di filtri terminali SBS modello WF1 e WF2 ha permesso di trattenere la carica di legionella presente nell'acqua di rete con diverse condizioni di disinfezione dell'acqua (ipoclorito, biossido di cloro, perossido di idrogeno, monoclorammina), a diverse condizioni di temperatura, pH e conducibilità, in differenti strutture ospedaliere per 30 giorni, annullando quindi il rischio di contrarre la legionellosi.

VALUTAZIONE DELLA EFFICACIA DI FILTRI TERMINALI SBS MODELLO WF PER RETE IDRICA IN REPARTI OSPEDALIERI

* Formaglio A.; ** Antonioli P.; *** De Lorenzi S.; **** Salvatorelli G.

* Medico in Form. Specialistica Università degli Studi di Ferrara – Dip. di Scienze Mediche – Scuola di Spec. in Igiene e Med. Preventiva
** Responsabile Struttura Dipartimentale Igiene Ospedaliera Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
*** Università di Ferrara - Dipartimento di Scienze della Vita e Biotecnologie, Sez. Biologia Evolutiva

PAROLE CHIAVE

Legionella, filtri terminali

INTRODUZIONE

Le recenti linee guida per la prevenzione e controllo della legionellosi nelle strutture sanitarie, raccomandano l'applicazione di dispositivi filtranti idoneamente certificati e con marcatura CE con certificazione di qualità rilasciata dall'Organismo Notificato, ai punti terminali dell'impianto: docce o rubinetti che possono essere sorgenti di infezione. L'installazione di filtri antibatterici mette istantaneamente in sicurezza i punti d'acqua, sia fredda che calda, in assenza di applicazione di altre misure correttive o nel caso in cui le stesse si siano dimostrate inefficaci.

Tabella 1: UFC/L di *Legionella pneumophila* rinvenute in campionamenti con e senza filtri in 3 strutture ospedaliere del nord Italia.

Struttura	Campionamenti senza filtro	Range UFC/L	Campionamenti con filtro	UCF/L	Valore accettabilità
A	40	2x10 ² – 2,6x10 ⁴	26	< 50	< 100 UFC/L Secondo le nuove Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi
B	21	<50– 6x10 ⁴	13	< 50	
C	16	5x10 ² – 3,4x10 ⁴	18	< 50	

* 8 casi

CONTENUTI

È stata valutata la capacità di trattenere *Legionella pneumophila* da parte di filtri installati in punti terminali della rete idrica (SBS modello WF1 per lavelli e bidet e SBS modello WF2 per docce ed erogatori di vasche parto, **Figura 1**) in 3 strutture ospedaliere del nord Italia (**Tabella 1**).

1. Struttura A:

È stato preso in esame l'efflusso di acqua calda di 40 campioni in punti rete terminali di cui 37 lavabi e bidet e 3 docce, tutti sprovvisti di filtri terminali. Il numero di colonie di *L. pneumophila* < 1.000 UFC/L è stato rilevato in 20 campioni di efflusso (50%), compreso tra 1.001 e 10.000 UFC/L in 17 campioni (42,5%) e > 10.000 UFC/L, con un valore massimo di 26.000, in 3 campioni della rete (7,5%). I sierotipi più frequentemente rilevati sono compresi nei gruppi 2÷14 (34 casi, 85%) mentre il sierotipo 1, da solo o associato ai sierotipi 2÷14 in 5 casi (12,5%). La presenza di legionella il cui sierotipo non è stato identificato si è avuto solo in 1 caso. **Non si è mai riscontrata la presenza di legionella nell'acqua di efflusso di 26 campioni in punti rete sprovvisti di filtro, di cui 21 docce e 5 lavabi o bidet, installati da 30 giorni prima del campionamento.**

2. Struttura B:

È stato preso in esame l'efflusso di acqua calda di 21 campioni in punti terminali sprovvisti di filtro e 13 campioni in punti rubinetto provvisti di filtro. Nei punti di efflusso sprovvisti di filtro il numero di *L. pneumophila* < 1.000 UFC/L è stato rilevato in 18 campionamenti (85,7%), mentre in 3 campioni (14,3%) il numero di UFC/L è stato rilevato > 10.000, con un massimo di 60.000 UFC/L. Il sierotipo prevalente, quando identificato, era il sierotipo 1 mentre i sierotipi 2÷14 sono stati identificati in 3 casi. **Non si è mai riscontrata la presenza di legionella nell'acqua di efflusso dei campioni in punti rete nei quali da 30 giorni erano stati installati i filtri.**

3. Struttura C:

È stato valutato l'efflusso di acqua sia calda (48,1 – 50,8 °C) che fredda (24,6 – 32,2 °C) di 16 campioni in punti rete terminali, di cui 10 lavabi e 6 docce, tutti sprovvisti di filtri terminali. Il numero di colonie di *L. pneumophila* < 1.000 UFC/L è stato rilevato in 2 campioni di efflusso (12,5%), compreso tra 1.001 e 10.000 UFC/L in 8 campioni (50%) e >10.000 in 6 campioni (37,5%), con un valore massimo di 34.000 UFC/L. **Non si è mai riscontrata la presenza di legionella nell'acqua di efflusso di 18 campioni in 9 punti rete sprovvisti di filtro terminale, di cui 5 docce e 4 lavabi e 1 erogatore di vasche parto, installati da 30 giorni prima del campionamento.**

CONCLUSIONI

L'installazione di filtri terminali SBS modello WF1 e WF2 ha permesso di trattenere la carica di legionella presente nell'acqua di rete con diverse condizioni di disinfezione dell'acqua (ipoclorito, biossido di cloro, perossido di idrogeno, monoclorammina), a diverse condizioni di temperatura, pH e conducibilità in differenti strutture ospedaliere per 30 giorni, annullando quindi il rischio di contrarre la legionellosi.



Figura 1: Filtri SBS modelli WF1 e WF2

L'OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE ED IL PROGETTO "FINESTRA ROSA" PER L'ACCOGLIENZA ALLE VITTIME FRAGILI

M. Fulgheri¹, A. Parodi², B. Oliveri Caviglia³

¹ Dirigente Medico Ospedaliero - Responsabile Struttura Semplice Direzione Sanitaria, Ospedale Evangelico Internazionale di Genova; ² Direttore Generale - Ospedale Evangelico Internazionale di Genova;

³ Presidente - Ospedale Evangelico Internazionale di Genova

Parole chiave: "Accoglienza", sensibilizzazione, contrasto

Introduzione. Il Progetto "Finestra Rosa" - Ospedale Evangelico Internazionale (O.E.I.), è percorso indirizzato "all'Accoglienza" alla vittima di violenza/maltrattamento/abuso: alle "Vittime fragili"

Ha organizzazione articolata e stabile, grazie al finanziamento ottenuto per adesione dell'O.E.I. alla campagna Otto per Mille "Ferite a volte uccise" - 2013 Chiesa Valdese, a sostegno di progetti contro la discriminazione, la violenza sulle Donne, il femminicidio.

È inserito nel contesto Metropolitano di Genova: Ponente cittadino (Presidio di Voltri) e zona-Centro (Sede di Castelletto), aree territoriali delle Strutture ospedaliere O.E.I.

Contenuti. Prevista oltre all'Accoglienza alla vittima dal punto di vista clinico assistenziale e sanitario, l'Accoglienza alla Persona con offerta di "Ascolto Psicologico", Psicologa dedicata nell'arco della settimana: può essere attivato con differenti modalità, potendo usufruirne Chi è già Paziente presso Ambulatorio polispecialistico o in caso di ricovero o di accesso al Pronto Soccorso, per diagnosi e cure sanitarie, anche di altro tipo.

Parte integrante, la location per "l'Ascolto Psicologico": locali dedicati in zona riservata, facile accesso, rispetto privacy

Aspetti peculiari e finalità:

- min 03 max 08 i colloqui "Ascolto Psicologico"/caso necessari
- supporto alle richieste di consulenza da parte degli Operatori Sanitari ospedalieri
- formazione/in-formazione, sensibilizzazione Operatori sanitari e non sanitari (fornire opportune competenze)
- assistenza e cura alla vittima di violenza/maltrattamento, attraverso momenti di incontro congiunto Operatori Sanitari/Psicologa e promozione del percorso di ricerca di aiuto da parte delle donne maltrattate immediato soccorso clinico-sanitario (visita medica, la raccolta e conservazione delle prove nei casi previsti et al), capacità di ascolto con percorso dedicato, link con Strutture esterne Socio-Sanitarie e Giurisprudenziali (Distrettuale Sanitario e Sociale, Servizi Consultoriali, Centri e Associazioni di tutela della Donna, Procura, Forze dell'Ordine et al)

Conclusioni. Base e fondamento storico di O.E.I., lo spirito di Accoglienza correlato all'attività erogata in Sanità: Accoglienza a Chi accede in luogo di Cura nel rispetto della Persona

La contestualizzazione del Progetto Finestra Rosa ha previsto l'adesione dell'Ente O.E.I. a Percorsi e Protocolli d'Intesa promossi dalla Regione Liguria e dal Comune di Genova e con Istituzioni esterne di tutela della donna

L'intercettare i fenomeni borderline, linea di confine ad ulteriori atti potenzialmente criminali, è la sfida che anima il Progetto: le Donne che non riferiscono la violenza subita, difficilmente richiederanno aiuto in successivo e spontaneo accesso alla struttura Sanitaria.

Con il percorso previsto, diminuendo la frammentarietà della presa in carico ed in maggiore coordinamento con i Servizi Territoriali di tutela della Donna, potrà essere offerto gratuitamente sostegno e informazione sulle possibili scelte e "diritto" alla via d'uscita, che è uscita dallo stato di forte disagio emozionale



Ospedale Evangelico Internazionale
Genova

L'Ospedale Evangelico Internazionale ed il Progetto "Finestra Rosa" per l'Accoglienza alle vittime fragili

"Accoglienza", sensibilizzazione, contrasto

Dr Marinella Fulgheri *, Dr Alessio Parodi **, Signora Barbara Oliveri Caviglia ***

* Dirigente Medico Ospedaliero - Responsabile Struttura Semplice Direzione Sanitaria

** Direttore Generale

*** Presidente

Introduzione: Il Progetto "Finestra Rosa" - Ospedale Evangelico Internazionale (O.E.I.), è percorso indirizzato "all'Accoglienza" alla vittima di violenza/maltrattamento/abuso: alle "Vittime fragili"

Ha organizzazione articolata e stabile, grazie al finanziamento ottenuto per adesione dell'O.E.I. alla campagna Otto per Mille "Ferite a volte uccise" - 2013 Chiesa Valdese, a sostegno di progetti contro la discriminazione, la violenza sulle Donne, il femminicidio.

È inserito nel contesto Metropolitano di Genova: Ponente cittadino (Presidio di Voltri) e zona-Centro (Sede di Castelletto), aree territoriali delle Strutture ospedaliere O.E.I.

Contenuti: Prevista oltre all'Accoglienza alla vittima dal punto di vista clinico assistenziale e sanitario, l'Accoglienza alla Persona con offerta di "Ascolto Psicologico", Psicologa dedicata nell'arco della settimana: può essere attivato con differenti modalità, potendo usufruirne Chi è già Paziente presso Ambulatorio polispecialistico o in caso di ricovero o di accesso al Pronto Soccorso, per diagnosi e cure sanitarie, anche di altro tipo.

Parte integrante, la location per "l'Ascolto Psicologico": locali dedicati in zona riservata, facile accesso, rispetto privacy

Aspetti peculiari e finalità:

- min 03 max 08 i colloqui "Ascolto Psicologico"/caso necessari
- supporto alle richieste di consulenza da parte degli Operatori Sanitari ospedalieri
- formazione/in-formazione, sensibilizzazione Operatori sanitari e non sanitari (fornire opportune competenze)
- assistenza e cura alla vittima di violenza/maltrattamento, attraverso momenti di incontro congiunto Operatori Sanitari/Psicologa e promozione del percorso di ricerca di aiuto da parte delle donne maltrattate
- immediato soccorso clinico-sanitario (visita medica, la raccolta e conservazione delle prove nei casi previsti et al), capacità di ascolto con percorso dedicato, link con Strutture esterne Socio-Sanitarie e Giurisprudenziali (Distrettuale Sanitario e Sociale, Servizi Consultoriali, Centri e Associazioni di tutela della Donna, Procura, Forze dell'Ordine et al)

Conclusioni: Base e fondamento storico di O.E.I., lo spirito di Accoglienza correlato all'attività erogata in Sanità: Accoglienza a Chi accede in luogo di Cura nel rispetto della Persona

La contestualizzazione del Progetto Finestra Rosa ha previsto l'adesione dell'Ente O.E.I. a Percorsi e Protocolli d'Intesa promossi dalla Regione Liguria e dal Comune di Genova e con Istituzioni esterne di tutela della donna

L'intercettare i fenomeni borderline, linea di confine ad ulteriori atti potenzialmente criminali, è la sfida che anima il Progetto: le Donne che non riferiscono la violenza subita, difficilmente richiederanno aiuto in successivo e spontaneo accesso alla struttura Sanitaria.

Con il percorso previsto, diminuendo la frammentarietà della presa in carico ed in maggiore coordinamento con i Servizi Territoriali di tutela della Donna, potrà essere offerto gratuitamente sostegno e informazione sulle possibili scelte e "diritto" alla via d'uscita, che è uscita dallo stato di forte disagio emozionale



WORKFLOW ORCONTROL: EFFICIENZA, EFFICACIA OPERATIVA, PRODUTTIVITÀ E SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL BLOCCO OPERATORIO

L. Galetto¹, D. Moro², P. Perazzo³, P. Campagnoli⁴, M. Palmeri⁵, L. Palmieri⁶, F.E. Pregliasco⁷,

¹ Vice Direttore Sanitario, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi; ² Vice Direttore Sanitario, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi; ³ Resp.le Servizio di Anestesia, Rianimazione e Medicina Perioperatoria e Terapia Intensiva Post Operatoria, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi; ⁴ Resp.le Servizio di Anestesia e Rianimazione I, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi; ⁵ Coordinatrice Infermieristica Blocco Operatorio V piano, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi; ⁶ Coordinatrice Infermieristica Blocco Operatorio VI piano, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi; ⁷ Direttore Sanitario, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi

Introduzione. L'Istituto Ortopedico Galeazzi, in collaborazione con Healthcare Control Systems Inc. e con WTS s.r.l., ha adottato, primo in Europa, una piattaforma tecnologica per gestire in tempo reale attività ed eventi critici e per migliorare le performance del flusso operativo del Blocco Operatorio.

Parole chiave: processo, workflow, performance

Contenuti. Il Blocco Operatorio è un'area ad elevata complessità operativa con alta concentrazione di capitale investito (attrezzature e personale). L'ottimizzazione del flusso operativo tra Blocco Operatorio e strutture correlate è funzionale all'incremento dell'efficienza e dell'efficacia, in termini qualitativi per il personale e per la sicurezza del paziente, e in termini quantitativi per una riqualificazione dei relativi costi. La tecnologia adottata (infrastruttura RTLS-Real Time Location System e Software ORControl di HCS) permette di tracciare e monitorare le informazioni logistico-operative di una seduta operatoria. I dati rilevati vengono elaborati dal software che aggiorna in tempo reale il planning chirurgico. Le relative informazioni sono rese visibili in maniera intuitiva e trasparente a tutti gli attori ed a tutti i reparti che partecipano all'esecuzione del processo, facilitandone coordinamento e gestione delle singole fasi, all'interno ed all'esterno del Blocco Operatorio. Il sistema ORControl, anziché immagazzinare dati per elaborarli successivamente, rileva e gestisce le informazioni operative in tempo reale.

L'implementazione del sistema ha comportato l'installazione di una infrastruttura hardware con rilevatori RTLS, la fornitura di wearable devices (Tag RTLS per pazienti, attrezzature e risorse critiche) e l'installazione di schermi touch screen, tablet e workstations per la visualizzazione delle informazioni operative utili alla gestione delle singole fasi del processo: Status delle attività preoperatorie eseguite in reparto per ciascun paziente e sua chiamata in Sala Operatoria; Aggiornamento automatico della programmazione, per coordinare all'interno e all'esterno del Blocco Operatorio, il personale; Aggiornamento e visualizzazione in tempo reale della progressione degli interventi e dello status di pazienti, ambienti e attrezzature. Gestione degli eventi critici per il rispetto dei protocolli e della programmazione mediante messaggistica ad hoc inviata in automatico ai diretti interessati su devices mobili. Il Progetto, partito a settembre 2014 e operativo da gennaio 2015, ha reso possibile il coordinamento dell'attività di 24 Equipe, 14 Reparti, Emoteca, Radiologia e Laboratori, attività svolta in 11 sale operatorie in 2 Blocchi per una media di 60/70 interventi/die (7.700 interventi da gennaio a luglio 2015). Il sistema ORControl gestisce le singole fasi del processo operativo monitorando in tempo reale specifici parametri di efficienza ed efficacia, allo scopo di identificare le opportunità di miglioramento: puntualità primo intervento, tempi di chiamata del paziente dalla Sala Operatoria e di rotazione dell'attività, urgenze, ripianificazione in tempo reale delle sedute, lavoro straordinario, compliance dei protocolli procedurali, riduzione rischio di errore per la validazione di protocolli procedurali, predisposizione impianti, attrezzature ed emocomponenti. Il maggior tempo dedicato al paziente dal personale medico ed infermieristico, la riduzione dei tempi di attesa dei pazienti con relativa riduzione dello stress preoperatorio, e la possibilità di fornire ai parenti informazioni in tempo reale, ha portato, inoltre, ad una maggiore soddisfazione del personale e dei pazienti.

Conclusioni. Il progetto ha permesso di evidenziare come con l'utilizzo di tecnologie innovative sia possibile migliorare significativamente la gestione e la condivisione in tempo reale delle informazioni tra gli attori del processo operativo e diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente, garantendo maggior efficienza, efficacia e qualità del servizio prestato, a beneficio della maggior sicurezza dei pazienti.

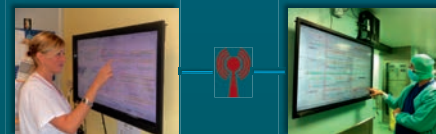


ORControl™: efficienza, efficacia operativa, produttività e sicurezza del paziente nel Blocco Operatorio

L. Galetto, L. Di Dio, D. Moro, P. Perazzo, P. Campagnoli, M. Palmeri, L. Palmieri, F. E. Pregliasco

Per migliorare le performance del Blocco Operatorio l'Istituto Ortopedico Galeazzi, in collaborazione con la Healthcare Control Systems Inc. e con Workflow Technology Solutions s.r.l., ha promosso il primo progetto in Europa volto all'implementazione di una piattaforma tecnologica (ORControl™) per gestire in tempo reale attività ed eventi critici del flusso operativo del Blocco Operatorio:

- Status di tutte le attività preoperatorie eseguite in **Reparto** e chiamata dei pazienti in **Sala Operatoria**



- Aggiornamento automatico della programmazione, per coordinare attività e personale che operano all'interno e all'esterno del Blocco Operatorio

- Aggiornamento e visualizzazione in tempo reale della progressione degli interventi e dello status di pazienti, ambienti e attrezzature

- Visualizzazione della scheda di ogni paziente contenente tutti gli aspetti del ricovero:

Gli attori coinvolti:

- 29 Equipe
- 14 Reparti
- Emoteca
- Radiologia
- Laboratori
- 11 sale operatorie (suddivise in 2 Blocchi)

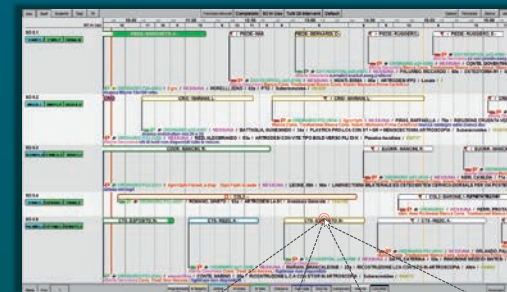
Attività gestita da gennaio a luglio 2015:

- 60/70 interventi/die
- Circa 7700 interventi totali

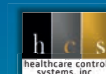
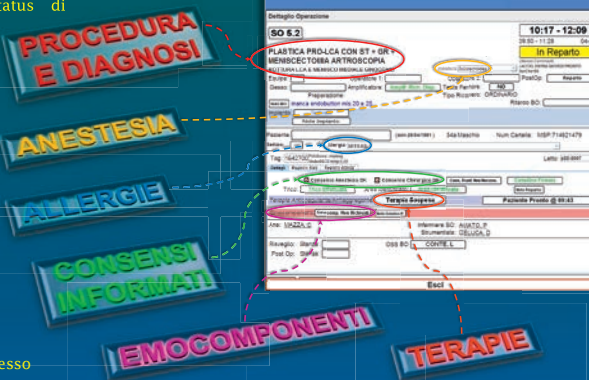
Il sistema ORControl™ gestisce ogni fase del processo operativo monitorando in tempo reale specifici parametri

di efficienza ed efficacia, allo scopo di identificare le opportunità di miglioramento: puntualità primo intervento, tempi di chiamata del paziente dalla Sala Operatoria e di rotazione dell'attività, ripianificazione in tempo reale delle sedute, risparmio di ore di lavoro straordinario, controllo conformità di esecuzione dei protocolli procedurali, riduzione rischio di errore per la validazione di protocolli procedurali, predisposizione impianti, attrezzature ed emocomponenti. Il maggior tempo dedicato al paziente dal personale medico ed infermieristico, la riduzione dei tempi di attesa dei pazienti con relativa riduzione dello stress preoperatorio, e la possibilità di fornire ai parenti informazioni in tempo reale, ha portato, inoltre, ad una maggiore soddisfazione del personale e dei pazienti.

Il progetto ha permesso di evidenziare come con l'utilizzo di tecnologie innovative sia possibile migliorare significativamente la gestione e la condivisione in tempo reale delle informazioni tra gli attori del processo operativo e diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente garantendo maggior efficacia e qualità del servizio, a beneficio della maggior sicurezza dei pazienti.



I nomi utilizzati sono frutto di fantasia



IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA NEL PROCESSO DI DONAZIONE E PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI INTRAOSPEDALIERA

M.S. Giamprini, C. Valenti

Direzione Medica di Presidio Pesaro, Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"

Parole chiave: donazione, programmazione, organizzazione

Introduzione. Nell'ambito della disciplina di Direzione Medica di Presidio (programmazione, attuazione e consolidamento di una strategia direzionale organizzativa) è possibile consentire di estendere la cultura e gli strumenti del management applicato al procurement di organi e tessuti dell'intero complesso organizzativo aziendale.

La Direzione Medica è responsabile della gestione di ogni aspetto organizzativo, interdisciplinare e interdipartimentale dell'attività di donazione di organi e tessuti all'interno dell'Azienda; ruolo propulsivo e di coordinamento dell'intero processo in stretta collaborazione con il Coordinatore Locale Trapianti (CLT).

Contenuti. All'interno dell'Azienda Ospedaliera esistono specifiche Istruzioni Operative: "I.O. prelievo di organi e tessuti"; in particolare per i tessuti: "I.O. prelievo multitegumento", "I.O. donazione prelievo cornee", "I.O. prelievo confezionamento trasporto opercolo cranico". Tali documenti sono stati elaborati in collaborazione con il Nord Italia Transplant program (NITp) e con la Banca degli Occhi di Fabriano (Banca di Riferimento per la regione Marche).

Le I.O. sono state elaborate considerando prioritari: definizione delle responsabilità, descrizione delle attività, modulistica standardizzata e volute per focalizzare gli interventi strategici, al fine di perseguire il migliore utilizzo delle risorse già disponibili, creando una integrazione operativa ed un approccio multispecialistico, così da concretizzare le indispensabili sinergie.

Vengono definiti interventi programmatori ed organizzativi, individuando responsabilità, ruoli e azioni degli attori coinvolti. L'Azienda ha investito sulle professionalità medico/chirurgiche ed infermieristiche, attuando corsi formativi al fine di divulgare e condividere le procedure, con ruolo guida della Direzione Sanitaria insieme al CTL.

La DMP interviene operativamente nel processo occupandosi di: aspetti organizzativi, adempimenti medico legali, gestione documentale e di problem solving. Inoltre sostiene il miglioramento promuovendo la continuità del processo assistenziale nella donazione e l'attenzione all'efficienza organizzativa.

A sostegno del potenziamento della capacità di reperimento di organi e tessuti (procurement) figura cardine è il CLT che opera sia attraverso azioni per la diffusione della cultura della solidarietà, sia assieme alla DMP per una buona struttura organizzativa e di coordinamento, attuata tramite una decisa attività di comunicazione interna all'Azienda.

Conclusioni. Elemento strategico per il raggiungimento dell'obiettivo è stato affidare il coordinamento del processo donazione e prelievo alla DMP, senza però dimenticare il ruolo del CLT, figura dedicata alla gestione clinica del donatore da una parte, e alla pianificazione, all'organizzazione e al funzionamento del coordinamento locale dall'altra, presupposto indispensabile per una valida ed efficace impalcatura organizzativa. La naturale conseguenza è il raggiungimento di livelli di performance soddisfacenti per l'intero sistema aziendale.

AZIENDA OSPEDALIERA

"OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD"



IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA NEL PROCESSO DI DONAZIONE E PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI INTRAOSPEDALIERA

M.S. Giamprini*, C. Valenti*

*Direzione Medica di Presidio Pesaro, Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"

INTRODUZIONE

Parole chiave: donazione, programmazione, organizzazione

Nell'ambito della disciplina di Direzione Medica di Presidio (programmazione, attuazione e consolidamento di una strategia direzionale organizzativa) è possibile consentire di estendere la cultura e gli strumenti del management applicato al procurement di organi e tessuti dell'intero complesso organizzativo aziendale.

La Direzione Medica è responsabile della gestione di ogni aspetto organizzativo, interdisciplinare e interdipartimentale dell'attività di donazione di organi e tessuti all'interno dell'Azienda; ruolo propulsivo e di coordinamento dell'intero processo in stretta collaborazione con il Coordinatore Locale Trapianti (CLT).

CONTENUTI

All'interno dell'Azienda Ospedaliera esistono specifiche Istruzioni Operative: "I.O. prelievo di organi e tessuti"; in particolare per i tessuti: "I.O. prelievo multitegumento", "I.O. donazione prelievo cornee", "I.O. prelievo confezionamento trasporto opercolo cranico". Tali documenti sono stati elaborati in collaborazione con il Nord Italia Transplant program (NITp) e con la Banca degli Occhi di Fabriano (Banca di Riferimento per la regione Marche).

Le I.O. sono state elaborate considerando prioritari: definizione delle responsabilità, descrizione delle attività, modulistica standardizzata e volute per focalizzare gli interventi strategici, al fine di perseguire il migliore utilizzo delle risorse già disponibili, creando una integrazione operativa ed un approccio multispecialistico, così da concretizzare le indispensabili sinergie.

Vengono definiti interventi programmatori ed organizzativi, individuando responsabilità, ruoli e azioni degli attori coinvolti. L'Azienda ha investito sulle professionalità medico/chirurgiche ed infermieristiche, attuando corsi formativi al fine di divulgare e condividere le procedure, con ruolo guida della Direzione Sanitaria insieme al CTL.

La DMP interviene operativamente nel processo occupandosi di: aspetti organizzativi, adempimenti medico legali, gestione documentale e di problem solving. Inoltre sostiene il miglioramento promuovendo la continuità del processo assistenziale nella donazione e l'attenzione all'efficienza organizzativa.

A sostegno del potenziamento della capacità di reperimento di organi e tessuti (procurement) figura cardine è il CLT che opera sia attraverso azioni per la diffusione della cultura della solidarietà, sia assieme alla DMP per una buona struttura organizzativa e di coordinamento, attuata tramite una decisa attività di comunicazione interna all'Azienda.

CONCLUSIONI

Elemento strategico per il raggiungimento dell'obiettivo è stato affidare il coordinamento del processo donazione e prelievo alla DMP, senza però dimenticare il ruolo del CLT, figura dedicata alla gestione clinica del donatore da una parte, e alla pianificazione, all'organizzazione e al funzionamento del coordinamento locale dall'altra, presupposto indispensabile per una valida ed efficace impalcatura organizzativa. La naturale conseguenza è il raggiungimento di livelli di performance soddisfacenti per l'intero sistema aziendale.



Parma - Auditorium Paganini
30 settembre - 01 - 02 Ottobre 2015



SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN UN'UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA INTERNA

G. Gori¹, S. Mancinelli², M. Candela³, A. Setaro⁴

¹ Medico specializzando, Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica- Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche; ² Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, Ospedale E. Profili, Area Vasta 2 Fabriano, ASUR Marche; ³ Direttore Dipartimento Medico Area Vasta 2, ASUR Marche; ⁴ Dirigente Medico, Ospedale E. Profili, Area Vasta 2 Fabriano, ASUR Marche

Parole chiave: infezioni ospedaliere, antibiotico-resistenza

Introduzione. Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano una grave complicanza dell'assistenza sanitaria. Ogni anno in Italia se ne verificano in media 450.000-700.000. Il rapporto italiano del 2013 relativo allo "Studio di prevalenza europeo sulle ICA e sull'utilizzo di antibiotici negli ospedali per acuti", ha mostrato una prevalenza di pazienti con almeno un' ICA del 6,3%. Lo stesso dato riferito ai reparti di Medicina Interna è stato del 5,9%. Al 46,6% dei pazienti ricoverati in Medicina veniva somministrato un antibiotico. Obiettivo dello studio è stato istituire un sistema di sorveglianza delle ICA nel reparto di Medicina Interna dell'Ospedale E. Profili di Fabriano, Area Vasta 2, Asur Marche e valutare l'epidemiologia delle ICA nella struttura.

Contenuti. La sorveglianza è iniziata a gennaio e conclusa a marzo 2015. Sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati per più di 48 ore o che, prima delle 48 ore dal ricovero, avessero presentato un'infezione contratta in altri reparti dello stesso o di altri ospedali, in RSA o casa di riposo.

Sono stati registrati per ogni paziente: data di nascita, di ricovero, di dimissione, sesso, terapia antibiotica, infezioni e microrganismi isolati. Per la definizione di caso sono stati utilizzati i criteri dei CDC di Atlanta. Sono state calcolate la prevalenza periodale delle ICA per setting assistenziale (UO di Medicina Interna, altri reparti dello stesso e di altri nosocomi, casa di riposo o RSA) e la densità d'incidenza delle infezioni contratte nell'ospedale di riferimento. I dati sono stati elaborati con Excel.

I pazienti inclusi, ricoverati sia in regime di degenza ordinaria sia di post-acuzie, sono stati 304, di cui 53,6% femmine e 46,4 maschi, con età media di 78,2 anni e degenza media di 8,8 giorni. Il 67,4% era sottoposto a terapia antibiotica. Le molecole più utilizzate sono risultate: le cefalosporine di III generazione (36,4%), i fluorochinoloni (22,1%), le penicilline (10,8%) e i macrolidi (7%).

Il 3,6% dei pazienti aveva contratto almeno un'infezione in casa di riposo o RSA (10 polmoniti e 4 infezioni delle vie urinarie, IVU), rispettivamente l'1% e il 3% aveva contratto almeno un' infezione in altri ospedali e in altri reparti dello stesso ospedale (in tutto 8 polmoniti, 7 IVU, 2 sepsi e 1 infezione del sito chirurgico). Il 3,6% dei pazienti aveva contratto almeno un'infezione (8 polmoniti, 7 IVU e 1 infezione gastrointestinale da Clostridium difficile) nel reparto di Medicina. Il 32% dei relativi isolamenti riguardava Staphylococcus aureus (di cui 87,5% MRSA), il 28% Escherichia coli (42,8% produttore di carbapenemasi; 28,6% ESBL), il 12% Acinetobacter baumannii e l'8% Pseudomonas aeruginosa. Isolati inoltre Stenotrophomonas maltophilia, Citrobacter freundii, Staphylococcus haemolyticus, Enterococcus faecalis e Clostridium difficile (rispettivamente 4% dei casi). In totale 18 pazienti avevano contratto almeno un'infezione in Medicina e in altri reparti dello stesso ospedale (prevalenza 5,9%), per una densità di incidenza di infezioni pari a 10,8/1000 giornate di degenza (IC95% 9,62-11,97/1000 giornate di degenza). Il 78% di tutti i microrganismi isolati è risultato multiresistente all'antibiogramma.

Non è stato registrato nessun cluster d'infezione nel periodo di rilevazione.

Conclusioni. La prevalenza di ICA nel reparto di Medicina Interna non si discosta dal dato rilevato in letteratura. Da notare come esso sia influenzato dall'elevata percentuale di pazienti infetti trasferiti da altri reparti (3%), conseguenza a sua volta della mancanza di reparti specialistici medici nell'ospedale di riferimento. Questo potrebbe spiegare anche l'elevata percentuale di pazienti sottoposti a terapia antibiotica durante il ricovero (67,4%) rispetto al dato nazionale riferito alla stessa disciplina (46,6%). Alla luce dell'elevata percentuale di microrganismi multiresistenti isolati, risultano fondamentali l'adozione sistematica delle procedure di base durante l'attività assistenziale e la razionalizzazione dei trattamenti antibiotici.

CONGRESSO NAZIONALE ANMDO
PARMA - 30 settembre - 01-02 ottobre 2015

SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN UN' UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA INTERNA

G. Gori¹, S. Mancinelli², M. Candela³, A. Setaro⁴

¹ Medico specializzando, Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica- Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche
² Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, Ospedale E. Profili, Area Vasta 2 Fabriano, ASUR Marche
³ Direttore Dipartimento Medico Area Vasta 2, ASUR Marche
⁴ Dirigente Medico, Direzione Medica Ospedale E. Profili, Area Vasta 2 Fabriano, ASUR Marche

PAROLE CHIAVE: infezioni ospedaliere, antibiotico-resistenza

INTRODUZIONE

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano una grave complicanza dell'assistenza sanitaria. Ogni anno in Italia se ne verificano in media 450.000-700.000.

Il rapporto italiano del 2013 relativo allo "Studio di prevalenza europeo sulle ICA e sull'utilizzo di antibiotici negli ospedali per acuti", ha mostrato una prevalenza di pazienti con almeno un' ICA del 6,3%. Lo stesso dato riferito ai reparti di Medicina Interna è stato del 5,9%. Al 46,6% dei pazienti ricoverati in Medicina veniva somministrato un antibiotico.

Obiettivo dello studio è stato istituire un sistema di sorveglianza delle ICA nel reparto di Medicina Interna dell'Ospedale E. Profili di Fabriano, Area Vasta 2, Asur Marche e valutare l'epidemiologia delle ICA nella struttura.



CONCLUSIONI

La prevalenza di ICA nel reparto di Medicina Interna non si discosta dal dato rilevato in letteratura. Da notare come esso sia influenzato dall'elevata percentuale di pazienti infetti trasferiti da altri reparti (3%), conseguenza a sua volta della mancanza di reparti specialistici medici nell'ospedale di riferimento. Questo potrebbe spiegare anche l'elevata percentuale di pazienti sottoposti a terapia antibiotica durante il ricovero (67,4%) rispetto al dato nazionale riferito alla stessa disciplina (46,6%). Alla luce dell'elevata percentuale di microrganismi multiresistenti isolati, risultano fondamentali l'adozione sistematica delle procedure di base durante l'attività assistenziale e la razionalizzazione dei trattamenti antibiotici.

CONTENUTI

La sorveglianza è iniziata a gennaio e conclusa a marzo 2015. Sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati per più di 48 ore o che, prima delle 48 ore dal ricovero, avessero presentato un'infezione contratta in altri reparti dello stesso o di altri ospedali, in RSA o casa di riposo.

Sono stati registrati per ogni paziente: data di nascita, di ricovero, di dimissione, sesso, terapia antibiotica, infezioni e microrganismi isolati. Per la definizione di caso sono stati utilizzati i criteri dei CDC di Atlanta. Sono state calcolate la prevalenza periodale delle ICA per setting assistenziale (UO di Medicina Interna, altri reparti dello stesso e di altri nosocomi, casa di riposo o RSA) e la densità d'incidenza delle infezioni contratte nell'ospedale di riferimento. I dati sono stati elaborati con Excel.

I pazienti inclusi, ricoverati sia in regime di degenza ordinaria sia di post-acuzie, sono stati 304, di cui 53,6% femmine e 46,4 maschi, con età media di 78,2 anni e degenza media di 8,8 giorni. Il 67,4% era sottoposto a terapia antibiotica. Le molecole più utilizzate sono risultate: le cefalosporine di III generazione (36,4%), i fluorochinoloni (22,1%), le penicilline (10,8%) e i macrolidi (7%).

Il 3,6% dei pazienti aveva contratto almeno un'infezione in casa di riposo o RSA (10 polmoniti e 4 infezioni delle vie urinarie, IVU), rispettivamente l'1% e il 3% aveva contratto almeno un' infezione in altri ospedali e in altri reparti dello stesso ospedale (in tutto 8 polmoniti, 7 IVU, 2 sepsi e 1 infezione del sito chirurgico).

Il 3,6% dei pazienti aveva contratto almeno un'infezione (8 polmoniti, 7 IVU e 1 infezione gastrointestinale da Clostridium difficile) nel reparto di Medicina. Il 32% dei relativi isolamenti riguardava Staphylococcus aureus (di cui 87,5% MRSA), il 28% Escherichia coli (42,8% produttore di carbapenemasi; 28,6% ESBL), il 12% Acinetobacter baumannii e l'8% Pseudomonas aeruginosa. Isolati inoltre Stenotrophomonas maltophilia, Citrobacter freundii, Staphylococcus haemolyticus, Enterococcus faecalis e Clostridium difficile (rispettivamente 4% dei casi). In totale 18 pazienti avevano contratto almeno un'infezione in Medicina e in altri reparti dello stesso ospedale (prevalenza 5,9%), per una densità di incidenza di infezioni pari a 10,8/1000 giornate di degenza (IC95% 9,62-11,97/1000 giornate di degenza). Il 78% di tutti i microrganismi isolati è risultato multiresistente all'antibiogramma.

Non è stato registrato nessun cluster d'infezione nel periodo di rilevazione.



Parma - Auditorium Paganini
30 settembre - 01 - 02 Ottobre 2015



INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA NELL'ULSS 12 VENEZIANA: RISCHIO PER AREA DI RICOVERO E DEVICE

F. Graceffa¹, G. Marcato¹, L. Bertoncello¹, M. Colucci², R. Gavagnin¹, V. Valeriano², V. Baldo³, O. Lamanna⁴, R. Finotto⁵

¹ Dirigente medico, DMPO Ospedale dell'Angelo, Az. Ulss 12 Veneziana; ² Medico in formazione specialistica, Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Università di Padova;

³ Direttore Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Università di Padova;

⁴ Direttore DMPO Ospedale dell'Angelo, Az. Ulss 12 Veneziana; ⁵ Direttore sanitario, Az. Ulss 12 Veneziana

Parole chiave: infezioni correlate all'assistenza, studio di prevalenza, device

Introduzione. Nel 2013, l'Azienda Ulss 12 Veneziana ha condotto uno studio di prevalenza presso i propri presidi ospedalieri – il “SS. Giovanni e Paolo” di Venezia (GP) e “Ospedale dell'Angelo” di Mestre (OA) – per valutare l'entità delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) nei pazienti ricoverati.

Contenuti. Sono state condotte 4 rilevazioni per presidio nell'arco dell'anno, in tutti i reparti, raccogliendo dati sul paziente, la presenza di device, la terapia antibiotica in atto, l'eventuale ICA e relativo isolamento microbiologico. Il campione totale comprende 3.299 schede di rilevazione.

Sono state rilevate 255 ICA (150 all'OA e 105 al GP). Il 61% si è verificato in reparti di area medica, il 16% in area chirurgica, il 9% in area rianimativa (le differenze tra presidi sono correlate anche al diverso livello di specializzazione).

La prevalenza media aziendale è del 7,7% (7,5% OA e 8,0% GP), prossima al valore medio della Regione del Veneto (7,1%, dato 2012), e inferiore per le aree chirurgica (2,1% GP e 5,6% OA vs. 6,3%) e rianimativa (17,6% GP e 14,8% OA vs. 19,1%).

Una successiva analisi statistica (Tab. 1), ha evidenziato la variazione nel rischio di contrarre un'ICA durante un ricovero nelle diverse aree.

I tipi di ICA più frequenti sono: vie urinarie (20%), ematiche (17%), polmonari (15%), basse vie respiratorie (12%). Si segnalano inoltre 43 pazienti con più ICA concomitanti, 6 dei quali con più di 3 infezioni.

Nella rilevazione sono stati registrati 4.932 device in situ, soprattutto cateteri vascolari periferici (CVP, 45%), vescicali (26%) e venosi centrali (CVC, 12%). Nei 255 casi di ICA, più spesso associati sono i cateteri vescicali (31%), seguiti da CVP (26%) e CVC (22%). Un quarto dei pazienti complessivamente presentava almeno due device: a seguito di analisi statistica, questa risulta essere la soglia critica per il rischio di ICA (Tab. 2). Il 39% delle ICA si verifica infatti nei pazienti con 2 device, e il 33% con ≥ 3 device.

Conclusioni. L'indagine di prevalenza ha mostrato un aumento di rischio di ICA associato a determinate aree di ricovero (due volte superiore in rianimazione e lungodegenza, rispetto all'area medica, e raddoppiato in area medica rispetto a quella chirurgica) e un rischio tre volte superiore nei pazienti con 2 device rispetto ai pazienti con 1 device. Per il 2014, è in corso un secondo studio di prevalenza presso l'OA.



Infezioni correlate all'assistenza nell'Ulss 12 Veneziana: rischio per area di ricovero e device

Graceffa F. (1), Marcato G. (1), Bertoncello L. (1), Colucci M. (2), Gavagnin R. (1), Valeriano V. (2), Baldo V. (3), Lamanna O. (4), Finotto R. (5)

(1) Dirigente medico, DMPO Ospedale dell'Angelo, Az. Ulss 12 Veneziana; (2) Medico in formazione specialistica, Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Università di Padova; (3) Direttore Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Università di Padova; (4) Direttore DMPO Ospedale dell'Angelo, Az. Ulss 12 Veneziana; (5) Direttore sanitario, Az. Ulss 12 Veneziana

Introduzione

Nel 2013, l'Azienda Ulss 12 Veneziana ha condotto uno studio di prevalenza presso i propri presidi ospedalieri – il “SS. Giovanni e Paolo” di Venezia (GP) e “Ospedale dell'Angelo” di Mestre (OA) – per valutare l'entità delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) nei pazienti ricoverati.

	Odds Ratio	CI 95%
1 dev	1	-
0 dev	0,69	0,39-1,21
2 dev	3,12	2,22-4,38
≥ 3 dev	4,30	3,02-6,13

Tabella 2: rischio di contrarre un'ICA all'aumentare dei device in situ.

Contenuti

Sono state rilevate 255 ICA (150 all'OA e 105 al GP). Il 61% si è verificato in reparti di area medica, il 16% in area chirurgica, il 9% in area rianimativa (le differenze tra presidi sono correlate anche al diverso livello di specializzazione).

La prevalenza media aziendale è del 7,7% (7,5% OA e 8,0% GP), prossima al valore medio della Regione del Veneto (7,1%, dato 2012), e inferiore per le aree chirurgica (2,1% GP e 5,6% OA vs. 6,3%) e rianimativa (17,6% GP e 14,8% OA vs. 19,1%).

Una successiva analisi statistica (Tab. 1), ha evidenziato la variazione nel rischio di contrarre un'ICA durante un ricovero nelle diverse aree.

I tipi di ICA più frequenti sono: vie urinarie (20%), ematiche (17%), polmonari (15%), basse vie respiratorie (12%). Si segnalano inoltre 43 pazienti con più ICA concomitanti, 6 dei quali con più di 3 infezioni.

	Odd Ratio	CI 95%
MED	1	-
OST-GIN	0,07	0,01-0,50
PED	0,43	0,13-1,39
SUR	0,52	0,37-0,75
RIAN	2,04	1,26-3,31
LD	2,03	1,36-3,07

Tabella 1: rischio di contrarre un'ICA nel corso di un ricovero nelle seguenti aree: MED: tutte le specialità mediche; OST-GIN: ostetricia e ginecologia; PED: pediatria e specialità attinenti; SUR: tutte le specialità chirurgiche; RIAN: tutte le rianimazioni; LD: lungodegenza.

Conclusioni

L'indagine di prevalenza ha mostrato un aumento di rischio di ICA associato a determinate aree di ricovero (due volte superiore in rianimazione e lungodegenza, rispetto all'area medica, e raddoppiato in area medica rispetto a quella chirurgica) e un rischio tre volte superiore nei pazienti con 2 device rispetto ai pazienti con 1 device. Per il 2015, è in corso un secondo studio di prevalenza presso l'OA.



CORRETTEZZA COMPILATIVA DELLA CARTELLA CLINICA: VERSO UN NUOVO ORIENTAMENTO CULTURALE?

A. Guaccero, A. Mundo, A. Gigliobianco, M.S. Fusano, A. Leaci A.*

Direzione Medica; * Direttore Medico - Presidio Ospedaliero San Paolo - ASL BARI

Parole chiave: consenso informato, cartella clinica, correttezza compilativa

Introduzione. La Cartella Clinica (CC) è un documento strategico per il contenimento del Rischio Clinico e per il miglioramento della qualità assistenziale.

Un'accurata compilazione della CC è indispensabile per identificare eventuali responsabilità dei singoli operatori. Ciascun Professionista ha un diretto interesse ad aggiornare la CC, annotandovi le attività svolte; così potrà evidenziare la propria posizione rispetto a quella degli altri.

La CC quanto più è accurata, tanto più favorisce la continuità assistenziale e la comunicazione tra i vari Operatori coinvolti, la valutazione della qualità dell'assistenza erogata e l'appropriatezza delle prestazioni. La correttezza compilativa permette di fornire una documentazione completa, veritiera e di chiara consultazione a tutti coloro che abbiano necessità di consultare la CC, nonché di predisporre uno strumento atto a documentare il flusso informativo verso pazienti, familiari ed i MMG.

Contenuti. Nell'anno 2011 la Direzione Medica del Presidio ha prodotto e distribuito a tutti i Dirigenti Medici delle 11 Unità Operative di degenza che insistono nel Presidio un opuscolo sulla corretta compilazione della CC; ha organizzato 4 Giornate di Aggiornamento per confrontarsi con le difficoltà operative dei Dirigenti Medici ed adottare soluzioni condivise; ha effettuato controlli a campione sulle CC per verificare l'attuazione delle disposizioni impartite ed evidenziarne le problematiche redigendo relativi verbali. Nell'anno 2012 si è proceduto ad una valutazione a campione su 600 CC.

Negli anni 2013, 2014, in concomitanza con l'introduzione della Nuova Cartella Unificata e nei primi 6 mesi del 2015, la Direzione Medica ha lavorato fianco a fianco con i colleghi Clinici e Chirurghi, attraverso incontri formativi-informativi, ribadendo l'importanza dei concetti di rintracciabilità, chiarezza, veridicità, integrità e completezza della Cartella, oltre che diffondere la cultura della CC come strumento essenziale per la prevenzione del rischio e del contenzioso.

Nel 2014 si è proceduto ad un nuovo controllo a campione su 900 CC di tale anno, per un confronto con l'anno 2012.

Tale lavoro ha riguardato tre aspetti della CC: la presenza del Consenso Informato (CI), come manifestazione della volontà del paziente e momento importante nel rapporto che il medico instaura con il paziente; la proposta di prescrizione del principio attivo del farmaco indirizzata al MMG; la presenza della lettera di dimissione al MMG in grado di fornire tutte le informazioni utili per conoscere le circostanze del ricovero, l'iter diagnostico, la terapia ed eventuali indicazioni per i successivi esami e visite di controllo.

Nell'anno 2012, il CI era presente e corretto nel 37% dei casi; nel 2014 lo era per il 90%. Il 34% delle CC del 2012 presentava l'indicazione del principio attivo; nel 2014 era riportato nel 45% delle CC.

Nel 2012, il 40% delle CC presentava la lettera di dimissione; nel 2014 era inserita nel 71% delle CC.

Conclusioni. Il confronto dei dati tra le rilevazioni effettuate nel 2012 e nel 2014 ha dimostrato un'inversione di tendenza, positiva ed incoraggiante.

Il grande impegno della Direzione Medica sembra essere stato ripagato, grazie anche al contributo dei Medici di Reparto che pare abbiano rivalutato l'importanza della CC ed il valore dei suoi contenuti, non più visti come una mera prassi burocratica, ma come strumento di lavoro e di tutela del medico e del paziente e che riflette il rapporto relazionale col paziente stesso.

Guaccero A, Mundo A, Fusano MS, Gigliobianco A, Leaci A*

Direzione Medica, *Direttore Medico – P.O. San Paolo - ASL BARI

CORRETTEZZA COMPILATIVA DELLA CARTELLA CLINICA: verso un nuovo orientamento culturale?



INTRODUZIONE

La Cartella Clinica (CC) è un documento strategico per il contenimento del Rischio Clinico e per il miglioramento della qualità assistenziale.

Un'accurata compilazione della CC è indispensabile per identificare eventuali responsabilità dei singoli operatori. La CC quanto più è accurata, tanto più favorisce la continuità assistenziale e la comunicazione tra i vari Operatori coinvolti, la valutazione della qualità dell'assistenza erogata e l'appropriatezza delle prestazioni. La correttezza compilativa permette di fornire una documentazione completa, veritiera e di chiara consultazione a tutti coloro che abbiano necessità di consultare la CC, nonché di predisporre uno strumento atto a documentare il flusso informativo verso pazienti, familiari ed i MMG.

CONTENUTI

Nell'anno 2011 la Direzione Medica del Presidio ha prodotto e distribuito a tutti i Dirigenti Medici delle 11 Unità Operative di degenza che insistono nel Presidio un opuscolo sulla corretta compilazione della CC; ha organizzato 4 Giornate di Aggiornamento per confrontarsi con le difficoltà operative dei Dirigenti Medici ed adottare soluzioni condivise; ha effettuato

controlli a campione sulle CC per verificare l'attuazione delle disposizioni impartite ed evidenziarne le problematiche redigendo relativi verbali. Nell'anno 2012 si è proceduto ad una valutazione a campione su 600 CC.

Negli anni 2013, 2014, in concomitanza con l'introduzione della Nuova Cartella Unificata e nei primi 6 mesi del 2015, la Direzione Medica ha lavorato fianco a fianco con i colleghi Clinici e Chirurghi, attraverso incontri formativi-informativi, ribadendo l'importanza dei concetti di rintracciabilità, chiarezza, veridicità, integrità e completezza della Cartella, oltre che diffondere la cultura della CC come strumento essenziale per la prevenzione del rischio e del contenzioso. Nel 2014 si è proceduto ad un nuovo controllo a campione su 900 CC di tale anno, per un confronto con l'anno 2012.

Tale lavoro ha riguardato tre aspetti della CC: la presenza del Consenso Informato (CI), come manifestazione della volontà del paziente e momento importante nel rapporto che il medico instaura con il paziente; la proposta di prescrizione del principio attivo del farmaco indirizzata al MMG; la presenza della lettera di dimissione al MMG in grado di fornire tutte le

informazioni utili per conoscere le circostanze del ricovero, l'iter diagnostico, la terapia ed eventuali indicazioni per i successivi esami e visite di controllo.

Nell'anno 2012, il CI era presente e corretto nel 37% dei casi; nel 2014 lo era per il 90%.

Il 34% delle CC del 2012 presentava l'indicazione del principio attivo; nel 2014 era riportato nel 45% delle CC. Nel 2012, il 40% delle CC presentava la lettera di dimissione; nel 2014 era inserita nel 71% delle CC.

CONCLUSIONI

Il confronto dei dati tra le rilevazioni effettuate nel 2012 e nel 2014 ha dimostrato un'inversione di tendenza, positiva ed incoraggiante. Il grande impegno della Direzione Medica sembra essere stato ripagato, grazie anche al contributo dei Medici di Reparto che pare abbiano rivalutato l'importanza della CC ed il valore dei suoi contenuti, non più visti come una mera prassi burocratica, ma come strumento di lavoro e di tutela del medico e del paziente e che riflette il rapporto relazionale col paziente stesso.

RIDUZIONE GIORNI DI DEGENZA E COSTI: I RISULTATI DEL PERCORSO PROTESI GINOCCHIO NEL P.O. SERRISTORI

S. Guarducci¹, F. Cuccuini², M. Chellini³, D. Paolini³, F. Pieralli³, M. Donzellini³, L. Pieri³, L. Tattini¹, F. Ciraolo⁴

¹ Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze; ² Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica, ASL 10 Firenze; ³ Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze; ⁴ Responsabile DSPO OSMA e Serristori ASL 10 Firenze

Parole chiave: Protesi totale ginocchio, percorso chirurgico, degenza

Introduzione. Il percorso relativo alle Protesi Totali di Ginocchio (PTG) nel P.O. Serristori della ASL 10 Firenze è stato inserito nella programmazione della Week-Surgery (WS) sin dalla sua apertura nel dicembre 2013. Dopo un anno e mezzo di attività (fino a maggio 2015), sono stati analizzati gli output dell'attuazione di tale modello gestionale.

Contenuti. Il percorso PTG si articola in 3 fasi che prevedono preospedalizzazione e ricovero, intervento e degenza, dimissione e riabilitazione. Il paziente, inserito in lista operatoria per la chirurgia d'elezione in seguito a visita specialistica ambulatoriale, viene selezionato, preospedalizzato e sottoposto a valutazione anestesiológica. Il ricovero viene effettuato il giorno stesso in cui è programmato l'intervento, normalmente di lunedì, giorno settimanale di apertura della WS. Il paziente quindi viene dimesso il venerdì pomeriggio, dopo 4 giorni di degenza come da programmazione. Nel caso in cui la dimissione non fosse auspicabile, alla chiusura della WS è prevista la possibilità di appoggio presso il Reparto di Medicina. Alla dimissione del venerdì segue la presa in carico per il lunedì successivo dal Servizio di Fisioterapia della struttura presso il quale il paziente effettuerà il percorso riabilitativo in regime ambulatoriale. Alla fine del ciclo terapeutico la condizione clinica e il recupero funzionale vengono valutati mediante visita specialistica.

Risultati. Su 42 interventi effettuati, è stata ottenuta una degenza media di 4,5 giorni, valore decisamente inferiore a quello aziendale (7,8 giorni) e regionale ottenuto con interventi eseguiti sia con tecnica tradizionale (7,3 giorni) che robotica (5,3 giorni). Tale valore è risultato il più basso evidenziabile nelle strutture pubbliche in Toscana. La riduzione della degenza, non gravata da un aumento di complicanze immediate (ad 1 mese dalla dimissione i nuovi ricoveri sono stati soltanto 2) porta ad una proporzionale riduzione dei costi con notevole risparmio economico.

Tale percorso inoltre, permette la realizzazione di una presa in carico integrata medico-fisioterapista in grado di ottimizzare l'efficacia terapeutica degli interventi intrapresi sul paziente.

In considerazione di tali esiti, il modello gestionale adottato risulta estremamente vantaggioso sia in termini etici sia in termini economici, in un'ottica di massima efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili.



Riduzione giorni di degenza e costi: i risultati del percorso protesi ginocchio nel P.O. Serristori



S. Guarducci¹, F. Cuccuini², M. Chellini³, D. Paolini³, F. Pieralli³, M. Donzellini³, L. Pieri³, L. Tattini¹, F. Ciraolo⁴

¹ Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze
² Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica, ASL 10 Firenze
³ Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze
⁴ Responsabile DSPO OSMA e Serristori ASL 10 Firenze

Introduzione

Il percorso relativo alle Protesi Totali di Ginocchio (PTG) nel P.O. Serristori della ASL 10 Firenze è stato inserito nella programmazione della Week-Surgery (WS) sin dalla sua apertura nel dicembre 2013. Dopo un anno e mezzo di attività (fino a maggio 2015), sono stati analizzati gli output dell'attuazione di tale modello gestionale.



Contenuti

Il percorso PTG si articola in 3 fasi che prevedono preospedalizzazione e ricovero, intervento e degenza, dimissione e riabilitazione. Il paziente, inserito in lista operatoria per la chirurgia d'elezione in seguito a visita specialistica ambulatoriale, viene selezionato, preospedalizzato e sottoposto a valutazione anestesiológica. Il ricovero viene effettuato il giorno stesso in cui è programmato l'intervento, normalmente di lunedì, giorno settimanale di apertura della WS. Il paziente quindi viene dimesso il venerdì pomeriggio, dopo 4 giorni di degenza come da programmazione. Nel caso in cui la dimissione non fosse auspicabile, alla chiusura della WS è prevista la possibilità di appoggio presso il Reparto di Medicina. Alla dimissione del venerdì segue la presa in carico per il lunedì successivo dal Servizio di Fisioterapia della struttura presso il quale il paziente effettuerà il percorso riabilitativo in regime ambulatoriale. Alla fine del ciclo terapeutico la condizione clinica e il recupero funzionale vengono valutati mediante visita specialistica.



Su 42 interventi effettuati, è stata ottenuta una degenza media di 4,5 giorni, valore decisamente inferiore a quello aziendale (7,8 giorni) e regionale ottenuto con interventi eseguiti sia con tecnica tradizionale (7,3 giorni) che robotica (5,3 giorni). Tale valore è risultato il più basso evidenziabile nelle strutture pubbliche in Toscana. La riduzione della degenza, non gravata da un aumento di complicanze immediate (ad 1 mese dalla dimissione i nuovi ricoveri sono stati soltanto 2) porta ad una proporzionale riduzione dei costi con notevole risparmio economico. Tale percorso inoltre, permette la realizzazione di una presa in carico integrata medico-fisioterapista in grado di ottimizzare l'efficacia terapeutica degli interventi intrapresi sul paziente.

Tabella 1: Analisi del percorso protesi di ginocchio

	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
ANALISI INTERNA	<ul style="list-style-type: none"> - Percorso lineare e "snello" - Riduzione della degenza e costi - Diminuzione rischio infezioni con degenza bassa - Inizio precoce fisioterapia - Presa in carico medica "continua" dal ricovero compresa la riabilitazione - Risparmio per l'Azienda - Appropriata organizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Dotazione Organica medica (presenti ad oggi 2 soli medici) - 1 seduta operatoria settimanale
ANALISI ESTERNA	<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento dell'immagine del servizio - Facilità di relazione e di contatto con le figure mediche - Aumento della soddisfazione dell'utente e degli operatori - Riproducibilità del presente modello 	<ul style="list-style-type: none"> - Consuetudini consolidate che vengono scardinate - Difficoltà di reperibilità del posto letto in Medicina per eventuale appoggio
	OPPORTUNITA'	MINACCE

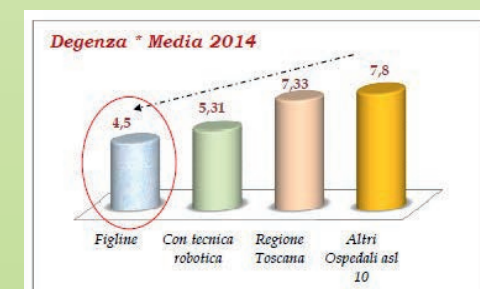


Figura 1: Degenza media per l'anno 2014

Conclusioni

Il modello gestionale adottato risulta estremamente vantaggioso sia in termini etici sia in termini economici, in un'ottica di massima efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili.



PROCEDURA PER L'ESECUZIONE DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI AI SENSI DELL'ART. 186/187 CDS E ART. 348 CPP

A. Sorrentino¹, G. Guglielmucci², M. Venditti², V. Marino³, R. Alfano⁴

¹ Direttore Sanitario Osp. "Sacro Cuore di Gesù" Fatebenefratelli Benevento;

² Dirigenti Medici Direzione Sanitaria Osp. FBF BN; ³ Spec.nda Medicina Legale Univ. "Tor Vergata" Roma;

⁴ V.Q.A. Dirigente Sez. Pol. Stradale Avellino.

Parole chiave: alcolemia, stupefacenti, accertamenti medico-legali

Introduzione. La procedura ha l'obiettivo di descrivere l'iter previsto per l'accertamento clinico ed analitico dello stato di ebbrezza alcolica e/o da sostanze stupefacenti ai sensi degli articoli 186/187 C.d.S. e 348 C.P.P.

Contenuti. Il personale Medico del PS esegue gli accertamenti qualitativi e quantitativi sui campioni biologici (sangue e urina) su richiesta della PG. La documentazione viene allegata al referto di PS insieme all'esito degli esami tossicologici e trasmessa agli organi competenti.

Il personale medico esegue le valutazioni cliniche e richiede le indagini sui campioni biologici previo formale consenso da parte del soggetto interessato.

Il medico di PS, nel caso in cui il soggetto non dia il consenso ad effettuare gli accertamenti richiesti, comunica alla Polizia Giudiziaria tale rifiuto mediante appropriato modulo.

Il prelievo dei campioni biologici è svolto sotto il diretto controllo e responsabilità del Medico di PS.

Al prelievo di sangue si allega il modulo di campionamento con tutti i dati relativi al soggetto, alla tipologia dei prelievi e alle condizioni di campionamento.

Il prelievo di sangue deve essere eseguito da una vena diversa rispetto a quella utilizzata come via infusiva nel caso il soggetto sia sottoposto ad una terapia endovena. Nel caso in cui ciò non fosse possibile, è necessario che il prelievo venga eseguito a via infusiva chiusa e dopo aver scartato i primi 10 cc di sangue. I campioni di sangue vengono suddivisi in 3 aliquote e, le 3 provette diverse devono essere corredate di etichetta con codice a barre che riporti i dati anagrafici del soggetto, data e ora del prelievo e numero identificativo per ciascuna delle 3 provette da riportare nel modulo di richiesta:

- la prima aliquota è destinata all'accertamento analitico preliminare;
- la seconda aliquota è destinata all'Analisi di Conferma (gascromatografia);
- la terza aliquota è idoneamente conservata per le eventuali, controanalisi richieste a scopo giudiziario.

I campioni di urine vengono raccolti in presenza del Resp. del Prelievo. I campioni di urine, in rapporto alla necessità di ottenere almeno 30 mL, devono essere suddivisi in 3 provette ed essere immediatamente controllati per quanto riguarda Calore e Colore.

I campioni di urine vengono etichettate come per il sangue.

Il trasporto dei Campioni verso il Laboratorio di Riferimento è sotto responsabilità del Personale di Supporto dedicato ed avviene mediante le apposite custodie sigillate a norma di legge.

La consegna dei campioni, insieme alla documentazione, si effettua in presenza del Tecnico di Laboratorio e del Dirigente di Laboratorio in Servizio di Guardia. In questa circostanza sarà opportunamente compilato in tutte le sue parti il modulo di campionamento per quanto riguarda l'accettazione da parte del Lab. di Rif. La seconda e la terza aliquota di sangue e di urine, vengono immediatamente stoccate dopo la consegna dei campioni in un congelatore a -20°C la cui accessibilità mediante chiave è sotto responsabilità del Dirigente di Laboratorio di Riferimento.

Conclusioni. La forza della procedura sta nella precisa identificazione/responsabilità degli autori di ogni processo. Ogni fase è supportata/documentata da specifica modulistica, condivisa con tutte le Istituzioni coinvolte. Tale modalità di campionamento consente la tracciabilità e la determinazione dei valori delle indagini effettuate con criteri medico-legali inappellabili.

Procedura per l'esecuzione degli accertamenti sanitari, su richiesta della Polizia Giudiziaria, ai sensi dell'art. 186 e 187 del Codice della Strada ed ai sensi dell'art. 348 del Codice di Procedura Penale.

Sorrentino A.¹, Guglielmucci G.², Venditti M.², Marino V.³, Alfano R.⁴

1. Direttore Sanitario Osp. Fatebenefratelli Benevento, 2. Dirigenti Medici Direzione Sanitaria Osp. FBF BN, 3. Spec.nda Med. Legale Univ. "Tor Vergata" Roma, 4. V.Q.A. Dirigente Sez. Pol. Stradale Avellino



Introduzione

La procedura ha l'obiettivo di descrivere l'iter previsto per l'accertamento clinico ed analitico dello stato di ebbrezza alcolica e/o da sostanze stupefacenti ai sensi degli articoli 186 e 187 C.d.S. e 348 C.P.P.



Contenuti

Attività di accesso in Pronto soccorso su richiesta della Polizia Giudiziaria

Il personale Medico del PS esegue gli accertamenti qualitativi e quantitativi sui campioni biologici (sangue e urina) su richiesta della PG.

Attività di acquisizione consenso da parte del soggetto interessato

Il personale medico esegue le valutazioni cliniche e richiede le indagini sui campioni biologici previo formale consenso da parte del soggetto interessato.

Il medico di PS, nel caso in cui il soggetto non dia il consenso ad effettuare gli accertamenti richiesti, comunica alla Polizia Giudiziaria tale rifiuto mediante appropriato modulo.



Attività di prelievo dei campioni biologici di sangue

Il prelievo dei campioni biologici è svolto sotto il diretto controllo e responsabilità del Medico di PS.

Al prelievo di sangue si allega il modulo di campionamento con tutti i dati relativi al soggetto, alla tipologia dei prelievi e alle condizioni di campionamento. I campioni di sangue vengono suddivisi in 3 aliquote e, le 3 provette diverse contenenti almeno 3 cc di sangue, devono essere corredate di etichetta con codice a barre che riporti i dati anagrafici del soggetto, data e ora del prelievo e numero identificativo per ciascuna delle 3 provette da riportare nel modulo di richiesta:

la prima aliquota è destinata all'accertamento analitico preliminare (Test di Screening);

la seconda aliquota è destinata all'Analisi di Conferma (gascromatografia);

la terza aliquota è idoneamente conservata per le eventuali, successive, controanalisi richieste a scopo giudiziario.

Attività di prelievo dei campioni biologici di urine

I campioni di urine vengono raccolti in presenza del Resp. del Prelievo in una stanza che non dovrebbe consentire l'uso di acqua corrente.

I campioni di urine, in rapporto alla necessità di ottenere almeno 30 mL, devono essere suddivisi in 3 provette ed essere immediatamente controllati per quanto riguarda Calore e Colore.

I campioni di urine vengono etichettate come per il sangue.

Attività di Trasporto del Campione

Il trasporto dei Campioni verso il Laboratorio di Riferimento è sotto responsabilità del Personale di Supporto dedicato ed avviene mediante le apposite custodie sigillate a norma di legge.

Attività di consegna del Campione in Laboratorio

La consegna dei campioni, insieme alla documentazione, si effettua in presenza del Tecnico di Laboratorio e del Dirigente di Laboratorio in Servizio di Guardia. In questa circostanza sarà opportunamente compilato in tutte le sue parti il modulo di campionamento per quanto riguarda l'accettazione da parte del Lab. Di Riferimento.

La seconda e la terza aliquota di sangue e di urine, vengono immediatamente stoccate dopo la consegna dei campioni in un congelatore a -20°C la cui accessibilità mediante chiave è sotto responsabilità del Dirigente di Laboratorio di Riferimento.

Conclusioni

La forza della procedura sta nella precisa identificazione/responsabilità degli autori di ogni processo. Ogni fase è supportata/documentata da specifica modulistica, condivisa con tutte le Istituzioni coinvolte. Tale modalità di campionamento consente la tracciabilità e la determinazione dei valori delle indagini effettuate con criteri medico-legali inappellabili.

ANZIANO CON FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: VALUTAZIONE DELLA TEMPESTIVITÀ OPERATORIA

A. Leaci*, A. Guaccero, M.S. Fusano, S. Mudoni°, A. Mundo

* Direttore Medico - Presidio Ospedaliero San Paolo - ASL BARI, Direzione Medica;

° Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva-Università di Bari "Aldo Moro"

Parole chiave: frattura del femore, anziano, percorso assistenziale

Introduzione. Le fratture di collo del femore sono eventi traumatici frequenti in età geriatrica. Le Linee Guida Internazionali indicano l'intervento chirurgico come il miglior trattamento, in quanto aumenta le possibilità di recupero del paziente e di ritorno al funzionamento dell'arto. Tuttavia, per ridurre il rischio di mortalità e di disabilità legate all'intervento, le raccomandazioni generali prevedono che il paziente sia operato entro 48 ore dall'ingresso in Ospedale. In tale ambito, il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quanti-qualitativi dell'assistenza ospedaliera ha fissato al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 48 ore su pazienti con frattura di femore ed età superiore a 65 anni.

Contenuti. La Direzione Medica del P.O. San Paolo di Bari, ha svolto un'analisi per il controllo delle performance dell'U.O.C. Ortopedia riguardante l'indicatore del Programma Nazionale Esiti AgeNaS "Frattura del collo femore: intervento chirurgico entro 48 h per pazienti >65 anni".

Col presente studio sono state analizzate le SDO rispettivamente degli anni 2012, 2014 e 1° semestre 2015 con DRG 210, 211 e 544. Nel 2012 e nel 2014 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico entro 48 ore rispettivamente il 7,5% dei pazienti ed il 27%, a fronte di un valore nazionale medio di 45,7% (dati AgeNaS), con un tempo di attesa medio complessivo tra ricovero ed intervento di 6,6 giorni nel 2012 e 5,4 giorni nel 2014.

Congiuntamente ai Direttori delle UU.OO.CC. di Ortopedia, Cardiologia ed Anestesia e Rianimazione, la Direzione Medica ha definito un Percorso clinico-assistenziale privilegiato per i pazienti geriatrici con frattura di femore, attivando un protocollo operativo multidisciplinare per consulenze perioperatorie che prevedeva la compilazione di una scheda di valutazione del rischio cardiovascolare perioperatorio e di un modulo di avvenuto intervento chirurgico da parte dei Dirigenti Medici Ortopedici.

Nel periodo successivo all'attivazione del suddetto Percorso sono stati riesaminati i casi trattati dall'U.O.C. di Ortopedia. Nel 1° semestre 2015, il 40,3% dei pazienti era stato sottoposto ad intervento chirurgico entro 48 ore, con un tempo di attesa medio complessivo di 3,9 giorni tra ricovero ed intervento.

Conclusioni. I dati del 1° semestre 2015 denotano un netto miglioramento rispetto agli anni 2012 e 2014.

Il percorso attivato dimostra che l'impegno integrato multidisciplinare è determinante per la riduzione delle giornate di degenza e del tempo d'attesa medio tra ricovero ed intervento chirurgico.

Cause principali di inappropriata organizzativa sono rappresentate dal ritardo dell'esecuzione delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali necessarie all'intervento e dal ridotto numero di sedute operatorie in elezione, legato alla dotazione organica di Dirigenti Medici Anestesisti.

In conclusione, i risultati di questa indagine delineano un quadro senz'altro positivo e forniscono degli spunti interessanti circa i settori d'intervento per migliorare la performance assistenziale, orientata all'ottimizzazione ed integrazione dei percorsi organizzativi all'interno dell'Ospedale.



Anziano con frattura del collo del femore: valutazione della tempestività operatoria

Leaci A,* Guaccero A, Fusano MS, Mudoni S °, Mundo A

*Direttore Medico - Presidio Ospedaliero San Paolo - ASL BARI, Direzione Medica,

° Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università di Bari "Aldo Moro"

INTRODUZIONE

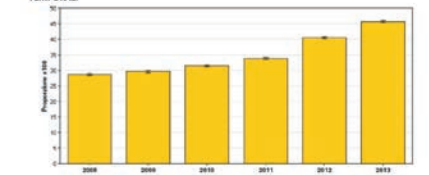
Le fratture di collo del femore sono eventi traumatici frequenti in età geriatrica.

Le Linee Guida Internazionali indicano l'intervento chirurgico come il miglior trattamento, in quanto aumenta le possibilità di recupero del paziente e di ritorno al funzionamento dell'arto. Tuttavia, per ridurre il rischio di mortalità e di disabilità legate all'intervento, le raccomandazioni generali prevedono che il paziente sia operato entro 48 ore dall'ingresso in Ospedale.

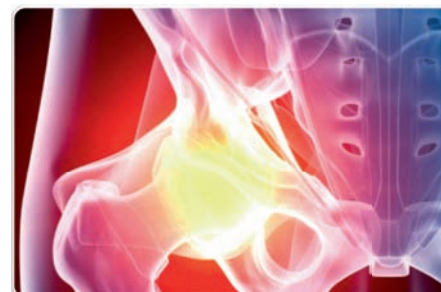
In tale ambito, il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quanti-qualitativi dell'assistenza ospedaliera ha fissato al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 48 ore su pazienti con frattura di femore ed età superiore a 65 anni.

protocollo operativo multidisciplinare per consulenze perioperatorie che prevedeva la compilazione di una scheda di valutazione del rischio cardiovascolare perioperatorio e di un modulo di avvenuto intervento chirurgico da parte dei Dirigenti Medici Ortopedici. Nel periodo successivo all'attivazione del suddetto Percorso sono stati riesaminati i casi trattati dall'U.O.C. di Ortopedia. Nel 1° semestre 2015, il 40,3% dei pazienti era stato sottoposto ad intervento chirurgico entro 48 ore, con un tempo di attesa medio complessivo di 3,9 giorni tra ricovero ed intervento.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI, ITALIA
FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI - ANDAMENTI TEMPORALI



Fonte: Programma Nazionale Esiti - PNE Edizione 2014



CONTENUTI

La Direzione Medica del P.O. San Paolo di Bari, ha svolto un'analisi per il controllo delle performance dell'U.O.C. Ortopedia riguardante l'indicatore del Programma Nazionale Esiti AgeNaS "Frattura del collo femore: intervento chirurgico entro 48 h per pazienti >65 anni".

Col presente studio sono state analizzate le SDO rispettivamente degli anni 2012, 2014 e 1° semestre 2015 con DRG 210, 211 e 544. Nel 2012 e nel 2014 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico entro 48 ore rispettivamente il 7,5% dei pazienti ed il 27%, a fronte di un valore nazionale medio di 45,7% (dati AgeNaS), con un tempo di attesa medio complessivo tra ricovero ed intervento di 6,6 giorni nel 2012 e 5,4 giorni nel 2014.

Congiuntamente ai Direttori delle UU.OO.CC. di Ortopedia, Cardiologia ed Anestesia e Rianimazione, la Direzione Medica ha definito un Percorso clinico-assistenziale privilegiato per i pazienti geriatrici con frattura di femore, attivando un

CONCLUSIONI

I dati del 1° semestre 2015 denotano un netto miglioramento rispetto agli anni 2012 e 2014.

Il percorso attivato dimostra che l'impegno integrato multidisciplinare è determinante per la riduzione delle giornate di degenza e del tempo d'attesa medio tra ricovero ed intervento chirurgico.



Cause principali di inappropriata organizzativa sono rappresentate dal ritardo dell'esecuzione delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali necessarie all'intervento e dal ridotto numero di sedute operatorie in elezione, legato alla dotazione organica di Dirigenti Medici Anestesisti.

In conclusione, i risultati di questa indagine delineano un quadro senz'altro positivo e forniscono degli spunti interessanti circa i settori d'intervento per migliorare la performance assistenziale, orientata all'ottimizzazione ed integrazione dei percorsi organizzativi all'interno dell'Ospedale.

41° Congresso Nazionale ANMDO - Parma, 30 settembre - 01- 02 ottobre 2015

GESTIONE DI UNA CENTRALE PER LE DIMISSIONI COMPLESSE: SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

I. Indiani¹, G. Perillo¹, C. Capanni¹, A. Guarracino², F. Papalini³, A. Corsi³, S. Traina¹, C. Rossi⁴, A. Bonanni⁵, L. Lupetti⁶, E. Gori⁷

¹ SOC Programmazione prestazioni sanitarie e gestione ospedale-territorio, Azienda Sanitaria Firenze; ² SOS Reporting, controllo e obiettivi di budget dell'area sanitaria, Azienda Sanitaria Firenze; ³ SOC Innovazione e sviluppo servizi sanitari, Azienda Sanitaria Firenze; ⁴ SOS Assistenza infermieristica Firenze, Azienda Sanitaria Firenze; ⁵ UO Riabilitazione funzionale Zona Firenze, Azienda Sanitaria Firenze; ⁶ Servizio sociale dimissioni complesse, Azienda Sanitaria Firenze; ⁷ Vice-commissario Azienda Sanitaria Firenze

Parole chiave: monitoraggio, valutazione, appropriatezza

Introduzione. L'Azienda Sanitaria di Firenze gestisce attraverso il Coordinamento Dimissioni Complesse (CDC) il delicato passaggio dalla fase di ricovero a specifici percorsi di riabilitazione, lowcare o assistenza territoriale post-dimissione. I principi fondanti del modello di gestione della continuità assistenziale sono: equità di accesso, personalizzazione del percorso, strumenti di valutazione dei bisogni condivisi, tempestività della dimissione, appropriatezza del setting post-acuzie, ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse. Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità la gestione di tale attività presuppone un buon sistema di monitoraggio e valutazione che consenta un'analisi critica ed oggettiva per determinare la rilevanza e l'efficacia delle azioni intraprese.

Contenuti. Il CDC gestisce 15.000 casi all'anno (40/giorno) su un territorio che comprende 33 comuni con più di 800.000 ab, 5 Presidi Ospedalieri, l'AOU Careggi, 11 strutture private convenzionate e la rete dei servizi territoriali. Il monitoraggio si applica a tutte le fasi del processo: sensibilità e specificità degli strumenti di valutazione utilizzati, analisi della domanda e dei risultati attesi, rispetto del budget a disposizione. È stata effettuata un'analisi delle procedure in atto, del set di indicatori utilizzato per il monitoraggio dei percorsi di continuità assistenziale e della modalità di presentazione della reportistica. Nel corso della riunione mensile sullo Stato Avanzamento Lavori (SAL) il personale sanitario e non che afferisce al CDC valuta l'andamento degli indicatori confrontando i dati con quelli del mese precedente (analisi variabilità sul breve periodo), con il corrispettivo periodo dell'anno precedente (analisi variabilità sul lungo periodo) e ipotizza eventuali azioni di miglioramento. I principali indicatori sono: n° e tipologia di richieste, tempo di attesa medio in ospedale (gg tra data prevista di dimissione e avvio del percorso di continuità), % di casi sospesi per errata programmazione della dimissione, % di inappropriately (assegnazione di setting a maggior intensità assistenziale per indisponibilità del setting appropriato), performance di risposta del CDC (casi con assegnazione del percorso entro 48h), n° di prolungamenti della degenza in struttura post-acuzie, n° percorsi territoriali attivati e non attivati per carenza di risorse. Questa mole di dati rappresenta l'input necessario a una serie di modelli previsionali gestiti da ingegneri gestionali e derivanti dalla Ricerca Operativa che permettono l'allineamento ottimale tra domanda e offerta, tra richieste e risorse. Grazie ai risultati di questo lavoro analitico le dotazioni dei vari setting assistenziali sono state modificate nel tempo consentendo la riduzione di posti letto ospedalieri a favore di una maggiore disponibilità di risorse territoriali.

Conclusioni. Un corretto lavoro di monitoraggio/valutazione di un sistema dinamico come quello di gestione delle dimissioni complesse è fondamentale per evidenziarne nel tempo punti di forza e criticità, intervenire sulle cause sottostanti e sui comportamenti organizzativi connessi suscettibili di modifica. La reportistica implementata rappresenta uno strumento di feedback e di condivisione dei risultati per gli operatori coinvolti nel processo. Un sistema di monitoraggio *ad hoc* facilita il processo di gestione, rafforza la credibilità del progetto, motiva i partecipanti ed è in grado di trasferire e riprodurre i benefici ottenuti.

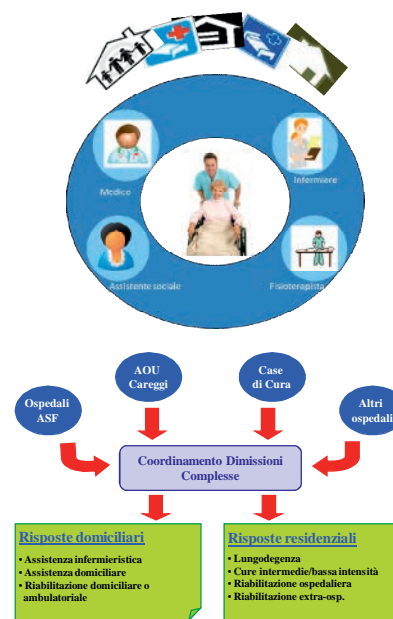
GESTIONE DI UNA CENTRALE PER LE DIMISSIONI COMPLESSE: SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Indiani I¹; Perillo G¹; Capanni C¹; Guarracino A²; Papalini F³; Corsi A³; Traina S¹; Rossi C⁴; Bonanni A⁵; Lupetti L⁶; Gori E⁷

¹ SOC Programmazione prestazioni sanitarie e gestione ospedale-territorio, Azienda Sanitaria Firenze; ² SOS Reporting, controllo e obiettivi di budget dell'area sanitaria, Azienda Sanitaria Firenze; ³ SOC Innovazione e sviluppo servizi sanitari, Azienda Sanitaria Firenze; ⁴ SOS Assistenza infermieristica Firenze, Azienda Sanitaria Firenze; ⁵ UO Riabilitazione funzionale Zona Firenze, Azienda Sanitaria Firenze; ⁶ Servizio sociale dimissioni complesse, Azienda Sanitaria Firenze; ⁷ Vice-commissario Azienda Sanitaria Firenze

INTRODUZIONE

L'Azienda Sanitaria di Firenze gestisce attraverso il Coordinamento Dimissioni Complesse (CDC) il delicato passaggio dalla fase di ricovero a specifici percorsi di riabilitazione, lowcare o assistenza territoriale post-dimissione. I principi fondanti del modello di gestione della continuità assistenziale sono: equità di accesso, personalizzazione del percorso, strumenti di valutazione dei bisogni condivisi, tempestività della dimissione, appropriatezza del setting post-acuzie, ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse. Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità la gestione di tale attività presuppone un buon sistema di monitoraggio e valutazione che consenta un'analisi critica ed oggettiva per determinare la rilevanza e l'efficacia delle azioni intraprese.



Il CDC gestisce 15.000 casi all'anno (40/giorno) su un territorio che comprende 33 comuni con più di 800.000 ab, 5 Presidi Ospedalieri, l'AOU Careggi, 11 strutture private convenzionate e la rete dei servizi territoriali. Il monitoraggio si applica a tutte le fasi del processo: sensibilità e specificità degli strumenti di valutazione utilizzati, analisi della domanda e dei risultati attesi, rispetto del budget a disposizione. È stata effettuata un'analisi delle procedure in atto, del set di indicatori utilizzato per il monitoraggio dei percorsi di continuità assistenziale e della modalità di presentazione della reportistica. Nel corso della riunione mensile sullo Stato Avanzamento Lavori (SAL) il personale sanitario e non, che afferisce al CDC, valuta l'andamento degli indicatori confrontando i dati con quelli del mese precedente (analisi variabilità sul breve periodo), con il corrispettivo periodo dell'anno precedente (analisi variabilità sul lungo periodo) e ipotizza eventuali azioni di miglioramento. I principali indicatori sono: n. e tipologia di richieste, tempo di attesa medio in ospedale (gg tra data prevista di dimissione e avvio del percorso di continuità), % di casi sospesi per errata programmazione della dimissione, % di inappropriately (assegnazione di setting a maggior intensità assistenziale per indisponibilità del setting appropriato), performance di risposta del CDC (casi con assegnazione del percorso entro 48h), n. di prolungamenti della degenza in struttura post-acuzie, n. percorsi territoriali attivati e non attivati per carenza di risorse. Questa mole di dati rappresenta l'input necessario a una serie di modelli previsionali gestiti da ingegneri gestionali e derivanti dalla Ricerca Operativa che permettono l'allineamento ottimale tra domanda e offerta, tra richieste e risorse. Grazie ai risultati di questo lavoro analitico le dotazioni dei vari setting assistenziali sono state modificate nel tempo consentendo la riduzione di posti letto ospedalieri a favore di una maggiore disponibilità di risorse territoriali.

CONCLUSIONI

Un corretto lavoro di monitoraggio/valutazione di un sistema dinamico come quello di gestione delle dimissioni complesse è fondamentale per evidenziarne nel tempo punti di forza e criticità, intervenire sulle cause sottostanti e sui comportamenti organizzativi connessi suscettibili di modifica. La reportistica implementata rappresenta uno strumento di feedback e di condivisione dei risultati per gli operatori coinvolti nel processo. Un sistema di monitoraggio *ad hoc* facilita il processo di gestione, rafforza la credibilità del progetto, motiva i partecipanti ed è in grado di trasferire e riprodurre i benefici ottenuti.



LA DIMISSIONE CONTRO IL PARERE DEI SANITARI IMPLEMENTAZIONE DI UNA PROCEDURA AZIENDALE

N. Lo Monaco¹, C. Prevaldi², E. Gianordoli³

¹ Direttore della Funzione Ospedaliera Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale

² Dirigente Medico Referente Audit Clinico Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale

³ Dirigente Medico UOC Direzione Medica Ospedaliera Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale

Parole chiave: dimissione, rischio, consenso informato

Introduzione. La dimissione contro il parere dei sanitari (CPS) rappresenta un grosso problema per gli ospedali in generale e, in particolare, per i Dipartimenti di Emergenza (DE). Si calcola che, approssimativamente, una percentuale del 1% dei pazienti venga dimessa dagli ospedali per acuti contro il parere dei sanitari; tale percentuale aumenta sensibilmente nelle dimissioni dai DE.

Alcuni studi empirici hanno dimostrato che i pazienti dimessi contro il parere dei sanitari rappresentano una popolazione a maggior rischio, in quanto vanno incontro ad un più alto tasso di riammissione e di eventi avversi. Il rischio di riospedalizzazione in urgenza è più elevato nei primi giorni dopo la dimissione. Sembra inoltre che queste dimissioni siano gravate da un aumentato rischio di lite legale per medical malpractice. Ne derivano non trascurabili riflessi economici per un maggior impegno di risorse.

Tra i pazienti più vulnerabili troviamo alcolisti, tossicodipendenti e psichiatrici; tra i disturbi più ricorrenti lamentati il dolore addominale, nausea e vomito, dolore toracico aspecifico e cefalea. Tra le più frequenti motivazioni addotte vengono riportate problematiche famigliari o altri impegni personali (ad esempio, di lavoro), l'insoddisfazione nei confronti dell'assistenza ricevuta, il miglioramento soggettivo nei trattamenti, sensazioni di inutilità e/o disagio per procedure diagnostiche e/o terapeutiche lunghe e invasive. Nella nostra Azienda Sanitaria, ad alta vocazione turistica, il motivo più frequente è l'avvicinamento al proprio domicilio; in alcuni casi di dimissione CPS si sono verificati eventi avversi seguiti da contenzioso.

Contenuti. Creazione, condivisione frontale e implementazione di una Istruzione Operativa Aziendale (IOA); produzione della modulistica da utilizzare, con traduzioni in lingue diverse (inglese, tedesco).

Conclusioni. Le presenti istruzioni operative aziendali si pongono come linee di indirizzo, con l'obiettivo di orientare i medici nelle misure da adottare, innanzitutto, per prevenire le dimissioni CPS e, qualora non evitabili, di richiamare alcuni principi di risk management al fine di tutelare l'autonomia e la sicurezza del paziente ma, nello stesso tempo, di garantire una sufficiente protezione legale in caso di contestazioni. Le stesse potranno risultare di utile riferimento anche in caso di rifiuto/inosservanza a prescrizioni/proposte diagnostiche e/o terapeutiche, indipendentemente dalla richiesta di dimissioni CPS.





L'incontro frontale ha permesso di spiegare agli operatori sanitari il rischio connesso alla dimissione CPS, sottolineando come una firma del paziente non sia sufficiente all'ottenimento di quello che, in ultima analisi, risulta essere un vero e proprio consenso informato.

Il risultato del lavoro è una procedura oggettiva, utilizzabile da ogni Unità Operativa, alla quale fare riferimento in caso di richiesta di dimissione contro parere.

LA DIMISSIONE CONTRO IL PARERE DEI SANITARI

Implementazione di una Procedura Aziendale

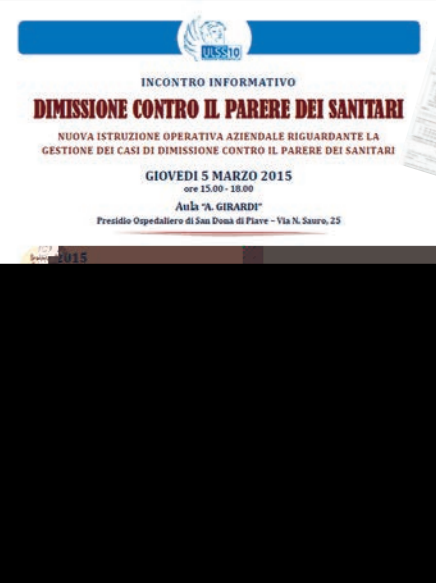
Dott.ssa Nicoletta Lo Monaco*, Dott.ssa Carolina Prevaldi**, Dott.ssa Eleonora Gianordoli***



La **dimissione contro il parere dei sanitari (CPS)** rappresenta un grosso problema per gli ospedali in generale, e in particolare per i Dipartimenti di Emergenza (DE). Si calcola che, approssimativamente, una **percentuale del 1% dei pazienti venga dimessa dagli ospedali per acuti contro il parere dei sanitari**; tale percentuale aumenta sensibilmente nelle dimissioni dai Dipartimenti di Emergenza

Alcuni studi empirici hanno dimostrato che i pazienti dimessi contro il parere dei sanitari (CPS) rappresentano una **popolazione a maggior rischio, in quanto vanno incontro ad un più alto tasso di riammissione e di eventi avversi**. Il rischio di riospedalizzazione in urgenza è più elevato nei primi giorni dopo la dimissione. Inoltre, sembra che queste dimissioni siano gravate da un aumentato rischio di lite legale per **medical malpractice**. Ne derivano non trascurabili riflessi economici per un maggior impegno di risorse

Tra i pazienti più vulnerabili troviamo alcolisti, tossicodipendenti e psichiatrici; tra i disturbi più ricorrenti lamentati il dolore addominale, nausea e vomito, dolore toracico aspecifico e cefalea. Tra le più frequenti **motivazioni** addotte vengono riportate problematiche famigliari o altri impegni personali (es. di lavoro), l'insoddisfazione dell'assistenza, il miglioramento soggettivo nei trattamenti, sensazioni di inutilità e/o disagio per procedure diagnostiche e/o terapeutiche lunghe e invasive. Nella nostra Azienda Sanitaria ad alta vocazione turistica, il motivo più frequente è l'avvicinamento al proprio domicilio, **in alcuni casi di dimissione CPS si sono verificati eventi avversi seguiti da contenzioso**



La Procedura Aziendale, a forte connotazione operativa, intende porsi come linea di indirizzo, con l'obiettivo di

1. orientare i medici nelle misure da adottare per prevenire la dimissioni cps
2. qualora la dimissione CPS non sia evitabile, richiamare alcuni principi di risk management, al fine di tutelare l'autonomia e la sicurezza del paziente ma, nello stesso tempo, di garantire al medico una sufficiente protezione legale in caso di contestazioni
3. fornire un utile riferimento anche in caso di rifiuto/inosservanza a prescrizioni/proposte diagnostiche e/o terapeutiche, indipendentemente dalla richiesta di dimissione CPS

La condivisione frontale ha permesso di discutere con gli operatori sanitari il rischio reale connesso alla dimissione CPS, sottolineando come una firma del paziente non sia sufficiente

Il risultato del lavoro è una **riferimento univoco e oggettivo**, utilizzabile da ogni Unità Operativa

* Direttore della Funzione Ospedaliera Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale
** Dirigente Medico Referente Audit Clinico Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale
*** Dirigente Medico UOC Direzione Medica Ospedaliera Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale

www.ulss10.veneto.it

NON FARE TROPPO PER FARE MEGLIO. CHOOSING WISELY E SLOW MEDICINE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CS

M. Loizzo¹, T. Scagliola¹, G. Moretti¹

¹Dirigente Medico Responsabile UO Qualità,Accreditamento,Ricerca ed Innovazione

²Referente infermieristico UO Qualità,Accreditamento,Ricerca ed innovazione

³Coll. Amministrativo UO Qualità,Accreditamento,Ricerca ed innovazione

Parole chiave: Choosing Wisely, Slow Medicine, Sostenibilità

Introduzione. Fare la cosa giusta mi fa stare meglio. Fare la cosa sbagliata mi fa stare peggio. Questa è la mia religione (A. Lincoln)

Nel 2012 American Board of Internal Medicine lancia la campagna "CHOOSING WISELY" SCEGLIERE CON SAGGEZZA Nove Società Scientifiche individuano 5 Things Physicians and Patients Should Question cioè le 5 Pratiche diagnostico-terapeutiche ad alto rischio di inappropriatazza, la cui necessità deve essere messa in discussione, suggerendo a pazienti(pz)e medici(m) di parlarne

Si invita a scegliere saggiamente piuttosto che a tagliare indiscriminatamente, a sostituire alla politica del razionamento quella della riduzione degli sprechi con razionalizzazione dei percorsi assistenziali Analogamente SLOW MEDICINE lancia in Italia il progetto FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO Presupposto è che la spinta all'utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili non può che partire da una assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e in primo luogo dei medici, in alleanza con pz e cittadini. L'obiettivo è realizzare una medicina che sia SOBRIA, RISPETTOSA, GIUSTA cioè supportata da prove di efficacia; che non preveda duplicazione di test o procedure; sicura per il pz; veramente necessaria. Evitare trattamenti inutili è un dovere professionale di ogni operatore per due ragioni:

- non privare i pazienti delle risorse di cui realmente necessitano;
- perché i trattamenti inutili spesso sono anche dannosi.

L'atteggiamento stesso dei cittadini nei confronti della propria salute deve mutare, essere oggetto di aperto dialogo nella relazione tra m. e pz, facilitando scelte informate e condivise. Il cittadino deve fare la sua parte non forzando il m. ad atteggiamenti difensivi di overtreatment/diagnosis

Contenuti. Facendo proprie tali considerazioni l'A.OCS ha promosso un percorso di garanzia dell'appropriatezza nei percorsi assistenziali

- 1° Step. Analisi del materiale scientifico tratto da letteratura internazionale e nazionale.
- 2° Step. Individuazione delle Aree aziendali in cui stimolare il riconoscimento delle pratiche inappropriate
- 3° Step. Ritenendo necessario il coinvolgimento del personale infermieristico nella promozione di qs nuovo modello sanitario è stata richiesta la Collaborazione del Servizio Infermieristico
- 4°-5° Step. Comunicazione dell'iniziativa ai Coordinatori infermieristici dell'AO e Formazione con diffusione delle 5 procedure assistenziali che il Collegio Nazionale Ispasvi definisce inutili/dannose per il paziente col mandato di analizzare poi in modo critico l'applicazione di tali pratiche inappropriate nelle UO di appartenenza e l'impegno a monitorizzarle
- 6° Step. Pianificazione di Audit a campione sulle procedure con distribuzione e raccolta di schede di autovalutazione sull'aderenza al progetto e dei suggerimenti dei partecipanti in 4 UO scelte perché gli items risultano completamente applicabili

Risultati. Le schede sono state raccolte al 100% in Oncologia e Chirurgia con riscontro positivo: non vengono svolte le pratiche inappropriate. Le altre UO hanno risposto parzialmente per cui si è come azione correttiva riproposta l'iniziativa. Le prossime azioni comprendono il monitoraggio di UO Onc. e Chir.1, in cui si è deciso di applicare un questionario proattivo dove ogni professionista compresi M.ed OS, segnalerà le pratiche inappropriate nella propria esperienza; Ampliamento della iniziativa alla Rianimazione Stimolare la consapevolezza dei comportamenti appropriati e delle responsabilità conseguenti, rappresentare la vera sfida per garantire la sostenibilità della Sanità nel prossimo futuro

COME NON FARE TROPPO PER FARE MEGLIO
Choosing Wisely e Slow Medicine nell' A.Ospedaliera di Cosenza

*Fare la cosa giusta mi fa stare meglio.
Fare la cosa sbagliata mi fa stare peggio.
Questa è la mia religione (A. Lincoln)*

Monica LOIZZO, Teresa SCAGLIOLA, Gabriella MORETTI
UO QUALITÀ, ACCREDITAMENTO, RICERCA ED INNOVAZIONE
AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA

INTRODUZIONE

Facendo proprie le considerazioni dell' American Board of Internal Medicine relative alla Campagna " Choosing Wisely " ed il programma SLOW Medicine, la UO Qualità Accredimento , Ricerca ed innovazione dell' Azienda Ospedaliera di Cosenza ha inteso promuovere un percorso volto non solo al contenimento dei costi , ma anche alla garanzia dell' appropriatezza ed efficacia nei percorsi assistenziali .

In condizioni di crisi economica due strategie permettono di sostenere le attività produttive: la prima consiste nell'investire meno risorse : **TAGLI LINEARI**

La strategia alternativa a quella dei tagli lineari consiste nella **RIDUZIONE DEGLI SPRECHI**, che Berwick ed Hackbarth (JAMA 2012;307:1513-1516) hanno classificato in sei categorie che costituiscono almeno il 20% dei costi sanitari:

Il Sovra-utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici: Overtreatment e Overdiagnosis dovuti alla convinzione professionale e sociale che in medicina **" MORE IS BETTER "** alimentano la **MEDICINA DIFENSIVA**

E ALLORA ?

QUALI COMANDAMENTI PER L' APPROPRIATEZZA ?

" BEST CARE AT LOWER COST "

Con gli Obiettivi di identificare gli sprechi conseguenti a interventi diagnostico-terapeutici inefficaci e inappropriati l'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, in collaborazione con Consumer Reports, ha lanciato negli USA l'iniziativa **" CHOOSING WISELY "** SCEGLIERE CON IL BUONSENNO

CONTENUTI

Abbiamo Provato a costruire una medicina Sobria , Rispettosa e Giusta (SLOW MEDICINE) nell' Azienda Ospedaliera di CS Per promuovere un percorso volto alla garanzia dell' appropriatezza nei percorsi assistenziali abbiamo fatto :

1. ANALISI BIBLIOGRAFICA E SITOGRAFICA
2. MAPPATURA DELL'AZIENDA
3. CONDIVISIONE DEL PROGETTO
4. FORMAZIONE
5. COMUNICAZIONE DELL'INIZIATIVA
6. AUDIT SUL CAMPO
7. VALUTAZIONE DEI RISULTATI
8. RIMODULAZIONE DEL PROGETTO

Audit in 4 UO Ottobre 2014

CONCLUSIONI

Abbiamo distribuito l' Elenco delle 5 pratiche infermieristiche a rischio di inappropriatazza segnalate da IPASVI, in tutte le UO aziendali; poi le schede di autovalutazione in 4 unità operative (2 UO mediche e 2 chirurgie) per monitorizzarne l' applicazione

In 2 UO le le procedure inappropriate (ITEMS IPASVI) non vengono effettuate.

In 2 UO abbiamo , per la scarsa Compliance, riproposto l'iniziativa

Nelle 2 UO che hanno risposto abbiamo distribuito un questionario proattivo in cui saranno gli operatori , secondo la propria esperienza ad individuare le ulteriori pratiche a rischio di inappropriatazza che vengono attuate . Infine, nel Progetto e' stata coinvolta anche l'UO di Rianimazione

La sostenibilità futura dei sistemi sanitari non può che passare dall' appropriatezza delle scelte e dalle responsabilità dei professionisti sanitari

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI: AUDIT SULLA QUALITÀ DEI DATI DELLA SDO DI RICOVERI CON DP DI IMA E DI SCC DELL'AOU DI ANCONA

C. Martini¹, R. Papa¹, L. Incicchitti¹, L. Polenta¹, M. Sebastiani¹, F. Luzi¹, F. Tirabassi², G. Serafini¹

AOU Ospedali Riuniti Ancona:

¹ Direzione Medica Ospedaliera; ² Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva

Parole chiave: qualità, sdo, audit

Introduzione. Sulla base dei risultati dell'analisi dei dati PNE 2014 per gli indicatori "mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di Infarto Miocardico Acuto" e "mortalità a 30 giorni dal ricovero per Scompenso Cardiaco congestizio", l'AGENAS ha individuato l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona tra le strutture con più bassa mortalità. Su indicazione dell'AGENAS è stata, pertanto, avviata un'attività di audit da parte della Direzione Medica Ospedaliera, finalizzata a verificare la qualità dei dati delle SDO contenute nelle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati nel 2013, presso le U.O. di Cardiologia e Clinica di Cardiologia, con Diagnosi Principale (DP) di IMA e di SCC.

Contenuti. l'obiettivo dell'audit richiesto dall'AGENAS era quello di verificare se i dati molto positivi sugli indicatori di mortalità a 30 giorni per IMA e SCC, fossero stati generati da eventuali errori di codifica delle SDO. Si è proceduto all'analisi della coerenza dei dati registrati nelle SDO con il contenuto delle cartelle cliniche. La popolazione selezionata per lo studio è stata la seguente: ricoveri in regime ordinario, avvenuti nei reparti di Clinica di Cardiologia e Cardiologia, con dimissione tra il 1 gennaio e il 30 novembre 2013 e con diagnosi principale di IMA (ICD-9-CM 410.xx) o con diagnosi principale di una condizione compatibile con la diagnosi di infarto ed IMA in diagnosi secondaria, con i seguenti criteri di esclusione:

- ricoveri di pz. non residenti in Italia
- ricoveri di pz. di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni
- ricoveri per trasferimento da altro istituto
- ricoveri con degenza inferiore alle 48 ore e dimessi a domicilio
- ricoveri preceduti, nelle 4 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi principale di IMA
- ricoveri in regime ordinario, avvenuti nei reparti di Clinica di Cardiologia e Cardiologia, con dimissione tra il 1 gennaio e il 30 novembre 2013 e con i seguenti codici ICD-9-CM di scompenso cardiaco in diagnosi principale: 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.0, 428.1, 428.9, con i seguenti criteri di esclusione:
- ricoveri di pz. non residenti in Italia
- ricoveri di pz. di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni
- ricoveri per trasferimento da altro istituto
- ricoveri con diagnosi principale di edema polmonare (cod. 518.4) o insufficienza renale acuta (cod. 584)

Dal totale di 420 cartelle cliniche, individuate secondo i criteri sopra descritti, è stato estratto mediante campionamento casuale semplice un campione di 152 cartelle (36,2%). L'indicatore misurato è stato la % di casi in cui venga confermata la coerenza del codice della diagnosi principale di Scompenso cardiaco o IMA riportato nella SDO rispetto documentazione clinica presente nella cartella esaminata sul totale dei casi esaminati. Il 98,7% delle cartelle cliniche esaminate ha mostrato coerenza tra le DP, le DS e la relativa restante documentazione. Circa il 99% delle cartelle cliniche della SOD di Cardiologia ha mostrato coerenza tra il codice della diagnosi principale di SCC e relativa restante documentazione. Il 100% delle cartelle cliniche della SOD di Cardiologia ha mostrato coerenza tra il codice della diagnosi principale di IMA e relativa restante documentazione. Il 96% delle cartelle cliniche della SOD di Clinica di Cardiologia ha mostrato coerenza tra il codice della diagnosi principale di SCC e relativa restante documentazione.

Conclusioni. L'audit condotto ha dimostrato che la qualità dei dati delle SDO valutate è molto buona e che, pertanto, le lusinghiere misure degli indicatori di mortalità a 30 giorni per IMA e SCC, di pazienti dimessi dai reparti di Cardiologia dell'AOU di Ancona, non dipendono minimamente da bias di codifica.



PROGRAMMA NAZIONALE ESITI: AUDIT SULLA QUALITÀ DEI DATI DELLA SDO DI RICOVERI CON DP DI IMA E DI SCC DELL'AOU DI ANCONA



Martini C*, Papa R*, Incicchitti L*, Polenta L*, Sebastiani M*, Luzi F*, Tirabassi F**, Serafini G*

AOU Ospedali Riuniti Ancona: *Direzione Medica Ospedaliera; ** Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva

Introduzione: sulla base dei risultati dell'analisi dei dati PNE 2014 per gli indicatori "mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di Infarto Miocardico Acuto" e "mortalità a 30 giorni dal ricovero per Scompenso Cardiaco congestizio", l'AGENAS ha individuato l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona tra le strutture con più bassa mortalità. Su indicazione dell'AGENAS è stata, pertanto, avviata un'attività di audit da parte della Direzione Medica Ospedaliera, finalizzata a verificare la qualità dei dati delle SDO contenute nelle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati nel 2013, presso le U.O. di Cardiologia e Clinica di Cardiologia, con Diagnosi Principale (DP) di IMA e di SCC.

Contenuti: l'obiettivo dell'audit richiesto dall'AGENAS era quello di verificare se i dati molto positivi sugli indicatori di mortalità a 30 giorni per IMA e SCC, fossero stati generati da eventuali errori di codifica delle SDO. Si è proceduto all'analisi della coerenza dei dati registrati nelle SDO con il contenuto delle cartelle cliniche. La popolazione selezionata per lo studio è stata la seguente:

- a) ricoveri in regime ordinario, avvenuti nei reparti di Clinica di Cardiologia e Cardiologia, con dimissione tra il 1 gennaio e il 30 novembre 2013 e con diagnosi principale di IMA (ICD-9-CM 410.xx) o con diagnosi principale di una condizione compatibile con la diagnosi di infarto ed IMA in diagnosi secondaria, con i seguenti criteri di esclusione:
- ricoveri di pz. non residenti in Italia
 - ricoveri di pz. di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni
 - ricoveri per trasferimento da altro istituto
 - ricoveri con degenza inferiore alle 48 ore e dimessi a domicilio
 - ricoveri preceduti, nelle 4 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi principale di IMA
- b) ricoveri in regime ordinario, avvenuti nei reparti di Clinica di Cardiologia e Cardiologia, con dimissione tra il 1 gennaio e il 30 novembre 2013 e con i seguenti codici ICD-9-CM di scompenso cardiaco in diagnosi principale: 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.0, 428.1, 428.9, con i seguenti criteri di esclusione:
- ricoveri di pz. non residenti in Italia
 - ricoveri di pz. di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni
 - ricoveri per trasferimento da altro istituto
 - ricoveri con diagnosi principale di edema polmonare (cod. 518.4) o insufficienza renale acuta (cod. 584)

Dal totale di 420 cartelle cliniche, individuate secondo i criteri sopra descritti, è stato estratto mediante campionamento casuale semplice un campione di 152 cartelle (36,2%). L'indicatore misurato è stato la % di casi in cui venga confermata la coerenza del codice della diagnosi principale di Scompenso cardiaco o IMA riportato nella SDO rispetto documentazione clinica presente nella cartella esaminata sul totale dei casi esaminati. Il 98,7% delle cartelle cliniche esaminate ha mostrato coerenza tra le DP, le DS e la relativa restante documentazione.

	codifica coerente	codifica non coerente	Totale
Cardiologia	37	0	37
Clinica	di 3	0	3
Cardiologia			
Totale	40	0	40

	codifica coerente	codifica non coerente	Totale
Cardiologia	86	1	87
Clinica	di 24	1	25
Cardiologia			
Totale	110	2	112

Circa il 99% delle cartelle cliniche della SOD di Cardiologia ha mostrato coerenza tra il codice della diagnosi principale di SCC e relativa restante documentazione. Il 100% delle cartelle cliniche della SOD di Cardiologia ha mostrato coerenza tra il codice della diagnosi principale di IMA e relativa restante documentazione. Il 96% delle cartelle cliniche della SOD di Clinica di Cardiologia ha mostrato coerenza tra il codice della diagnosi principale di SCC e relativa restante documentazione.

Conclusioni: l'audit condotto ha dimostrato che la qualità dei dati delle SDO valutate è molto buona e che, pertanto, le lusinghiere misure degli indicatori di mortalità a 30 giorni per IMA e SCC, di pazienti dimessi dai reparti di Cardiologia dell'AOU di Ancona, non dipendono minimamente da bias di codifica.

LE MISURE DI SICUREZZA ADOTTATE DALL'A.O. NIGUARDA CA' GRANDA DI MILANO PER EBOLA ED ALTRE EMERGENZE BATTERIOLOGICHE O DA BIOTERRORISMO

E. Masturzo¹, G. Micheloni², M. Maringoni³, C. Cozzi⁴, M. Capobussi⁵, G. Elli⁶

A.O. Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano ¹ Referente per le Maxiemergenze/Emergenze NBCR della Direzione Sanitaria; ² Responsabile SS Medicina e sorveglianza sanitaria dei lavoratori; ³ Responsabile SPP; ⁴ Disaster Manager; ⁵ Medico in formazione della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva dell'Università degli Studi di Milano; ⁶ Direttore Medico di Presidio

Parole chiave: Ebola, emergenza batteriologica, bioterrorismo

Introduzione. L'epidemia di Ebola nell'Africa occidentale ci rammenta che non dobbiamo abbassare la guardia nei confronti dei meccanismi di emergenza delle malattie infettive. Tale evento ha, infatti, costretto i sistemi sanitari di tutti i paesi, ivi compresi quelli del cosiddetto mondo evoluto, ad interrogarsi sulla capacità di reagire prontamente alle nuove emergenze del mondo globalizzato e ad attrezzarsi di conseguenza. Di seguito sono sintetizzate alcune delle misure adottate dall'A.O. Ospedale Niguarda Cà di Milano in caso di autopresentazione al Pronto Soccorso di pazienti con diagnosi sospetta o probabile di Ebola e di altre emergenze batteriologiche o da bioterrorismo di immediato impatto sulla sicurezza interna.

Contenuti. Tutte le operazioni, dall'eventuale prelievo di campioni alle manovre sul paziente e al suo trasporto presso il centro di riferimento, sono state scotomizzate per una mappa del rischio volta all'adozione delle misure di sicurezza più opportune al caso specifico:

- se il caso è sospetto e presenta solo febbre, non altri sintomi della malattia come vomito, tosse o diarrea, il rischio è basso ed è pertanto indicata la tuta in tyvek, corredata di guanti monouso non sterili in nitrile, guanti monouso non sterili con manica lunga, facciale filtrante FFP3 BLS, grembiule impermeabile pieno-corpo, occhiale a maschera a tenuta o, in alternativa, schermo facciale/visiera;
- in presenza di sintomi più importanti con emissione di liquidi biologici è, invece, previsto l'uso dello scafandro ventilato.

Ai fini delle attività formative sulla gestione delle emergenze batteriologiche e da bioterrorismo (ivi inclusa Ebola) sono stati prodotti due manuali di vestizione e svestizione, rispettivamente con la dotazione tyvek e con lo scafandro, di facile consultazione per la sequenza delle immagini, di immediato impatto mnemonico. Con l'allestimento di un'area di isolamento temporaneo presso l'accettazione del Pronto Soccorso è stato infine inserito l'ultimo importante tassello nel Piano di gestione delle Emergenze NBCR con riguardo alla fattispecie delle emergenze batteriologiche e da bioterrorismo ed alle ricadute sulla sicurezza.

L'area consta dei seguenti settori: 1. Locale vestizione (con scaffalature per i DPI in dotazione, suddivisi per taglia); 2. Locale isolamento temporaneo con visiva ed uscita all'esterno del Padiglione DEA (con camminamento); 3. Stazione di controllo con sistema audio e di videosorveglianza senza registrazione delle immagini (tale modalità consente, nei casi previsti e meno gravi, di interagire con il paziente indirettamente durante, ad es., il colloquio per la raccolta delle informazioni anamnestiche per l'inquadramento di caso sospetto/probabile); 4. Locale svestizione con doccia di decontaminazione da eventuali residui grossolani di materiale organico/liquidi biologici.

Oltre alla formazione sul campo rivolta agli operatori sanitari di prima linea, è stata data una informativa sulle procedure interne ai Responsabili del SPP dell'impresa di pulizia e addetta al ritiro dei rifiuti per uniformare le dotazioni dei DPI e le prassi di lavoro.

Conclusioni. I virus Ebola, classificati come livello di biosicurezza 4, hanno obbligato anche le strutture sanitarie dell'occidente e particolarmente quelle delle grandi metropoli, ad un riesame delle 'vulnerabilità' per resettare l'organizzazione e la logistica interne di modo da far fronte a quella che lo stesso Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite ha definito come una "minaccia alla pace e alla sicurezza internazionale". L'epidemia di Ebola sembra finalmente prossima alla fine, ma essa ha dimostrato ancora una volta come il contesto sociale ed economico e la forza del sistema sanitario condizionano enormemente la diffusione dell'infezione. Di qui traiamo la lezione più importante, ovvero quella di prevedere risposte congiunte e coordinate a sostegno della salute globale.

Le misure di sicurezza adottate dall'A.O. Niguarda Ca' Granda di Milano per Ebola ed altre emergenze batteriologiche o da bioterrorismo

Masturzo E.¹; Micheloni G.²; Maringoni M.³; Cozzi C.⁴; Capobussi M.⁵; Elli G.⁶

¹. Referente per le Maxiemergenze/Emergenze NBCR della Direzione Sanitaria; ². Responsabile SS Medicina e sorveglianza sanitaria dei lavoratori; ³. Responsabile SPP; ⁴. Disaster Manager; ⁵. Medico in formazione della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Milano; ⁶. Direttore Medico di Presidio A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano



Contenuti

Tutte le operazioni, dall'eventuale prelievo di campioni alle manovre sul paziente e al suo trasporto presso il centro di riferimento, sono state scotomizzate per una **mappa del rischio** volta all'adozione delle misure di sicurezza più opportune al caso specifico:

1) se il caso è sospetto e presenta solo febbre, non altri sintomi della malattia come vomito, tosse o diarrea, il rischio è basso e pertanto è indicata la tuta in **tyvek**, corredata di guanti monouso non sterili in nitrile, guanti monouso non sterili con manica lunga, facciale filtrante FFP3 BLS, grembiule impermeabile pieno-corpo, occhiale a maschera a tenuta o, in alternativa, schermo facciale/visiera;

2) in presenza di sintomi più importanti con emissione di liquidi biologici è, invece, previsto l'uso dello **scafandro** ventilato.

Ai fini delle attività formative sulla gestione delle emergenze batteriologiche e da bioterrorismo (ivi inclusa Ebola) sono stati prodotti due **manuali** di vestizione e



Manuale
tyvek



Manuale
scafandro



Conclusioni

I virus Ebola, classificati come livello di biosicurezza 4, hanno obbligato anche le strutture sanitarie dell'occidente e particolarmente quelle delle grandi metropoli, ad un riesame delle "vulnerabilità" per resettare l'organizzazione e la logistica interne di modo da far fronte a quella che lo stesso Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite ha definito come una "minaccia alla pace e alla sicurezza internazionale".

L'epidemia di Ebola sembra finalmente prossima alla fine, ma essa ha dimostrato ancora una volta come il contesto sociale ed economico e la forza del sistema sanitario condizionano enormemente la diffusione dell'infezione. Di qui traiamo la lezione più importante, ovvero quella di prevedere **risposte congiunte e coordinate** a sostegno della salute globale.

Introduzione

L'epidemia di Ebola nell'Africa occidentale ci rammenta che non dobbiamo abbassare la guardia nei confronti dei meccanismi di emergenza delle malattie infettive. Tale evento ha, infatti, costretto i sistemi sanitari di tutti i paesi, ivi compresi quelli del cosiddetto mondo evoluto, ad interrogarsi sulla capacità di **reagire prontamente** alle nuove emergenze del mondo globalizzato e ad attrezzarsi di conseguenza. Di seguito sono sintetizzate alcune delle misure adottate dall'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano in caso di autopresentazione al Pronto Soccorso di pazienti con diagnosi sospetta o probabile di Ebola e di altre **emergenze batteriologiche** o da **bioterrorismo** di immediato impatto sulla sicurezza interna.



svestizione, rispettivamente con la dotazione tyvek e con lo scafandro, di facile consultazione per la sequenza delle immagini, di immediato impatto mnemonico.

Con l'allestimento di un'area di **isolamento temporaneo** presso l'accettazione del Pronto Soccorso è stato infine inserito l'ultimo importante tassello nel Piano di gestione delle Emergenze NBCR con riguardo alla fattispecie delle emergenze batteriologiche e da bioterrorismo ed alle ricadute sulla sicurezza.

L'area consta dei seguenti settori:

- **Locale vestizione** (con scaffalature per i DPI in dotazione, suddivisi per taglia);
- **Locale isolamento temporaneo** con visiva ed uscita all'esterno del Padiglione DEA (con camminamento);
- **Stazione di controllo** con sistema audio e di videosorveglianza senza registrazione delle immagini (tale modalità consente, nei casi previsti e meno gravi, di interagire con il paziente indirettamente durante, ad es., il colloquio per la raccolta delle informazioni anamnestiche per l'inquadramento di caso sospetto/probabile);
- **Locale svestizione** con doccia di decontaminazione da eventuali residui grossolani di materiale organico/liquidi biologici.

Oltre alla formazione sul campo rivolta agli operatori sanitari di prima linea, è stata data una informativa sulle procedure interne ai Responsabili del SPP dell'impresa di pulizia e addetta al ritiro dei rifiuti per **uniformare** le dotazioni dei DPI e le prassi di lavoro.

IGIENE DELLE MANI E PREVENZIONE DELLE ICA: RUOLO DELLA FORMAZIONE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE

A.R. Mattaliano¹, P. Bellocchi², G. Coco², R. Cunsolo², M. Danzi², G. Mangano², S. Frasciana³, S. Galeano³, G. Parasiliti⁵, G. Parisi⁴, A. Trombetta⁶, A. Trovato⁷, A. Lazzara⁸

Direttore Generale AOU "Policlinico - Vittorio Emanuele" di Catania: Dr. Salvatore Paolo Cantaro

¹ Direttore Medico - Direzione Medica di Presidio II (PP.OO. V Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino) AOU Policlinico

Vittorio Emanuele di Catania; ² Dirigente Medico - Direzione Medica di Presidio II - AOU Policlinico Vittorio

Emanuele di Catania; ³ Infermiere - Direzione Medica di Presidio II - AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania;

⁴ Coordinatore Infermieristico - Direzione Medica di Presidio II - AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania;

⁵ Infermiere - Servizio Infermieristico PO V. Emanuele - AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania;

⁶ Coordinatore Infermieristico - Cardiologia UTIC PO Ferrarotto - AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania;

⁷ Infermiere - UO Chirurgia Toracica PO V. Emanuele - AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania;

⁸ Direttore Sanitario Azienda

Parole chiave: osservazione, adesione, performance

Introduzione. L'azienda AOU Policlinico V. Emanuele di Catania è impegnata da anni nel promuovere l'igiene delle mani quale strumento efficace nella prevenzione delle ICA. A tale scopo il CIO pianifica annualmente eventi formativi dedicati all'igiene delle mani per il personale di assistenza, supportati da azioni di richiamo, metodo mutuato dall'OMS nell'ambito del progetto "Clean Care is Safer Care".

Materiali e metodi. Allo scopo di valutare l'efficacia della formazione, un team di osservatori addestrati procede periodicamente a rilevare il livello di adesione all'igiene delle mani prima e dopo la formazione in aula in UU.OO. prescelte, utilizzando una scheda di rilevazione standardizzata, che consente il calcolo percentuale degli operatori che hanno eseguito correttamente l'igiene delle mani quando richiesto dalla specifica situazione assistenziale. Al termine di ogni ciclo, rilevazione-formazione-rilevazione, a ciascuna U.O. viene inviato il report commentato relativo alla performance ottenuta. Infatti, l'adesione all'igiene delle mani è utilizzata come indicatore di performance nella procedura Aziendale "Modalità di una corretta esecuzione dell'igiene delle mani" ed il feedback dei risultati rappresenta un utile contributo al rafforzamento dell'efficacia degli eventi formativi d'aula. Un'azione di richiamo viene inoltre affidata alla distribuzione di tascabili, all'esposizione di poster sul ruolo dell'igiene delle mani nella prevenzione delle ICA e alla diffusione annuale, il 5 maggio, giornata mondiale dell'igiene delle mani, di brochures informative indirizzate ad utenti ed operatori.

Risultati. Nella nostra esperienza, l'analisi dei risultati dell'indicatore rileva che la percentuale di adesione all'igiene delle mani da parte del personale di assistenza aumenta dopo gli eventi formativi, pur con variazioni fra le diverse professionalità e in relazione ai differenti momenti assistenziali, per subire un decremento durante i periodi di vacanza formativa. Il trend conferma pertanto l'importanza della formazione nella crescita di consapevolezza e nella aderenza a corrette pratiche sanitarie da parte degli operatori ma evidenzia anche la necessità della formazione continua e di un'azione reiterata di rinforzo. I risultati ottenuti hanno inoltre indotto a fissare, quale prossimo obiettivo, la sperimentazione di un approccio per U.O., nel convincimento che un intervento "sul campo" possa contribuire al miglioramento dell'efficacia formativa.



RICHIESTA DI CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI DA SANGUE CORDONALE: LA "BUONA" INFORMAZIONE ED IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

A.R. Mattaliano*, P. Bellocchi**, G. Coco**, R. Cunsolo**, M. Danzi**, G. Mangano**, S. Frasciana°, S. Galeano°, A. Lazzara***

Direttore Generale dell'AOU Policlinico - Vittorio Emanuele di Catania: Dr. Salvatore Paolo Cantaro

* Direttore Medico - Direzione Medica di Presidio II (PP.OO. V Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino);

** Dirigente Medico - Direzione Medica di Presidio II;

° Infermiere - Direzione Medica di Presidio II;

*** Direttore Sanitario Aziendale

Parole chiave: cellule staminali, esportazione, buona informazione

Introduzione. Il recente accorpamento di un Ospedale specializzato di Maternità, il PO S. Bambino, nell'ambito della Direzione Medica II dell'AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania (alla quale afferiscono altri due PP.OO., il Vittorio Emanuele ed il Ferrarotto) e la contestuale introduzione (ai sensi del DA 19.09.2014 della Regione Siciliana) della tariffazione "per l'esportazione del sangue cordonale autologo" hanno comportato una revisione organizzativa con la reingegnerizzazione del percorso inerente al rilascio dell'autorizzazione. Come noto, tale prestazione non è inclusa nei LEA e viene considerata dalla coppia genitoriale come una scelta che potrebbe rivelarsi importante per la salute di tutta la famiglia.

Materiali e metodi. La Direzione Medica di Presidio II, al fine di realizzare in maniera compiuta le relative attività (in armonia comunque con la normativa vigente in materia, compresa quella regionale, DA 10.09.2010 Regione Siciliana), ha messo in atto alcune strategie operative relativamente all'intero percorso di richiesta e rilascio dell'autorizzazione all'esportazione del sangue cordonale, secondo i seguenti step:

- 1. Elaborazione di uno specifico soft-ware (in formato access 2007) per la raccolta di tutte le necessarie informazioni: dati anagrafici dei genitori, data presunta del parto, data di spedizione, valico di frontiera/aeroporto, mezzo di trasporto, paese estero di destinazione, struttura sanitaria scelta per la conservazione, società incaricata, riferimento della DMP, luogo e data di rilascio della certificazione, data raccolta/consegna al corriere;
- 2. Stampa immediata di tutta la documentazione necessaria al rilascio all'autorizzazione all'esportazione del campione di sangue da cordone ombelicale;
- 3. Attività di counselling per la coppia, con particolare riferimento all'eventualità di non poter procedere alla raccolta;
- 4. Comunicazione dell'esito della conservazione;
- 5. Redazione del report semestrale, da notificare al Centro Regionale Trapianti.

Risultati. La reingegnerizzazione del percorso per l'esportazione di sangue cordonale, curata dalla DMP II (che ha già erogato per il 2015 e per il II semestre 2014, rispettivamente n. 22 e n. 27 autorizzazioni a fronte di altrettante richieste pervenute, Grafico 1), ha consentito di offrire un servizio improntato ai seguenti obiettivi: dare una buona informazione; assicurare un'approfondita descrizione di ogni singola fase delle operazioni di conservazione; rendere più consapevole la scelta della coppia; gestire i casi con esito negativo; dare piena attuazione ai principi di accoglienza e comunicazione all'utenza, superando anche i vincoli connessi alla sede ed agli orari di ricevimento; adempiere al flusso informativo regionale.



Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico - Vittorio Emanuele - Catania

Direttore Generale: Dr. Salvatore Paolo Cantaro



Richiesta di conservazione delle cellule staminali da sangue cordonale: la "buona" informazione ed il ruolo della Direzione Medica di Presidio

Mattaliano A.R.; Bellocchi P.**; Coco G.**; Cunsolo R.**; Danzi M.**; Mangano G.**; Frasciana S.; Galeano S.; Lazzara A.***

*Direttore Medico - Direzione Medica di Presidio II (PP.OO. V Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino); ** Dirigente Medico - Direzione Medica di Presidio II; *** Infermiere - Direzione Medica di Presidio II; **** Direttore Sanitario AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania

Una scelta importante per la salute di tutta la famiglia



D.A. 10.09.2010



(prestazione non inclusa nei LEA)

D.A. 01.08.2014

(Tariffa € 200 + IVA)



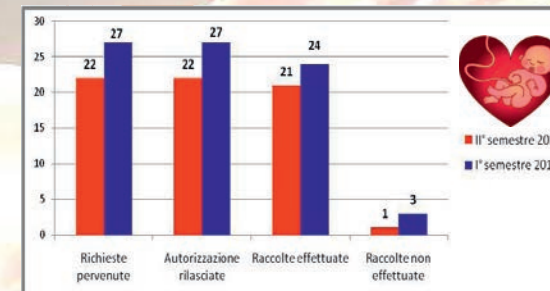
MATERIALI E METODI

Direzione Medica di Presidio



- Attività di **counselling** alla coppia e **valutazione contestuale degli esami sierologici, della certificazione di conformità del dispositivo di raccolta e di confezionamento fornito dalla Banca estera**
- Inserimento dei dati **su specifico software** (access 2007): dati anagrafici dei genitori, data presunta del parto, mezzo di trasporto, struttura sanitaria del paese estero scelta per la conservazione, società incaricata, luogo e data di rilascio dell'autorizzazione
- **Stampa immediata** di tutta la documentazione necessaria al rilascio all'autorizzazione all'esportazione del campione di sangue da cordone ombelicale debitamente sottoscritta
- **Rilascio** dell'autorizzazione
- **Acquisizione** della comunicazione circa l'esito della raccolta e dell'invio dal personale sanitario della Sala Parto
- Redazione del **report semestrale**, da notificare al Centro Regionale Trapianti cui viene corrisposta una quota (€30) della tariffa introitata dall'Azienda

Grafico 1 - Monitoraggio dell'attività di esportazione del sangue cordonale anni 2014 - 2015 PO S. Bambino



LA CHECK-LIST PER LA SICUREZZA IN CHIRURGIA: QUALITÀ DELLA COMPILAZIONE PRESSO L'ASL TO5 DI CHIERI

G. Messori Ioli¹, M. Bo², L. Bernini³, M. Corona⁴, M. Uberti⁵

¹ Responsabile SS Controllo di Gestione, ASL TO5; ² Medico in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Torino; ³ Direttore Sanitario d'Azienda, ASL TO5; ⁴ Direttore Amministrativo d'Azienda, ASL TO5; ⁵ Direttore Generale, ASL TO5 di Chieri

Parole chiave: check-list, qualità, compilazione

Introduzione. La check-list per la sicurezza in chirurgia è stata introdotta presso l'ASL TO5 di Chieri sin dal 2008 ed integrata all'interno della scheda anestesiológica in uso presso i blocchi operatori (BB.OO.) aziendali. Gli items previsti dalle tre fasi della check-list (sign in, time out e sign out) sono stati inclusi in punti separati della scheda anestesiológica, in corrispondenza dei tempi previsti per l'esecuzione dei controlli corrispondenti. Nel 2014 la Regione Piemonte ha diffuso gli obiettivi aziendali per la gestione del rischio clinico. Fra essi figurava la verifica della corretta compilazione della check-list. In vista della valutazione regionale, il gruppo aziendale per la gestione del rischio clinico dell'ASL TO5 di Chieri ha effettuato una rilevazione a campione per valutare la correttezza della compilazione della check-list nelle cartelle cliniche relative ai ricoveri di area chirurgica.

Contenuti. Il Controllo di Gestione ha estratto l'elenco dei ricoveri con DRG chirurgico chiusi nel primo semestre 2014 nei due principali Presidi Ospedalieri aziendali. Tramite un generatore di numeri casuali, è stato estratto un campione di cartelle cliniche, stratificato per la proporzione di ricoveri effettuati presso ogni unità chirurgica. Per ciascuna cartella clinica è stata valutata la modalità di compilazione della check-list, calcolando le proporzioni di schede complete/incomplete, stratificate per tipologia di errore (items non spuntati). Sono state analizzate 103 check-list (Tab. 1). Il 38,8% delle check-list era compilato in modo completo, con proporzioni maggiori negli interventi di ORL (66,7%). Fra le schede compilate in modo non completo, il 34,9% presentava items non spuntati nella fase di sign out, il 19% nelle fasi sign in e time out, il 28,6% in tutte e tre le fasi (Tab. 2). In ogni caso, nelle cartelle cliniche in cui la check-list non era stata compilata in modo completo era rilevabile la corretta esecuzione dei controlli di sicurezza (sterilità, conteggio del materiale chirurgico, etc.).

Conclusioni. La discrepanza fra i controlli di sicurezza eseguiti ed i dati riportati nelle check-list evidenzia una bassa percezione dell'utilità dello strumento e la necessità di adottare azioni correttive mirate. Sono stati programmati audit clinici con le strutture interessate per comprendere le cause del fenomeno e programmare interventi correttivi. È stata anche pianificata una nuova verifica a campione, da effettuarsi dopo il ciclo di audit.

Tabella 1. Compilazione della check-list - completezza nella compilazione delle schede

Check-list analizzate	Chirurgia generale	Ostetricia e Ginecologia	Ortopedia	Altro	TOTALE
complete	10 (32,3%)	8 (40%)	17 (37,8%)	5 (71,4%)	40 (38,8%)
Non complete	21 (67,7%)	12 (60%)	28 (62,2%)	2 (28,6%)	63 (61,2%)
TOTALE	31 (100%)	20 (100%)	45 (100%)	7 (100%)	103 (100%)

Tabella 2. Compilazione della check-list - completezza nella compilazione dei singoli items

FASI	Chirurgia generale	Ostetricia e Ginecologia	Ortopedia	Altro	TOTALE
Sign out	5 (23,8%)	3 (25%)	14 (50%)	--	22 (34,9%)
Sign out - Time out	6 (28,6%)	2 (16,7%)	3 (10,7%)	1 (50%)	12 (19%)
Sign in - Time out - Sign out	8 (38,1%)	4 (33,3%)	5 (17,9%)	1 (50%)	18 (28,6%)
Altre	2 (9,5%)	3 (25%)	6 (21,4%)	--	11 (17,5%)
TOTALE	21 (100%)	12 (100%)	28 (100%)	2 (100%)	63 (100%)



LA CHECK-LIST PER LA SICUREZZA IN CHIRURGIA: qualità della compilazione presso l'ASL TO5 di Chieri

Giovanni MESSORI IOLI¹, Marco BO², Luciano BERNINI³, Massimo CORONA⁴, Massimo UBERTI⁵

¹Responsabile SS Controllo di Gestione, ASL TO5. ²Medico in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Torino, ³Direttore Sanitario d'Azienda, ASL TO5, ⁴Direttore Amministrativo d'Azienda, ASL TO5, ⁵Direttore Generale, ASL TO5 di Chieri



INTRODUZIONE

La check-list per la sicurezza in chirurgia è stata introdotta presso l'ASL TO5 di Chieri sin dal 2008 ed integrata all'interno della scheda anestesiológica in uso presso i blocchi operatori (BB.OO.) aziendali. Gli items previsti dalle tre fasi della check-list (sign in, time out e sign out) sono stati inclusi in punti separati della scheda anestesiológica, in corrispondenza dei tempi previsti per l'esecuzione dei controlli corrispondenti. Nel 2014 la Regione Piemonte ha diffuso gli obiettivi aziendali per la gestione del rischio clinico. Fra essi figurava la verifica della corretta compilazione della check-list. In vista della valutazione regionale, il gruppo aziendale per la gestione del rischio clinico dell'ASL TO5 di Chieri ha effettuato una rilevazione a campione per valutare la correttezza della compilazione della check-list nelle cartelle cliniche relative ai ricoveri di area chirurgica.



Fig. 1: Scheda anestesiológica in uso presso i BB.OO. dell'ASL TO5

CONTENUTI

Il Controllo di Gestione ha estratto l'elenco dei ricoveri con DRG chirurgico chiusi nel primo semestre 2014 nei due principali Presidi Ospedalieri aziendali. Tramite un generatore di numeri casuali, è stato estratto un campione di cartelle cliniche, stratificato per la proporzione di ricoveri effettuati presso ogni unità chirurgica. Per ciascuna cartella clinica è stata valutata la modalità di compilazione della check-list, calcolando le proporzioni di schede complete/incomplete, stratificate per tipologia di errore (items non spuntati).

Sono state analizzate 103 check-list (Tab. 1). Il 38,8% delle check-list era compilato in modo completo, con proporzioni maggiori negli interventi di ORL (66,7%).

Fra le schede compilate in modo non completo, il 34,9% presentava items non spuntati nella fase di sign out, il 19% nelle fasi sign in e time out, il 28,6% in tutte e tre le fasi (Tab. 2).

In ogni caso, nelle cartelle cliniche in cui la check-list non era stata compilata in modo completo era rilevabile la corretta esecuzione dei controlli di sicurezza (sterilità, conteggio del materiale chirurgico, etc.).

CHECK-LIST ANALIZZATE	CHIRURGIA GENERALE	OSTERICA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	ALTRO	TOTALE
Complete	10 (32,3%)	8 (40%)	17 (37,8%)	5 (71,4%)	40 (38,8%)
Non complete	21 (67,7%)	12 (60%)	28 (62,2%)	2 (28,6%)	63 (61,2%)
TOTALE	31 (100%)	20 (100%)	45 (100%)	7 (100%)	103 (100%)

Tabella 1: Compilazione della check-list - completezza nella compilazione delle schede

FASI	CHIRURGIA GENERALE	OSTERICA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	ALTRO	TOTALE
Sign out	5 (23,8%)	3 (25%)	14 (50%)	--	22 (34,9%)
Sign out - Time out	6 (28,6%)	2 (16,7%)	3 (10,7%)	1 (50%)	12 (19%)
Sign in - Time out - Sign out	8 (38,1%)	4 (33,3%)	5 (17,9%)	1 (50%)	18 (28,6%)
Altre	2 (9,5%)	3 (25%)	6 (21,4%)	--	11 (17,5%)
TOTALE	21 (100%)	12 (100%)	28 (100%)	2 (100%)	63 (100%)

Tabella 2: Compilazione della check-list - completezza nella compilazione dei singoli items

CONCLUSIONI

La discrepanza fra i controlli di sicurezza eseguiti ed i dati riportati nelle check-list evidenzia una bassa percezione dell'utilità dello strumento e la necessità di adottare azioni correttive mirate. Sono stati programmati audit clinici con le strutture interessate per comprendere le cause del fenomeno e programmare interventi correttivi. È stata anche pianificata una nuova verifica a campione, da effettuarsi dopo il ciclo di audit.

IMPLEMENTAZIONE DELLA SAFETY LIST PERIOPERATORIA NEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL DI FOGGIA

F. Mezzadri¹, G. Pepe², M. Vizzani³, D. Nardella⁴, L. Pacilli⁵

¹ Direttore Medico P.O. San Severo-Lucera; ² Direttore Sanitario ASL Foggia; ³ Dir. Med. UO Rischio Clinico;

⁴ Infermiere Coord. Dir. Med. P.O. Manfredonia; ⁵ Infermiere Dir. Med. P.O. Lucera

Parole chiave: sicurezza, chirurgia, safetylist

Introduzione. La sicurezza del processo chirurgico è considerata una priorità. Nel mondo, annualmente, si effettuano circa 234 milioni di interventi chirurgici (stima OMS) e secondo diversi studi l'incidenza di eventi avversi si attesta tra il 3% e il 16%, con tasso di mortalità compreso tra 0,4% e 0,8% (1 mil. di morti circa) e 7 milioni di complicanze. Circa il 50% degli eventi avversi è considerato prevenibile. L'adozione di una check list operatoria costituisce una pratica cost effective per la riduzione del rischio clinico in tale ambito.

Materiali e metodi. Il gruppo di lavoro ha elaborato una check list di "percorso" (Safety List Perioperatoria), che, oltre che a rispondere alle indicazioni del programma OMS per la Chirurgia sicura e della Raccomandazione Ministeriale per la Sicurezza in Sala Operatoria, consentisse la verifica anche alle fasi pre- e post-operatoria svolte in Reparto. Le istruzioni operative ed il modulo sono stati adottati nel maggio 2013 con Delibera del Direttore Generale n. 977/2013. Formazione:

- 11 incontri con il Personale delle UO Chirurgiche e delle Anestesi e Rianimazione (2 con Direzioni Mediche, 4 PO Manfredonia, 2 PO Lucera, 2 PO San Severo, 1 PO Cerignola), per 41 ore di formazione per 203 tra Medici ed Infermieri.
- Fase sperimentale: 2 mesi per UO
- Fase a regime: dopo monitoraggio/verifiche e autorizzazione del Direttore Sanitario Aziendale
- Presidi Ospedalieri: 4
- Unità Operative: 15

Valutazione:

- 1) Analisi quantitativa della corretta compilazione di tutti i campi e sezioni del modulo (n=1421 moduli pari al 65% dei 2237 complessivi compilati)
- 2) Analisi delle informazioni derivanti dallo specifico questionario di feedback somministrato al Personale coinvolto.

Indicatori:

- presenza del modulo di Safety List Perioperatoria in cartella clinica (variabile qualitativa SI/NO; valorizzato con un "SI" nel caso di presenza in cartella).
- Valore atteso > 0,9
- Percentuale di items correttamente verificati dagli Operatori sanitari riferita a tutti i campi della scheda (esprime il livello di adesione degli Operatori alla nuova modalità).

Formula: Numero di items verificati e firmati/n. di items complessivi previsti dal modulo

Valori di riferimento:

- Indicatore tra 90 e 100% = adesione totale
- Indicatore tra 50 e 89% = buona adesione
- Indicatore tra 10 e 49% = scarsa adesione
- Indicatore tra 0 e 9% = mancata adesione
- Valore atteso > 89%.

Risultati. Gli items sono stati verificati mediamente nel 91,8% dei casi (adesione totale) nei PO a regime (Manfredonia, San Severo e Lucera, nel PO di Cerignola è ancora in corso la fase sperimentale). Dalle risposte al questionario di feedback (n=125 questionari compilati) risulta l'utilità Safety List come strumento per la riduzione del rischio clinico (95% di risposte positive). L'adozione della Safety List Perioperatoria si è dimostrato uno strumento utile per la riduzione del rischio clinico in ambito chirurgico e per il miglioramento del percorso chirurgico (riduzione dei ritorni in degenza di pazienti non correttamente preparati e/o non accompagnati da tutti gli esami propedeutici all'intervento) ed ha consentito di migliorare la comunicazione tra gli operatori sanitari coinvolti e tra questi ed i pazienti.



AZIENDA SANITARIA LOCALE - ASL FOGGIA

Mezzadri F.¹, Pepe G.², Vizzani M.³, Nardella D.⁴, Pacilli L.⁵

¹Direttore Medico P.P.O.O. ASL FG, ²Dirigente Medico UO Rischio Clinico,

³Infermiere Coord. Direzione Medica P.O. Manfredonia, ⁴Infermiere Direzione Medica P.O. Lucera, ⁵Direttore Sanitario ASL Foggia

IMPLEMENTAZIONE DELLA SAFETY LIST PERIOPERATORIA NEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL DI FOGGIA

INTRODUZIONE

La sicurezza del processo chirurgico è considerata una delle priorità della sanità pubblica. Nel mondo, annualmente, si effettuano circa 234 milioni di interventi chirurgici (stima OMS) e secondo diverse esperienze e studi internazionali l'incidenza di eventi avversi associati all'assistenza chirurgica (ricoveri ordinari) si attesta tra il 3% e il 16%, con tasso di mortalità compreso tra lo 0,4% e lo 0,8% (1 mil. di morti circa) e 7 milioni di complicanze che causano disabilità. In tali studi circa il 50% degli eventi avversi è considerato prevenibile, con conseguenti ricadute positive sulla qualità dell'assistenza (riduzione di complicanze e di morti conseguenti ad interventi chirurgici) e sulla riduzione dei costi. L'adozione di una check list operatoria secondo i dati della letteratura internazionale e nazionale costituisce una pratica cost effective per la riduzione del rischio clinico in ambito chirurgico.

MATERIALI E METODI

Il gruppo di lavoro ha elaborato una check list di "percorso" (Safety List Perioperatoria), che, oltre che a rispondere alle indicazioni del programma OMS per la Chirurgia sicura e della Raccomandazione Ministeriale per la Sicurezza in Sala Operatoria, consentisse la verifica anche alle fasi pre- e post-operatoria abitualmente svolte in Reparto. Le istruzioni operative ed il modulo sono stati adottati nel maggio 2013 con Delibera del Direttore Generale n. 977/2013.

Formazione:

- 11 incontri con il Personale delle UO Chirurgiche e delle Anestesi e Rianimazione (2 con Direzioni Mediche, 4 PO Manfredonia, 2 PO Lucera, 2 PO San Severo, 1 PO Cerignola), per 41 ore di formazione per 203 tra Medici ed Infermieri.

Fase sperimentale:

2 mesi per UO
Fase a regime: dopo monitoraggio e verifiche e autorizzazione formale del Direttore Sanitario Aziendale
Presidi Ospedalieri: 4
Unità Operative: 15

Valutazione:

- 1) Analisi quantitativa della corretta compilazione di tutti i campi e sezioni del modulo (n=1421 moduli pari al 65% dei 2237 complessivi compilati)
- 2) Analisi delle informazioni derivanti dallo specifico questionario di feedback somministrato al Personale Medico ed Infermieristico coinvolto.

Indicatori:

Presenza del modulo di Safety List Perioperatoria in cartella clinica (variabile qualitativa SI/NO; valorizzato con un "SI" nel caso di presenza in cartella).

Valore atteso > 89%

Percentuale di items correttamente verificati dagli Operatori sanitari riferita a tutti i campi della scheda (esprime il livello di adesione degli Operatori alla nuova modalità).

Formula: Numero di items verificati e firmati/n. di items complessivi previsti dal modulo

Valori di riferimento:

Indicatore tra 90 e 100% = adesione totale
Indicatore tra 50 e 89% = buona adesione
Indicatore tra 10 e 49% = scarsa adesione
Indicatore tra 0 e 9% = mancata adesione

Valore atteso > 89%.

MODULO STANDARD DI SAFETY LIST

RISULTATI

I vari items sono stati verificati mediamente nel 91,8% dei casi (**adesione totale**) nei PO a regime (Manfredonia, San Severo e Lucera, nel PO di Cerignola è ancora in corso la fase sperimentale).

Dalle risposte al questionario di feedback (n=125 questionari compilati) risulta l'utilità Safety List come strumento per la riduzione del rischio clinico (95% di risposte positive).

CONCLUSIONI

L'adozione della Safety List Perioperatoria si è dimostrato uno strumento utile per la riduzione del rischio clinico in ambito chirurgico e per il miglioramento del percorso chirurgico (riduzione dei ritorni in degenza di pazienti non correttamente preparati e/o non accompagnati da tutti gli esami propedeutici all'intervento) ed ha consentito di migliorare la comunicazione tra gli operatori sanitari coinvolti e tra questi ed i pazienti.

41° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O. - GOVERNARE E DECIDERE IN SANITÀ: AUTORI, REGISTI, ATTORI
PARMA 30 SETTEMBRE - 01 - 02 OTTOBRE 2015

L'INTERVENTO DI RIDUZIONE DELLE FRATTURE FEMORE ENTRO 48 ORE HA RIDOTTO LA MORTALITÀ NEI PAZIENTI OVER 65 ANNI: ANALISI DI 1345 PAZIENTI IN UN TRIENNIO

A. Midolo¹, G. Patriarca², C. Barbarossa¹, A. D'Arrigo¹, M. Cilia¹, G. Cappello², R. Saddemi³, T. Civello⁴, R. Gafà⁵, R. Ferranti⁶, M. Aricò⁵, G. Drago⁶

¹ Direzione Medica –Servizio Infermieristico- PP.OO. Vittoria-Comiso; ² Direttore Medico PP.OO. Vittoria-Comiso; ³ Responsabile SIL Aziendale ASP Ragusa; ⁴ Responsabile Controllo Gestione ASP Ragusa; ⁵ Direzione Sanitaria Aziendale –Staff ASP Ragusa; ⁶ Dipartimento di Prevenzione - Responsabile Biostatistica Sanitaria ASP Ragusa; ⁷ Dipartimento di Prevenzione – Igiene e Medicina Preventiva ASP Ragusa; ⁸ Direttore Generale – ASP 7 Ragusa; ⁹ Direttore Sanitario Aziendale

Parole chiave: hip fractures, mortality, outcome

Background. Le fratture del femore prossimale sono in continuo aumento nei Paesi occidentali. Le dimensioni del fenomeno sono imponenti: ogni anno in Europa si registrano circa 500.000 nuovi casi con un onere economico stimato in oltre 4 miliardi di € per le sole spese relative all'ospedalizzazione; è stato valutato, inoltre, che i costi sociali nell'anno successivo all'intervento vengono raddoppiati a causa delle spese per la fisioterapia, le terapie mediche, le visite ortopediche e l'invalidità sociale. Per i prossimi decenni è previsto un cospicuo aumento dell'incidenza delle fratture dell'epifisi prossimale del femore; si valuta che in Europa nel 2030 vi saranno circa 750.000 nuovi casi per anno, e che tale numero raggiungerà il 1.000.000 nel 2050. Il fenomeno è di indubbio interesse, non solo sotto l'aspetto economico ed organizzativo, ma anche sotto il profilo sanitario, in quanto la frattura del femore si accompagna ad un peggioramento della qualità della vita e ad un incremento della mortalità. Indagini per stabilire quali siano i principali fattori che si associano a tale eccesso di mortalità, hanno portato a conclusioni spesso discordanti. Ciononostante, un consenso generale tra gli studiosi riconosce che il ritardo > 48 ore dell'intervento chirurgico è dannoso per la sopravvivenza.

Obiettivo generale. Valutare le differenze di mortalità tra una coorte di pazienti anziani operati per riduzione di frattura di femore entro 48 ore rispetto ai pazienti operati oltre le 48 ore dall'ingresso in ospedale.

Materiali e Metodi. Lo studio si basa sull'analisi dei flussi informativi ricavati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera dei Presidi ASP, relativi agli anni 2012, 2013 e 2014. Il dato relativo al decesso è stato ricavato dai flussi RenCaM. Sono stati identificati i seguenti codici ICD-9CM per diagnosi principale: 820.0 e 820.1 per le fratture cervicali, 820.2 e 820.3 per le fratture intertrocanteriche, 820.8, 820.9 e 821.1 per le fratture femorali in altri siti. Sono stati frazionati i pazienti sottoposti ad intervento entro 48 ore e oltre le 48 ore. Da questi due macro gruppi si è proceduto successivamente alla stratificazione del campione per anno, sesso ed età (cutoff >65aa). L'outcome monitorato è la mortalità grezza a 30 gg, 60 gg, 90 gg dalla dimissione, comparata nei due macro gruppi di riferimento.

Risultati. Sono stati inclusi nello studio n. 1345 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, 326 maschi (24%) e 1019 femmine (76%); n. 971 pazienti (72%) sono stati sottoposti ad intervento entro 48 ore e 374 (28%) oltre 48 ore dall'ingresso in ospedale. Il tasso di mortalità grezza a 90 gg si è attestato al 15,1% (Range 12,6% -19,9%). Tra i pazienti operati entro 48 ore il tasso di mortalità si è attestato al 14% vs il 19% dei pazienti operati oltre le 48 ore. Questa differenza è statisticamente significativa (p value 0,02 I.C. 95% - OR 0,69). La mortalità per anno nei pazienti operati entro 48 ore documenta un tasso del 8% nel 2012, 17% nel 2013 e 15% nel 2014. Il tasso di mortalità per anno nei pazienti operati oltre le 48 ore, si attesta al 14% nel 2012, 27% nel 2013 e 16% nel 2014. Il trend di mortalità tra gli operati < 48 ore si attesta a 30 giorni al 5%; 60 giorni 2%; 90 giorni 6%. Negli operati > 48 ore a 30 e 60 giorni il tasso di mortalità si attesta al 5% e 9% a 90 giorni. La mortalità tra i maschi operati è del 23% (22,7%<48h e 23,71%>48h) contro il 13% delle femmine (10,91%<48h e 16,96%>48h). L'età media dei pazienti è stata nel 2012 di 87,16 aa, nel 2013 di 86,15 aa e nel 2014 di 87,63 aa.

Conclusioni. L'intervento chirurgico entro 48 ore è associato ad una riduzione significativa della mortalità. Questo supporta la scelta ministeriale di includere l'indicatore nel Piano Nazionale Esiti. Una analisi successiva condotta prospetticamente permetterà di monitorare la causa della rimanente mortalità, specie nei maschi.



L'intervento di riduzione delle fratture femore entro 48 ore ha ridotto la mortalità nei pazienti over 65 anni: analisi di 1345 pazienti in un triennio



Autori: A. Midolo*, G.Patriarca**, C. Barbarossa*, D'Arrigo A.*, Cilia M.*, G. Cappello**, R. Saddemi*, T. Civello**, R. Gafà*, R. Ferranti**, M. Aricò**, G.Drago***

*Direzione Medica –Servizio Infermieristico- PP.OO. Vittoria-Comiso; ** Direttore Medico PP.OO. Vittoria-Comiso; ***Responsabile SIL Aziendale ASP Ragusa; ****Responsabile Controllo Gestione ASP Ragusa; ***** Direzione Sanitaria Aziendale –Staff ASP Ragusa; ^Dipartimento di Prevenzione - Responsabile Biostatistica Sanitaria ASP Ragusa; ^^Dipartimento di Prevenzione – Igiene e Medicina Preventiva ASP Ragusa; ***Direttore Generale – ASP 7 Ragusa; ****Direttore Sanitario Aziendale

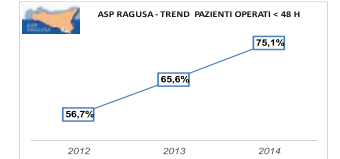
Key word: hip fractures, mortality, outcome

Background: Le fratture del femore prossimale sono in continuo aumento nei Paesi occidentali. Le dimensioni del fenomeno sono imponenti: ogni anno in Europa si registrano circa 500.000 nuovi casi con un onere economico stimato in oltre 4 miliardi di € per le sole spese relative all'ospedalizzazione; è stato valutato, inoltre, che i costi sociali nell'anno successivo all'intervento vengono raddoppiati a causa delle spese per la fisioterapia, le terapie mediche, le visite ortopediche e l'invalidità sociale. Per i prossimi decenni è previsto un cospicuo aumento dell'incidenza delle fratture dell'epifisi prossimale del femore; si valuta che in Europa nel 2030 vi saranno circa 750.000 nuovi casi per anno, e che tale numero raggiungerà il 1.000.000 nel 2050. Il fenomeno è di indubbio interesse, non solo sotto l'aspetto economico ed organizzativo, ma anche sotto il profilo sanitario, in quanto la frattura del femore si accompagna ad un peggioramento della qualità della vita e ad un incremento della mortalità. Indagini per stabilire quali siano i principali fattori che si associano a tale eccesso di mortalità, hanno portato a conclusioni spesso discordanti. Ciononostante, un consenso generale tra gli studiosi riconosce che il ritardo > 48 ore dell'intervento chirurgico è dannoso per la sopravvivenza.

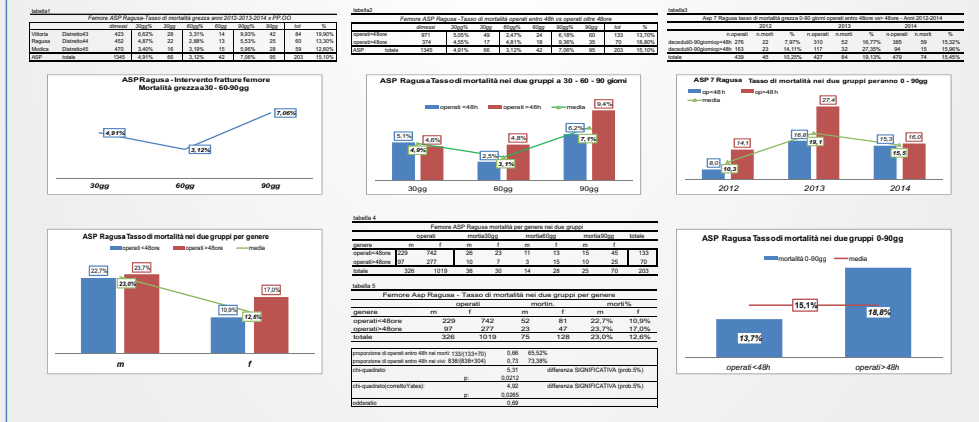


Obiettivo generale: valutare le differenze di mortalità tra una coorte di pazienti anziani operati per riduzione di frattura di femore entro 48 ore rispetto ai pazienti operati oltre le 48 ore dall'ingresso in ospedale.

Materiali e Metodi: Lo studio si basa sull'analisi dei flussi informativi ricavati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera dei Presidi ASP, relativi agli anni 2012, 2013 e 2014. Il dato relativo al decesso è stato ricavato dai flussi RenCaM. Sono stati identificati i seguenti codici ICD-9CM per diagnosi principale: 820.0 e 820.1 per le fratture cervicali, 820.2 e 820.3 per le fratture intertrocanteriche, 820.8, 820.9 e 821.1 per le fratture femorali in altri siti. Sono stati frazionati i pazienti sottoposti ad intervento entro 48 ore e oltre le 48 ore. Da questi due macro gruppi si è proceduto successivamente alla stratificazione del campione per anno, sesso ed età (cutoff >65aa). L'outcome monitorato è la mortalità grezza a 30 gg, 60 gg, 90 gg dalla dimissione, comparata nei due macro gruppi di riferimento.



Risultati: Sono stati inclusi nello studio n. 1345 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, 326 maschi (24%) e 1019 femmine (76%); n. 971 pazienti (72%) sono stati sottoposti ad intervento entro 48 ore e 374 (28%) oltre 48 ore dall'ingresso in ospedale. Il tasso di mortalità grezza a 90 gg si è attestato al 15,1% (Range 12,6% -19,9%). Tra i pazienti operati entro 48 ore il tasso di mortalità si è attestato al 14% vs il 19% dei pazienti operati oltre le 48 ore. Questa differenza è statisticamente significativa (p value 0,02 I.C. 95% - OR 0,69). La mortalità per anno nei pazienti operati entro 48 ore documenta un tasso del 8% nel 2012, 17% nel 2013 e 15% nel 2014. Il tasso di mortalità per anno nei pazienti operati oltre le 48 ore, si attesta al 14% nel 2012, 27% nel 2013 e 16% nel 2014. Il trend di mortalità tra gli operati < 48 ore si attesta a 30 giorni al 5%; 60 giorni 2%; 90 giorni 6%. Negli operati



Conclusioni: l'intervento chirurgico entro 48 ore è associato ad una riduzione significativa della mortalità. Questo supporta la scelta ministeriale di includere l'indicatore nel Piano Nazionale Esiti. Una analisi successiva condotta prospetticamente permetterà di monitorare la causa della rimanente mortalità, specie nei maschi.

Bibliografia
 1. Brotherton CPJ, Parker MJ. Early surgery for patients with a fracture of the hip decreases 30-day mortality. *BMJ*. 2013; Jan 9; 346(7811):104-4. doi: 10.1136/bmj.f7811. [PubMed] 2013; Jan 9; 346(7811):104-4. doi: 10.1136/bmj.f7811. [PubMed]
 2. O'Connor KE, Moore TG, Johnson EJ, Corbett AJ, Roberts PJJ. Cause of death and factors associated with early in-hospital mortality after hip fracture. *Bone*. 2014; Jun; 55:1023-1028. doi: 10.1016/j.bone.2014.03.015. [PubMed]
 3. Lattin A, Pavesio L, Basso C, Vignati S, Salvo G, Comandini L, Liguori A, Pavesio L. Timing matters in hip fracture surgery: patients operated within 48 hours have better outcomes. *Annals of Surgical Innovation and Regenerative Medicine*. 2014; 1(1):1-5. doi: 10.1155/2014/110101. [PubMed]
 4. Li Y, Liu Y, Xue S, Chen SP, Kuo AL. Does timing of surgery matter in hip fracture? *Chiropractic*. 2010; Dec; 21(Suppl 4):S26-34. doi: 10.1080/140918810.01613912. [PubMed]
 5. Bonaldi B, Fozzari G, Chak H, et al. The effect of time-to-surgery on outcome in elderly patients with proximal femoral fractures. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2009; 9:171. [PubMed] [PubMed Central]
 6. Zarkarova O, Kuznetsov V, Kozlov R, et al. Postoperative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip. *J Orthop Trauma*. 2005; 19(10):663-667. [PubMed]
 7. Hansen WJ, Lubinski JL, Franchini EE, et al. Influence of health status and the timing of surgery on mortality in hip fracture patients. *Am J Orthop*. 1997; 26:621-7. [PubMed]
 8. Harter GJ. Timing of fracture fixation: a review. *Orthop Rev*. 1990; 19:861-7. [PubMed]
 9. Slope J, Walker A, Oke J. Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Can J Orthop*. 2008; 55:146-54. [PubMed]
 10. Hatcher WB, Cummings SR, Browner WS, et al. Disrupting clinical research. *3rd ed.* Philadelphia (PA): Lippincott Williams and Wilkins; 2007.

SORVEGLIANZA DEGLI MDRO ALL'IRCCS OSPEDALE SAN RAFFAELE. GENOTIPIZZAZIONE E CORRELAZIONE EPIDEMIOLOGICA

M. Moro¹, A. Biancardi¹, P. Nizzero¹, R. Mazzuconi¹, R. Baldan², P. Cichero³, P. Scarpellini⁴, P. Tadini⁵, F. Ciceri⁶, D. Cirillo²

¹ Direzione Sanitaria; ² Unità Patogeni Batterici Emergenti (EBPU); ³ Microbiologia; ⁴ Malattie Infettive; ⁵ Farmacia; ⁶ Ematologia
IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Parole chiave: MDRO (multi-drug resistant organisms = microrganismi multi-farmaco-resistenti), Sorveglianza, Genotipizzazione

Introduzione. Nel quadro del progetto INFOSP regionale, l'IRCCS Ospedale San Raffaele sorveglia dal 2005 gli MDRO isolati nei campioni microbiologici richiesti dai curanti (sorveglianza passiva), solo recentemente e in basso numero su tamponi di sorveglianza. Viene effettuata la tipizzazione batterica mediante PFGE su MRSA, P. aeruginosa MDR e Resistente ai Carbapenemi (CR), A. baumannii MDR, S. marcescens, VRE, K. pneumoniae e E. coli CR (dal 2013 anche le altre enterobatteriacee CR) e a richiesta su cluster; su C. difficile mediante PCR-ribotyping. Sui ceppi correlati geneticamente si effettua l'analisi epidemiologica verificando l'eventuale condivisione della degenza tra pazienti, che, se confermata, definisce la "probabile trasmissione nosocomiale", notificata al reparto dove è avvenuta la trasmissione (non necessariamente il reparto che ha eseguito il campione).

Contenuti. Andamento nel triennio 2012-2014 degli MDRO tipizzati e del numero di pazienti coinvolti. L'andamento nel triennio ha visto rispettivamente la correlazione genetica dei ceppi isolati e la confermata correlazione epidemiologica dei seguenti pazienti:

- 2012: 149 su 391 pazienti (38%) e 84 su 149 pazienti (56%)
- 2013: 192 su 465 pazienti (41%) e 79 su 192 pazienti (41%)
- 2014: 149 su 486 pazienti (31%) e 57 su 149 pazienti (38%)

Il riscontro del link epidemiologico conferma la trasmissione in ambito nosocomiale, l'assenza del link non la esclude.

Conclusioni. L'andamento nell'ultimo triennio evidenzia una riduzione globale nel numero di trasmissioni nosocomiali accertate (casi secondari).

Riteniamo sottostimate le trasmissioni nosocomiali rilevate perché la tipizzazione riguarda solo alcuni MDRO, il link epidemiologico è limitato alla condivisione della degenza (e non ad altre possibili esposizioni quali procedure diagnostiche), e la sorveglianza attiva è limitata a pochi reparti ad alto rischio. Inoltre le tecniche di tipizzazione attualmente utilizzate possono avere potere discriminatorio insufficiente quando applicate a MDRO con un grado di clonalità elevato o in un contesto endemico (MRSA, K. pneumoniae CR, C. difficile), limite in prospettiva superabile con l'introduzione del WGS (whole genome sequencing). La sorveglianza epidemiologica associata alla genotipizzazione dei ceppi identificati in laboratorio consente una valutazione a posteriori dell'efficacia dell'applicazione delle misure di controllo infettivo e una sensibilizzazione diretta degli operatori sanitari con presa di coscienza delle criticità presenti nello specifico contesto e conseguenti azioni mirate di miglioramento; inoltre consente di guidare le scelte più generali di politica antibiotica ospedaliera e di formazione in tema di Infection Control in ospedale.



Sorveglianza degli MDRO all'IRCCS Ospedale San Raffaele. Genotipizzazione e correlazione epidemiologica.

Moro M., Biancardi A., Nizzero P., Mazzuconi R., Baldan R., Cichero P., Scarpellini P., Tadini P., Ciceri F., Cirillo D.
* Direzione Sanitaria, ¹ Unità Patogeni Batterici Emergenti (EBPU), ² Microbiologia, ³ Malattie Infettive, ⁴ Farmacia, ⁵ Ematologia

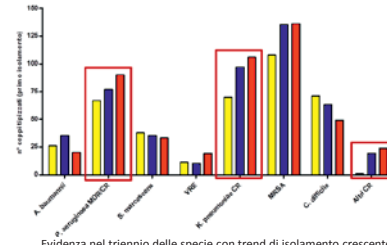


Nel quadro del progetto INFOSP regionale, l'IRCCS Ospedale San Raffaele (OSR) sorveglia dal 2005 gli MDRO isolati dalla Microbiologia nei campioni clinici richiesti routinariamente dai curanti (sorveglianza passiva), solo recentemente e in basso numero su tamponi di sorveglianza (attiva).

MDRO = multi-drug resistant organisms = microrganismi multi-farmaco-resistenti

La tipizzazione batterica è effettuata dalla EBPU sui seguenti MDRO concordati:
✓ mediante PFGE per MRSA, P. aeruginosa MDR e CR*, A. baumannii MDR, S. marcescens, VRE, K. pneumoniae, E. coli CR*, dal 2013 anche le altre enterobatteriacee CR* * CR = Resistente ai Carbapenemi
✓ mediante PCR-ribotyping per C. difficile
Inoltre a richiesta su altri microrganismi in caso di cluster.

GENOTIPIZZAZIONE degli MDRO in OSR



Evidenza nel triennio delle specie con trend di isolamento crescente

Triennio 2012-2014

Andamento MDRO tipizzati 2012-2014	n. ceppi tipizzati			n. pazienti		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Acinetobacter MDR/CR	27	39	24	25	35	30
Clostridium difficile	73	67	52	71	63	49
Escherichia coli CR	0	6	8	0	6	6
Citrobacter freundii CR	0	0	6	0	0	5
Enterobacter aerogenes CR	0	3	1	0	3	1
Enterobacter cloacae CR	0	10	10	0	10	10
Klebsiella pneumoniae CR	81	124	130	79	95	106
Klebsiella crytica	0	0	2	0	0	2
MRSA	121	147	148	108	134	136
Pseudomonas aeruginosa MDR/CR	80	116	120	67	75	90
Serratia marcescens	38	37	37	38	34	33
Stenotrophomonas maltophilia	0	0	10	0	0	9
Enterococcus faecium	11	10	10	10	10	10
Enterococcus faecalis	0	0	0	0	0	0
Totale	431	558	567	391	465	486

MDRO tipizzati e numero di pazienti coinvolti.

MDRO	% indagini svolte sui ceppi tipizzati (pr) 2012-2014		2012		2013		2014	
	Indagine	Link rilevato	Indagine	Link rilevato	Indagine	Link rilevato	Indagine	Link rilevato
Acinetobacter MDR/CR	19%	20%	49%	71%	10%	0%	0%	0%
Clostridium difficile	51%	72%	81%	43%	69%	30%	0%	0%
Citrobacter freundii CR	0%	0%	0%	0%	42%	50%	0%	0%
Escherichia coli CR	0%	0%	17%	100%	37%	100%	0%	0%
Enterobacter aerogenes CR	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Enterobacter cloacae CR	0%	0%	50%	47%	30%	50%	0%	0%
Klebsiella crytica	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Klebsiella pneumoniae CR	74%	63%	54%	43%	42%	52%	0%	0%
MRSA	31%	48%	49%	20%	41%	18%	0%	0%
Pseudomonas aeruginosa MDR/CR	18%	17%	14%	73%	3%	18%	0%	0%
Serratia marcescens	11%	73%	0%	0%	3%	0%	0%	0%
Stenotrophomonas maltophilia	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Enterococcus faecium	0%	0%	10%	0%	21%	15%	0%	0%
Totale	38%	56%	41%	41%	31%	38%	0%	0%

MDRO tipizzati	n. casi secondari su MDRO/Attuale			Anno		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Acinetobacter MDR/CR	1	4%	12	34%	0	0%
Clostridium difficile	25	37%	19	30%	17	35%
Citrobacter freundii CR	0	0%	0	0%	1	20%
Escherichia coli CR	0	0%	1	17%	1	17%
Enterobacter aerogenes CR	0	0%	0	0%	0	0%
Enterobacter cloacae CR	0	0%	2	20%	1	10%
Klebsiella crytica	0	0%	0	0%	0	0%
Klebsiella pneumoniae CR	33	47%	23	24%	23	22%
MRSA	13	13%	14	10%	10	7%
Pseudomonas aeruginosa MDR/CR	2	3%	9	12%	1	1%
Serratia marcescens	1	8%	0	0%	0	0%
Stenotrophomonas maltophilia	0	0%	0	0%	0	0%
Enterococcus faecium	0	0%	0	0%	3	18%
Totale	68	23%	80	37%	57	32%

Se il riscontro del link epidemiologico conferma la probabile trasmissione in ambito nosocomiale, il suo mancato riscontro non la esclude completamente

L'andamento nel triennio evidenzia una riduzione globale nel numero delle trasmissioni nosocomiali riscontrate.

MDRO tipizzati	Anno 2014		% casi secondari/totali tipizzati
	Ceppi (P) tipizzati	Casi indice e secondari	
Acinetobacter MDR/CR	20	8	40%
Clostridium difficile	49	22	45%
Citrobacter freundii CR	5	2	40%
Escherichia coli CR	6	2	33%
Enterobacter aerogenes CR	1	0	0%
Enterobacter cloacae CR	10	2	20%
Klebsiella crytica	2	0	0%
Klebsiella pneumoniae CR	106	37	35%
MRSA	136	18	13%
Pseudomonas aeruginosa MDR/CR	90	2	2%
Serratia marcescens	33	0	0%
Stenotrophomonas maltophilia	9	0	0%
Enterococcus faecium	19	6	31%
Totale	486	91	19%

Anno 2014



Nell'ultimo anno la verifica è stata richiesta con maggiore frequenza per
✓ C. difficile (69%) con un link epidemiologico rilevato nel 50% dei casi
✓ K. pneumoniae CR (42%) con un riscontro positivo nel 52% dei casi
✓ MRSA (41%) con un riscontro positivo solo nel 18% dei casi

CONCLUSIONI

- L'andamento nel triennio 2012 - 2014 evidenzia una riduzione globale nel numero di trasmissioni nosocomiali riscontrate in OSR.
- Riteniamo sottostimate le trasmissioni nosocomiali rilevate perché la tipizzazione riguarda solo alcuni MDRO e il link epidemiologico è limitato alla condivisione della degenza (e non ad altre possibili esposizioni quali procedure diagnostiche) e la sorveglianza attiva è limitata a pochi reparti ad alto rischio.
- Inoltre le tecniche di tipizzazione attualmente utilizzate possono avere potere discriminatorio insufficiente quando applicate a MDRO con un grado di clonalità elevato o in un contesto endemico (MRSA, K. pneumoniae CR, C. difficile), limite in prospettiva superabile con l'introduzione del WGS (whole genome sequencing).
- La sorveglianza epidemiologica associata alla genotipizzazione dei ceppi identificati consente una valutazione a posteriori dell'efficacia dell'applicazione delle misure di controllo infettivo e una sensibilizzazione diretta degli operatori sanitari con presa di coscienza delle criticità presenti nello specifico contesto e conseguenti azioni mirate di miglioramento e infine di guidare le scelte più generali di politica antibiotica ospedaliera e di formazione in tema di Infection Control in ospedale.

DAY SERVICE CHIRURGICO COME NUOVO MODELLO ASSISTENZIALE: DALLA TEORIA ALLA PRATICA

A. Mundo, R. Diperte, L. Minervini, A. Guaccerio, S. Mudoni^{oo}, A. Leaci*

Direzione Medica, Plesso Ospedaliero Don Tonino Bello – Molfetta (BA) - ASL BARI

^o Direzione Medica, Presidio Ospedaliero San Paolo – Bari – ASL BARI

* Direttore Medico, Presidio Ospedaliero San Paolo – Bari – ASL BARI

^{oo} Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università di Bari "Aldo Moro"

Parole chiave: appropriatezza, ricovero, setting assistenziale

Introduzione. Negli ultimi decenni si è sviluppata una crescente attenzione e sensibilità sull'importanza dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate. I Livelli Essenziali di Assistenza impongono il passaggio al regime ambulatoriale per alcune patologie e la riduzione drastica dei posti letto per abitante, spostando l'attenzione degli Operatori verso la deospedalizzazione, anche del paziente chirurgico.

Con Delibera n° 1202 del 18 Giugno 2014 la Regione Puglia ha disposto un nuovo setting assistenziale Day Service (DSA) attraverso il quale è possibile erogare pacchetti di prestazioni ambulatoriali, garantendo la presa in carico del paziente.

La differenza con il Day Surgery (DS) consiste nel superamento del vincolo al posto letto tradizionale che, non rientrando nello standard di dotazione fissato a livello nazionale e regionale, perde la valenza di posto letto equivalente o tecnico.

Di conseguenza, con il DSA è possibile effettuare un maggior numero di interventi al giorno e programmare più sedute operatorie, con un'importante riduzione dei tempi di attesa.

Contenuti. La Direzione Medica del Plesso Ospedaliero di Molfetta (Ospedale "Spoke") in collaborazione con il Presidio Ospedaliero San Paolo (Ospedale "Hub") ha attivato un processo di monitoraggio dei flussi informativi sull'andamento dei seguenti indicatori di appropriatezza: numero (n°) di ricoveri ordinari, n° di DS e n° di DSA, relativamente agli anni 2013, 2014 e 1° semestre 2015. I dati sono stati estrapolati dai sistemi informativi attualmente in funzione, utilizzando la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e Day Surgery, e la Scheda di Dimissione Ambulatoriale (SDA) per i Day Service. Dall'analisi dei dati si evidenzia una riduzione dei ricoveri ordinari: 4.069 nel 2013, 3.716 nel 2014, 1.886 nel 1° semestre 2015.

Per quanto riguarda il rapporto dei singoli setting assistenziali, si è passati da 610 DS nel 2013 a 0 nel 1° semestre 2015; mentre si sono registrati 239 DSA nel 1° semestre 2015, a fronte di 47 nel 2014 e 0 nel 2013.

Conclusioni. L'analisi dei flussi informativi dei vari setting conferma un miglioramento della qualità delle prestazioni nell'ottica dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sanitari erogati.

Il lavoro di gruppo dei professionisti coinvolti è risultato un elemento indispensabile per la corretta attivazione dei Percorsi integrati. Nel nostro studio, infatti, sono risultati necessari audit con i Direttori delle UU.OO. interessate, allo scopo di analizzare, valutare ed individuare azioni di miglioramento per risolvere le criticità rilevate.

Inoltre, la brevità del contatto tra gli attori (Medico-Infermiere-Paziente) ha comportato un maggiore impegno professionale, un'organizzazione capillare ed una corretta comunicazione tra Operatori Sanitari e paziente.

In futuro, la recente introduzione nel sistema informativo della SDA permetterà di analizzare in modo più puntuale la prestazione erogata, consentendo di valutare il caso clinico in analogia al ricovero.



Day Service chirurgico come nuovo modello assistenziale: dalla teoria alla pratica

Mundo A, Diperte R, Minervini L, Guaccerio A^o, Mudoni S^{oo}, Leaci A*

Direzione Medica - Plesso Ospedaliero Don Tonino Bello - Molfetta (BA) - ASL BARI

^o Direzione Medica - Presidio Ospedaliero San Paolo - Bari - ASL BARI

* Direttore Medico - Presidio Ospedaliero San Paolo - Bari - ASL BARI

^{oo} Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università di Bari * Aldo Moro

Introduzione

Negli ultimi decenni si è sviluppata una crescente attenzione e sensibilità sull'importanza dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate. I Livelli Essenziali di Assistenza impongono il passaggio al regime ambulatoriale per alcune patologie e la riduzione drastica dei posti letto per abitante, spostando l'attenzione degli Operatori verso la deospedalizzazione, anche del paziente chirurgico.



Con Delibera n° 1202 del 18 Giugno 2014 la Regione Puglia ha disposto un nuovo setting assistenziale Day Service (DSA) attraverso il quale è possibile erogare pacchetti di prestazioni ambulatoriali, garantendo la presa in carico del paziente.

La differenza con il Day Surgery (DS) consiste nel superamento del vincolo al posto letto tradizionale che, non rientrando nello standard di dotazione fissato a livello nazionale e regionale, perde la valenza di posto letto equivalente o tecnico.

Di conseguenza, con il DSA è possibile effettuare un maggior numero di interventi al giorno e programmare più sedute operatorie, con un'importante riduzione dei tempi di attesa.

Contenuti

La Direzione Medica del Plesso Ospedaliero di Molfetta (Ospedale "Spoke") in collaborazione con il Presidio Ospedaliero San Paolo (Ospedale "Hub") ha attivato un processo di monitoraggio dei flussi informativi sull'andamento dei seguenti indicatori di appropriatezza: numero (n°) di ricoveri ordinari, n° di DS e n° di DSA, relativamente agli anni 2013, 2014 e 1° semestre 2015. I dati sono stati estrapolati dai sistemi informativi attualmente in funzione, utilizzando la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) per i ricoveri in regime ordinario e Day Surgery, e la Scheda di Dimissione Ambulatoriale (SDA) per i Day Service.

Dall'analisi dei dati si evidenzia una riduzione dei ricoveri ordinari: 4.069 nel 2013, 3.716 nel 2014, 1.886 nel 1° semestre 2015.

Per quanto riguarda il rapporto dei singoli setting assistenziali, si è passati da 610 DS nel 2013 a 0 nel 1° semestre 2015; mentre si sono registrati 239 DSA nel 1° semestre 2015, a fronte di 47 nel 2014 e 0 nel 2013.

	Anno 2013	Anno 2014	1° semestre 2015
Ricoveri ordinari	4.069	3.716	1.886
Day Surgery Chirurgici	610	359	0
Day Service	0	47	239



Conclusioni

L'analisi dei flussi informativi dei vari setting conferma un miglioramento della qualità delle prestazioni nell'ottica dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sanitari erogati.

Il lavoro di gruppo dei professionisti coinvolti è risultato un elemento indispensabile per la corretta attivazione dei Percorsi integrati. Nel nostro studio, infatti, sono risultati necessari audit con i Direttori delle UU.OO. interessate, allo scopo di analizzare, valutare ed individuare azioni di miglioramento per risolvere le criticità rilevate.

Inoltre, la brevità del contatto tra gli attori (Medico-Infermiere-Paziente) ha comportato un maggiore impegno professionale, un'organizzazione capillare ed una corretta comunicazione tra Operatori Sanitari e paziente.

In futuro, la recente introduzione nel sistema informativo della SDA permetterà di analizzare in modo più puntuale la prestazione erogata, consentendo di valutare il caso clinico in analogia al ricovero.

41° Congresso Nazionale ANMDO - Parma, 30 settembre - 01- 02 ottobre 2015

IMPLEMENTAZIONE DEL FOGLIO UNICO DI TERAPIA NEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL DI FOGGIA

D. Nardella¹, L. Pacilli², F. Mezzadri³, M. Vizzani⁴, G. Pepe⁵

¹ Infermiere Direzione Medica P.O. Lucera; ² Direttore Sanitario ASL Foggia; ³ Direttore Medico P.O. San Severo-Lucera; ⁴ Infermiere Coordinatore Direzione Medica P.O. Manfredonia; ⁵ Dirigente Medico UO Rischio Clinico

Parole chiave: sicurezza terapia farmacologica, foglio unico di terapia

Introduzione. In Italia sugli 8 milioni di persone ricoverate ogni anno, circa il 4% sarebbe dimesso con danni o malattie dovuti a errori di terapia e i decessi si aggirerebbero tra i 30.000 e 35.000. In più durante il ricovero in Ospedale si stima che il 3% dei pazienti sia esposto ad un evento avverso da farmaci. È noto che la metà di tali eventi avversi è prevenibile e l'adozione del Foglio Unico di Terapia appare un intervento con un favorevolissimo rapporto costo/efficacia.

Materiali e metodi. Sulla base delle indicazioni rivenienti dalla Raccomandazione n. 7 del Ministero della Salute e della Determinazione Dirigenziale Regione Puglia del 11-1-2013, n. 2 il Gruppo di lavoro, dopo aver effettuato una ricerca in letteratura di modelli di procedure e di fogli unici di terapia già validati, ha predisposto il modulo e la procedura aziendale adottati con Delibera del Direttore Generale n. 977/2013. Il piano applicativo, avviato nell'Ottobre 2013. Formazione:

- 14 incontri con il Personale delle UO Mediche interessate, 3 edizioni ECM di Formazione Sul Campo cui hanno partecipato n. 64 Medici e n. 102 Infermieri e 2 edizioni ECM del PFA di presentazione.
- Fase sperimentale: 2 mesi per UO
- Fase a regime: dopo monitoraggio e verifiche e autorizzazione formale del Direttore Sanitario Aziendale
- Presidi Ospedalieri: 4
- Unità Operative: 13

Valutazione:

- 1) Analisi quantitativa della corretta compilazione di tutti i campi e sezioni del modulo (n=493 moduli FUT)
- 2) Analisi delle informazioni derivanti dallo specifico questionario di feedback somministrato al Personale Medico ed Infermieristico coinvolto.

Indicatori:

- Presenza del modulo FUT in cartella clinica (ricoveri ordinari) (variabile qualitativa SI/NO; valorizzato con un "SI" nel caso di presenza in cartella).
- Valore atteso > 89%

Correttezza della compilazione dei diversi campi del modulo (esprime il livello di adesione degli Operatori alla nuova modalità).

Formula: percentuale di correttezza della compilazione per ciascuno degli items Valori di riferimento:

- Indicatore tra 90 e 100% = adesione totale
- Indicatore tra 50 e 89% = buona adesione
- Indicatore tra 10 e 49% = scarsa adesione
- Indicatore tra 0 e 9% = mancata adesione
- Valore atteso > 89%.

Risultati. L'analisi di 493 moduli FUT compilati nella fase sperimentale ha evidenziato che il 93,3% risulta compilato/firmato in tutti i campi, mentre nel restante 6,7% alcuni campi non sono compilati.

Risposte al questionario di feedback (n=90):

- - efficace e chiara la procedura (78% risposte positive)
- - maggiore comunicazione tra Medici ed Infermieri (67%)
- - maggiore attenzione nella prescrizione/somministrazione dei farmaci (78%)

Il nuovo strumento, dopo le iniziali resistenze al cambiamento, è stato accolto molto favorevolmente ed oltre ad aver ridotto il rischio da farmaci, ha favorito anche una maggiore e più fattiva collaborazione tra medici ed infermieri. Inoltre, per ridurre ulteriormente il rischio di errori è stata adottata una pettorina gialla per gli Infermieri che preparano/somministrano la terapia, che "segnala" a parenti/visitatori/colleghi di non disturbarli durante tale attività.



AZIENDA SANITARIA LOCALE - ASL FOGGIA

Nardella D.¹, Pacilli L.², Mezzadri F.³, Vizzani M.⁴, Pepe G.⁵

¹Infermiere Direzione Medica P.O. Lucera, ²Direttore Sanitario ASL Foggia, ³Direttore Medico P.O. San Severo-Lucera, ⁴Infermiere Coordinatore Direzione Medica P.O. Manfredonia, ⁵Dirigente Medico UO Rischio Clinico

IMPLEMENTAZIONE DEL FOGLIO UNICO DI TERAPIA NEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL DI FOGGIA

INTRODUZIONE

In Italia sugli 8 milioni di persone ricoverate ogni anno, circa il 4% sarebbe dimesso con danni o malattie dovuti a errori di terapia e i decessi si aggirerebbero tra i 30.000 e 35.000. In più durante il ricovero in Ospedale si stima che il 3% dei pazienti sia esposto ad un evento avverso da farmaci. È noto che la metà di tali eventi avversi è prevenibile e l'adozione del Foglio Unico di Terapia appare un intervento con un favorevolissimo rapporto costo/efficacia.

MATERIALI E METODI

Sulla base delle indicazioni rivenienti dalla Raccomandazione n. 7 del Ministero della Salute e della Determinazione Dirigenziale Regione Puglia del 11-1-2013, n. 2 il Gruppo di lavoro, dopo aver effettuato una ricerca in letteratura di modelli di procedure e di fogli unici di terapia già validati, ha predisposto il modulo standard (fig. 1) e la procedura aziendale adottati con Delibera del Direttore Generale n. 977/2013. Il piano applicativo, avviato nell'Ottobre 2013.

Formazione:

14 incontri con il Personale delle UO Mediche interessate, 3 edizioni ECM di Formazione Sul Campo cui hanno partecipato n. 64 Medici e n. 102 Infermieri e 2 edizioni ECM del PFA di presentazione.

Fase sperimentale:

2 mesi per UO
Fase a regime: dopo monitoraggio e verifiche e autorizzazione formale del Direttore Sanitario Aziendale
Presidi Ospedalieri: 4
Unità Operative: 13

Valutazione:

1) Analisi quantitativa della corretta compilazione di tutti i campi e sezioni del modulo (n=493 moduli FUT)

2) Analisi delle informazioni derivanti dallo specifico questionario di feedback somministrato al Personale Medico ed Infermieristico coinvolto.

Indicatori:

Presenza del modulo FUT in cartella clinica (ricoveri ordinari) (variabile qualitativa SI/NO; valorizzato con un "SI" nel caso di presenza in cartella).

Valore atteso > 89%

Correttezza della compilazione dei diversi campi del modulo (esprime il livello di adesione degli Operatori alla nuova modalità).

Formula: percentuale di correttezza della compilazione per ciascuno degli items

Valori di riferimento:

Indicatore tra 90 e 100% = adesione totale

Indicatore tra 50 e 89% = buona adesione

Indicatore tra 10 e 49% = scarsa adesione

Indicatore tra 0 e 9% = mancata adesione

Valore atteso > 89%.



FIG. 2

FIG. 1 - MODULO DI FOGLIO UNICO DI TERAPIA (UO medicina interna)

RISULTATI

L'analisi di 493 moduli FUT compilati nella fase sperimentale ha evidenziato che il 93,3% risulta compilato/firmato in tutti i campi, mentre nel restante 6,7% alcuni campi non risultano compilati.

Risposte al questionario di feedback (n=90):

- efficace e chiara la procedura (78% risposte positive)
- maggiore comunicazione tra Medici ed Infermieri (67%)
- maggiore attenzione nella prescrizione/somministrazione dei farmaci (78%)

Il nuovo strumento, dopo le iniziali resistenze al cambiamento, è stato accolto molto favorevolmente ed oltre ad aver ridotto il rischio da farmaci, ha favorito anche una maggiore e più fattiva collaborazione tra medici ed infermieri.

Inoltre, per ridurre ulteriormente il rischio di errori è stata adottata una pettorina gialla per gli Infermieri che preparano/somministrano la terapia, che "segnala" a parenti/visitatori/colleghi di non disturbarli durante tale attività (fig. 2).

41° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O. - GOVERNARE E DECIDERE IN SANITÀ: AUTORI, REGISTI, ATTORI
PARMA 30 SETTEMBRE - 01 - 02 OTTOBRE 2015

RESTYLING IN SANITÀ: UN MODELLO DI TRANSIZIONE PER LE STRUTTURE EX ARTICOLO EX ART. 26 L. 833/78

L. Forte*, P. Benedetti*, A.M. Mastromatteo°, D. Basso^, M. Nonis°, G. Nasi°

* Istituto Pia Casa Ambrosini Roma

° Direzione Sanitaria Ospedale Cristo Re Roma

^ Istituto di Igiene e Medicina Preventiva U.C.S.C. Roma

Introduzione. L'Istituto Pia Casa Ambrosini di Roma è un centro di riabilitazione funzionale per persone assistite portatrici di disabilità fisiche psichiche e sensoriali che opera in regime residenziale a livello estensivo (ist. ex art. 26 L. 833/78) in forza dell'attuale DCA U00125/2015 a voltura del precedente DCA U00367/2014 entrambi della Regione Lazio. Tale attività scaturisce da un processo di conversione strutturale ed organizzativa del presidio stesso che in precedenza offriva assistenza come centro di riabilitazione per pazienti cieche e sordomute adulte.

Contenuti. La scelta strategica del cambiamento di regime riabilitativo ha comportato un progetto di riorganizzazione della struttura sanitaria che ha richiesto un lavoro di equipe per una revisione approfondita delle competenze specifiche. Sono state valutate le risorse umane, tecnologiche ed infrastrutturali in modo da ottemperare ai requisiti di assistenza riabilitativa come disposti per l'autorizzazione e l'accreditamento della Regione Lazio. In particolare sono state censite le figure professionali già presenti all'interno dell'istituto e si sono individuate nuove figure professionali tra cui il medico internista, il terapeuta occupazionale ed un rinnovato gruppo di personale infermieristico con relativo coordinatore. Tutte le procedure interne sono state redatte e riviste in accordo con il modello ISO/EN/UNI 9001:2008, non soltanto per il miglioramento continuo della qualità ma anche per favorire le attività di gruppo promuovendone il cambiamento. Lo svolgimento di queste attività ha promosso una valorizzazione del lavoro clinico medico-infermieristico in coordinamento con il servizio riabilitativo. La diversa tipologia di pazienti provenienti prevalentemente da reparti ortopedici, internistici e neurologici ha condotto ad affrontare le tematiche del rischio clinico per garantire la sicurezza delle cure secondo linee guida standardizzate pur in pazienti così clinicamente differenti. L'identificazione di percorsi clinico assistenziali che tenessero conto proprio della complessità clinica dei pazienti accolti nella struttura oltretutto della peculiare tipologia di assistenza riabilitativa fornita, ha guidato il processo di rinnovamento e di trasformazione della struttura sanitaria.

Conclusioni. È possibile avviare percorsi di riconversione di strutture sanitarie tenendo conto che occorre prevenire una corretta pianificazione del cambiamento anche per permettere la valorizzazione del potenziale umano attraverso percorsi attitudinali di gruppo e partecipazione personale alle esigenze derivanti dai nuovi obiettivi assistenziali da raggiungere.



41° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO – PARMA 2015
GOVERNARE E DECIDERE IN SANITÀ: AUTORI, REGISTI E ATTORI



Restyling in Sanità: un modello di transizione per le strutture ex art. 26 L. 833/78

Nonis M.°, Forte L.°, Basso D.°, Benedetti P.°, Mastromatteo A.M.°, Nasi G.°

* Direzione Sanitaria Ospedale Cristo Re Roma

° Istituto Pia Casa Ambrosini Roma

^ Istituto di Igiene e Medicina Preventiva U.C.S.C. Roma

INTRODUZIONE. L'Istituto Pia Casa Ambrosini di Roma è un centro di riabilitazione funzionale per persone assistite portatrici di disabilità fisiche psichiche e sensoriali che opera in regime residenziale a livello estensivo (ist. ex art. 26 L. 833/78) in forza dell'attuale DCA U00125/2015 a voltura del precedente DCA U00367/2014 entrambi della Regione Lazio. Tale attività scaturisce da un processo di conversione strutturale ed organizzativa del presidio stesso che in precedenza offriva assistenza come centro di riabilitazione per pazienti cieche e sordomute adulte.



Rispetto ai rischi individuati in ambito di riabilitazione estensiva ex art. 26 sono state intraprese le seguenti principali azioni preventive secondo le attuali Raccomandazioni Ministeriali:

Procedura per le precauzioni standard
Attivazione SUT (scheda unica di terapia)
Implementazione procedura per prevenire gli eventi sentinella
Protocollo prevenzione cadute
Procedura prevenzione suicidio pazienti



CONCLUSIONI: È possibile avviare percorsi di riconversione di strutture sanitarie tenendo conto che occorre prevenire una corretta pianificazione del cambiamento anche per permettere la valorizzazione del potenziale umano attraverso percorsi attitudinali di gruppo e partecipazione personale alle esigenze derivanti dai nuovi obiettivi assistenziali da raggiungere.

CONTENUTI: La scelta strategica del cambiamento di regime riabilitativo ha comportato un progetto di riorganizzazione della struttura sanitaria che ha richiesto un lavoro di equipe per una revisione approfondita delle competenze specifiche. Sono state valutate le risorse umane, tecnologiche ed infrastrutturali in modo da ottemperare ai requisiti di assistenza riabilitativa come disposti per l'autorizzazione e l'accreditamento della Regione Lazio. In particolare sono state censite le figure professionali già presenti all'interno dell'istituto e si sono individuate nuove figure professionali tra cui il medico internista, il terapeuta occupazionale ed un rinnovato gruppo di personale infermieristico con relativo coordinatore.

Tutte le procedure interne sono state redatte e riviste in accordo con il modello ISO/EN/UNI 9001:2008 e s.m.i., non soltanto per il miglioramento continuo della qualità ma anche per favorire le attività di gruppo promuovendone il cambiamento. Lo svolgimento di queste attività ha promosso una valorizzazione del lavoro clinico medico-infermieristico in coordinamento con il servizio riabilitativo.

La diversa tipologia di pazienti provenienti prevalentemente da reparti ortopedici, internistici e neurologici ha condotto ad affrontare le tematiche del rischio clinico per garantire la sicurezza delle cure secondo linee guida standardizzate pur in pazienti così clinicamente differenti. L'identificazione di percorsi clinico assistenziali che tenessero conto proprio della complessità clinica dei pazienti accolti nella struttura oltretutto della peculiare tipologia di assistenza riabilitativa fornita, ha guidato il processo di rinnovamento e di trasformazione della struttura sanitaria.



direzionesanitaria@ospedalecristore.it

RIVALUTAZIONE DATI PNE 2014: MORTALITÀ A 30 GIORNI DAL RICOVERO PER UN EPISODIO DI IMA

N. Orrù*, A. Muscas**, R. Porceddu***, E. Porcedda***

* Direttore Sanitario PP.OO. ASL 5-Oristano; ** Responsabile Direzione Sanitaria P.O. San Martino Oristano;

*** Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. San Martino Oristano

Parole chiave: PNE, Infarto Miocardico.

Introduzione. Il Programma Nazionale Esiti ha sviluppato nel Sistema Sanitario Italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari che può essere definita come: stima con disegni di studio osservazionali (non sperimentali) degli esiti di interventi/trattamenti sanitari. I risultati possono essere utilizzati a supporto di programmi di auditing con l'obiettivo di garantire il miglioramento continuo della qualità delle cure erogate.

Contenuti. Sulla base dei risultati dell'analisi dei dati PNE 2014 per l'indicatore "Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di Infarto Miocardico Acuto" l'AGENAS ha individuato tra le strutture con mortalità elevata il Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano con stime, per l'anno 2013, pari a 15,98%, quindi superiori alla soglia critica del 15% individuata dal PNE.

Gli obiettivi generali dello studio sono:

- A) valutare la qualità dei dati codificati nei Sistemi Informativi Sanitari;
- B) individuare eventuali criticità nella codifica;
- C) verificare la corretta attribuzione dei casi alle strutture di ricovero;
- D) confrontare le informazioni codificate nel Sistema Informativo Ospedaliero con i dati riportati nella cartella clinica.

La coorte oggetto di studio è rappresentata da tutti i ricoveri, in regime ordinario, avvenuti nel Presidio Ospedaliero

San Martino della ASL di Oristano, con dimissione dal 1 gennaio 2013 al 30 novembre 2013 con diagnosi principale di infarto Miocardico Acuto (ICD-9-CM 410xx) o con diagnosi principale di una condizione compatibile con la diagnosi di infarto ed IMA in diagnosi secondaria.

Le fonti dei dati sono il Sistema Informativo Ospedaliero e l'Anagrafe Tributaria

Le attività di rivalutazione del PNE si sono svolte secondo i criteri indicati nella DGR 1/14 del 13/01/2015 (allegato E) della Regione Autonoma della Sardegna e sono di seguito indicate: a) richiesta ad AGENAS dei nosologici delle cartelle cliniche che costituiscono la coorte oggetto di studio; B) analisi della coorte fornita da AGENAS e costituita da 152 nosologici, selezionati per nome cognome, data di nascita, residenza e modalità di dimissione; C) selezione di 32 nosologici su 152 totali, riferiti a pazienti deceduti in ospedale (dati SDO) e a pazienti deceduti al proprio domicilio (dati ReNCaM); D) predisposizione di una scheda per la raccolta dei dati contenuti nella cartella clinica; E) analisi delle 32 cartelle cliniche selezionate. Dalla coorte di 32 nosologici sono state escluse 12 cartelle cliniche delle quali 2 escluse sulla base del criterio di esclusione n. 4 del protocollo operativo (ricoveri precedenti, nelle 4 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi di IMA) e 10 escluse in quanto il decesso è avvenuto oltre i 30 giorni dalla data di ricovero (ricovero indice). Il campione finale è rappresentato da 20 cartelle.

Conclusioni. Sulla base delle verifiche effettuate la percentuale dei pazienti deceduti a 30 giorni da un ricovero per IMA è pari a 13,14% quindi al di sotto del valore calcolato 15,98% e al di sotto della soglia critica del 15% indicati dal PNE.

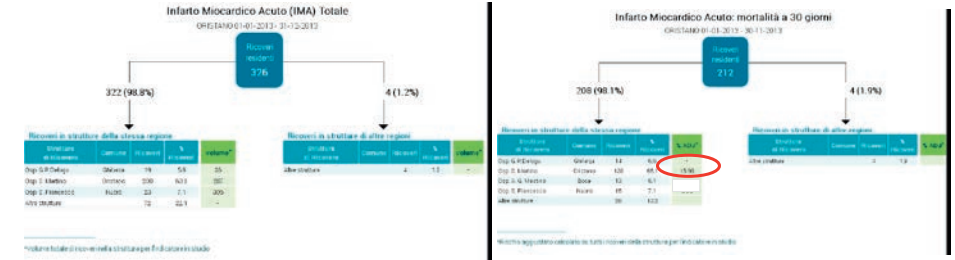
Dal momento che i risultati del PNE sono fortemente dipendenti dalla qualità dei dati dei sistemi sanitari, questo processo di rivalutazione può favorire un miglioramento dell'accuratezza di detti risultati per le prossime edizioni del PNE.



Rivalutazione dei dati PROGRAMMA ESITI 2014

MORTALITÀ A TRENTA GIORNI DAL RICOVERO PER UN EPISODIO DI INFARTO MIocardICO ACUTO

N. Orrù*, A. Muscas**, R. Porceddu***, E. Porcedda***
*Direttore Sanitario PP.OO. ASL 5-Oristano, **Responsabile Direzione Sanitaria P.O. San Martino Oristano, ***Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. San Martino Oristano



INTRODUZIONE

Il Programma Nazionale Esiti ha sviluppato nel Sistema Sanitario Italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari che può essere definita come: stima con disegni di studio osservazionali (non sperimentali) degli esiti di interventi/trattamenti sanitari. I risultati possono essere utilizzati a supporto di programmi di auditing con l'obiettivo di garantire il miglioramento continuo della qualità delle cure erogate. Sulla base dei risultati dell'analisi dei dati PNE 2014 per l'indicatore "Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di Infarto Miocardico Acuto" l'AGENAS ha individuato tra le strutture con mortalità elevata il Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano con stime, per l'anno 2013, pari a 15,98%, quindi superiori alla soglia critica del 15% individuata dal PNE.

OBIETTIVI

Gli obiettivi generali dello studio sono:

- valutare la qualità dei dati codificati nei Sistemi Informativi Sanitari;
- individuare eventuali criticità nella codifica;
- verificare la corretta attribuzione dei casi alle strutture di ricovero;
- confrontare le informazioni codificate nel Sistema Informativo Ospedaliero con i dati riportati nella cartella clinica.

SELEZIONE DELLA COORTE E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

La coorte oggetto di studio è rappresentata da tutti i ricoveri, in regime ordinario, avvenuti nel Presidio Ospedaliero San Martino della ASL di Oristano, con dimissione dal 1 gennaio 2013 al 30 novembre 2013 con diagnosi principale di infarto miocardico Acuto (ICD-9-CM 410xx) o con diagnosi principale di una condizione compatibile con la diagnosi di infarto ed IMA in diagnosi secondaria.

FONTE INFORMATIVE

Le fonti dei dati sono il Sistema Informativo Ospedaliero e l'Anagrafe Tributaria

MATERIALI E METODI

Le attività di rivalutazione del PNE si sono svolte secondo i criteri indicati nella DGR 1/14 del 13/01/2015 (allegato E) della Regione Autonoma della Sardegna e sono di seguito indicate:

- Richiesta ad AGENAS dei nosologici delle cartelle cliniche che costituiscono la coorte oggetto di studio;
- Analisi della coorte fornita da AGENAS e costituita da 152 nosologici, selezionati per nome cognome, data di nascita, residenza e modalità di dimissione.
- Selezione di 32 nosologici su 152 totali, riferiti a pazienti deceduti in ospedale (dati SDO) e a pazienti deceduti al proprio domicilio (dati ReNCaM).
- Predisposizione di una scheda per la raccolta dei dati contenuti nella cartella clinica.
- Analisi delle 32 cartelle cliniche selezionate.

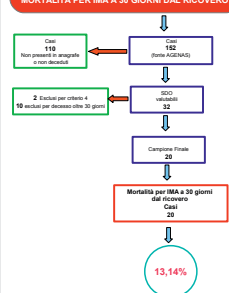
RISULTATI

Dalla coorte di 32 nosologici sono state escluse 12 cartelle cliniche delle quali 2 escluse sulla base del criterio di esclusione n. 4 del protocollo operativo (ricoveri precedenti, nelle 4 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi di IMA) e 10 escluse in quanto il decesso è avvenuto oltre i 30 giorni dalla data di ricovero (ricovero indice). Il campione finale è rappresentato da 20 cartelle.

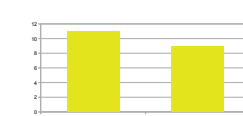
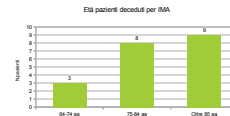
CONCLUSIONI

Sulla base delle verifiche effettuate la percentuale dei pazienti deceduti a 30 giorni da un ricovero per IMA è pari a 13,14% quindi al di sotto del valore calcolato 15,98% e al di sotto della soglia critica del 15% indicati dal PNE. Dal momento che i risultati del PNE sono fortemente dipendenti dalla qualità dei dati dei sistemi sanitari, questo processo di rivalutazione può favorire un miglioramento dell'accuratezza di detti risultati per le prossime edizioni del PNE.

MORTALITÀ PER IMA A 30 GIORNI DAL RICOVERO



Distribuzione pazienti per sesso



OPTIMUS: OPTIMIZED MUSCULO-SKELETAL CARE PATHWAYS

D. Paolini¹, M. Chellini¹, M. Donzellini¹, F. Pieralli¹, L. Pieri¹, L. Tattini², S. Guarducci², P. Bonanni³, G. Bonaccorsi⁴, A. Mannoni⁵

¹ Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Firenze

² Staff Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze

³ Dipartimento di Scienze della salute, Università di Firenze

⁴ Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze

⁵ Dirigente medico SOC Medicina Interna Ospedale S. Maria Nuova, Firenze.

Parole chiave: patologie muscolo scheletriche, appropriatezza

Introduzione. Le patologie muscoloscheletriche sono un'importante causa di morbilità e disabilità. Possono essere classificate in:

- patologie infiammatorie immunomediate, rare (prevalenza 3% nella popolazione adulta) che necessitano di valutazione specialistica tempestiva;
- patologie a genesi meccanica da sovraccarico funzionale molto frequenti, ad alto impatto assistenziale specialmente sulle cure primarie, che beneficiano di modifiche negli stili di vita e, in casi selezionati, di trattamenti fisioterapici o interventi chirurgici.

Attualmente nel Sistema Sanitario Toscano non sono codificati percorsi assistenziali per tali patologie con frequenti invii a livello specialistico e liste d'attesa molto lunghe per gli specialisti ed i servizi di riabilitazione coinvolti.

Contenuti. È stato proposto un modello di percorso orientato al risultato (Fig.1). Per le patologie infiammatorie, per cui si stima l'invio di 3 pazienti inviati/anno/MMG, è prevista una riorganizzazione degli accessi alla visita reumatologica con riconversione di un congruo numero di slot in CUP per prime visite entro 10 giorni (fast-track) per i pazienti inviati con artrite acuta (sospetta polimialgia reumatica, mono-oligoartrite e poliartrite di recente insorgenza). Per le patologie meccanico-disfunzionali è prevista l'istituzione di un team di triage presso i servizi di riabilitazione sul territorio composto da fisioterapisti e "specialisti di prossimità" (ortopedici e fisiatristi ambulatoriali). Il paziente sarà valutato dal team e, in base a PDTA predefiniti, verrà sottoposto a trattamento fisioterapico e successivamente inviato a programmi di attività fisica adattata, di self management in gruppo a conduzione infermieristica e se necessario di counseling nutrizionale in gruppo. Casi dubbi o che non rispondono al trattamento verranno riferiti a specialisti di II livello dell'azienda territoriale (reumatologo, ortopedico, chirurgo dell'arto superiore, algologo) o dell'azienda ospedaliera (neurochirurgo) in base a criteri predefiniti.

Conclusioni. I benefici attesi dall'applicazione di questo percorso comprendono la riduzione delle liste di attesa, l'implementazione dell'appropriatezza e l'ottimizzazione del ricorso alle specialistiche di II livello ed in particolare alla chirurgia.



OPTimized MUSculo-skeletal care pathways



Paolini D. ^o, Chellini M. ^o, Donzellini M. ^o, Pieralli F. ^o, Pieri L. ^o, Tattini L. ^{*}, Guarducci S. ^{*}, Bonanni P. [#], Bonaccorsi G. ^{*}, Mannoni A. [^]

^o Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università di Firenze; ^{*} Staff Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze; [#] Dipartimento di Scienze della salute, Università di Firenze; [^] Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze; ^Δ Dirigente medico SOC Medicina Interna Ospedale S. Maria Nuova, Firenze.

Introduzione

Le patologie muscoloscheletriche sono un'importante causa di morbilità e disabilità.

Possono essere:

patologie a genesi meccanica da sovraccarico funzionale

- molto **frequenti**, ad alto impatto assistenziale specialmente sulle cure primarie
- beneficiano di modifiche negli stili di vita e, in casi selezionati, di trattamenti fisioterapici o interventi chirurgici.

patologie infiammatorie immunomediate

- **rare** (prevalenza 3% nella popolazione adulta)
- necessitano di valutazione specialistica tempestiva

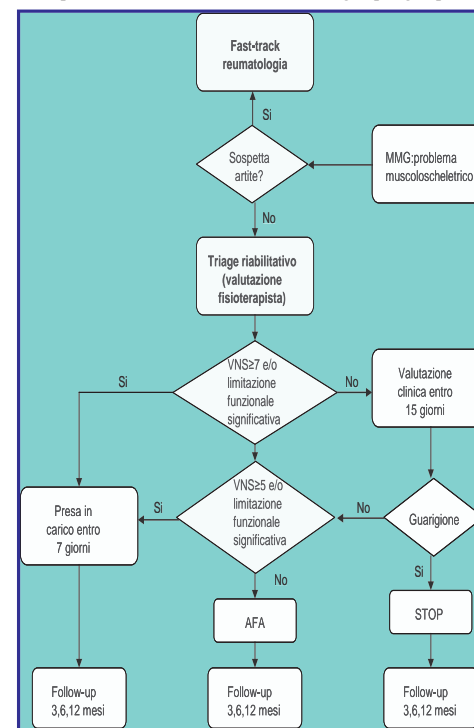


Attualmente nel Sistema Sanitario Toscano non sono codificati percorsi assistenziali per tali patologie con frequenti invii a livello specialistico e liste d'attesa molto lunghe per gli specialisti ed i servizi di riabilitazione coinvolti.

Contenuti

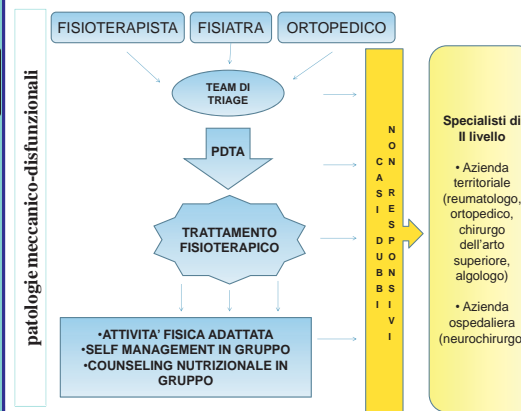
È stato proposto un modello di percorso orientato al risultato.

- Stimati 3 pazienti inviati/anno/MMG
- Prevista una riorganizzazione degli accessi alla visita reumatologica con riconversione di un congruo numero di slot in CUP per prime visite entro 10 giorni (fast-track) per i pazienti inviati con artrite acuta (sospetta polimialgia reumatica, mono-oligoartrite e poliartrite di recente insorgenza).



Conclusioni

I benefici attesi dall'applicazione di questo percorso comprendono la riduzione delle liste di attesa, l'implementazione dell'appropriatezza e l'ottimizzazione del ricorso alle specialistiche di II livello ed in particolare alla chirurgia.



È stata effettuata una sperimentazione di questo percorso assistenziale sui pazienti inviati da 14 Medici di Medicina Generale dell'area fiorentina con dimostrazione di efficienza, efficacia e buon profilo di costo.

INDAGINE EPIDEMIOLOGICA SULLA PRESENZA DI GERMI MULTIRESISTENTI IN UTI

G. Patriarca⁶, M. Aricò⁵, G. Cappello², G. Drago¹, A. Midolo⁶, C. Barbarossa⁶, D. Caselli⁴, A. D'Arrigo⁷

¹ Direttore Sanitario Aziendale ASP 7 Ragusa; ² Direttore Medico PP.OO. Vittoria/Comiso; ³ Direzione Medica - Servizio Infermieristico P.O. Vittoria; ⁴ Dirigente Medico ASP 7 Ragusa; ⁵ Direttore Generale ASP 7 Ragusa; ⁶ Direzione Sanitaria Aziendale - Staff ASP 7 Ragusa; ⁷ Direzione Medica - Tecnico di laboratorio biomedico

Parole chiave: Intensive care unit (ICU); Antimicrobial resistance; Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE), *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasi (KPC);

Background. I pazienti degenti nelle Unità di Terapia Intensiva (UTI) presentano il rischio di contrarre infezioni correlate all'assistenza (ICA) fino a 10 volte superiore rispetto a quello di degenti ricoverati in altri reparti ospedalieri. La diffusione di batteri resistenti agli antibiotici rappresenta un importante problema di sanità pubblica, fenomeno in aumento in molti Paesi, rendendo problematica la terapia di molte infezioni e aumentando la mortalità. La mancanza di nuovi antibiotici in commercio o in fase di sperimentazione aggrava lo scenario.

Materiali e Metodi. Lo studio è stato condotto attraverso un'analisi osservazionale e retrospettiva di tutti i pazienti ricoverati presso l'U.O. di Terapia Intensiva dell'Ospedale "Guzzardi" di Vittoria (ASP Ragusa) nel semestre dal 1 ottobre 2014 al 31 marzo 2015. I dati clinici e i parametri di laboratorio sono stati estrapolati dalla sezione di Microbiologia del presidio, procedendo ad una successiva stratificazione dei pazienti degenti in UTI ed a cui sono stati richiesti esami microbiologici di campioni quali: emocoltura, urinocoltura, espettorato, broncoaspirato, broncolavaggio e punta di catetere venoso centrale. Risultati: Il campione in esame è costituito da 110 pazienti. In essi su 40 tentativi di isolamento, effettuati sulla base del sospetto clinico, 22 hanno portato ad identificazione batterica: infezioni con localizzazione del torrente ematico (BSI) 13% (5), polmoniti nosocomiali (PN) 50% (20), infezioni delle vie urinarie (IVU) 20% (8) ed infezioni associate a CVC 10% (4). In alcuni pazienti sono presenti coinfezioni. Il tasso grezzo di mortalità nel campione di 40 pazienti è del 32% (13), ma è risultato del 41% nei pazienti con isolamento positivo, mentre nel gruppo di controllo dei 18 pazienti con isolamento negativo è risultato pari al 22%. Tra i 22 isolamenti positivi in 6 casi il tentativo di isolamento è avvenuto tramite emocoltura, di queste 5 emocolture sono risultate positive con 3 decessi ed 1 negativa con 1 decesso, complessivamente 4 decessi su 6 emocolture richieste: è stato stimato un tasso di mortalità di questi pazienti pari a 10%. Dallo studio dei campioni di emocoltura, urinocoltura, espettorato, broncoaspirato, broncolavaggio e punta di catetere venoso centrale, il tasso di incidenza del sito di infezione rivela una maggiore percentuale di infezione nel tratto respiratorio pari al 50% (20), 20% di infezioni del tratto urinario (8), 13% del tratto ematico (5) ed infine 10% di infezioni associate a catetere venoso centrale (4). L'antibiogramma è stato ottenuto per 14 su 22 isolamenti positivi, di cui 12 sono rappresentati dalla *Klebsiella pneumoniae*, tra questi 8 sono risultati multiresistenti e 5 CPE+; 4 dall'*Acinetobacter baumannii* con multiresistenza pari a 3. Il tasso di mortalità/sopravvivenza, stimato nel gruppo di 14 pazienti ai quali è stato richiesto l'antibiogramma, ha evidenziato una mortalità del 35% (5 pazienti).

Conclusioni. I nostri dati segnalano che il problema dei germi multiresistenti è presente nelle nostre strutture con un impatto importante anche sulla mortalità che si è rivelata circa doppia nei pazienti con isolamento positivo. L'antibiotico-resistenza interessa maggiormente le infezioni correlate alle pratiche assistenziali, ma non risparmia le infezioni comunitarie e questo risulta evidente anche dai nostri dati in cui il 23% dei pazienti con infezioni da germi multiresistenti provenivano dal domicilio. La riduzione dei tempi di degenza e l'evoluzione verso la continuità assistenziale favoriscono la diffusione comunitaria di batteri antibiotico-resistenti selezionati in ospedale. Le misure di controllo riconosciute come efficaci sono rappresentate da una tempestiva identificazione dei pazienti infetti, dalla sorveglianza attiva dei pazienti colonizzati, dall'isolamento dei pazienti colonizzati/infetti e l'adozione delle precauzioni da contatto nella gestione di questi pazienti.



Indagine Epidemiologica sulla presenza di germi multiresistenti in UTI



Autori: Patriarca G**, Aricò M.**, Cappello G.**, Drago G.**, Midolo A.**, Barbarossa C.**, Caselli D.**, D'Arrigo A.°

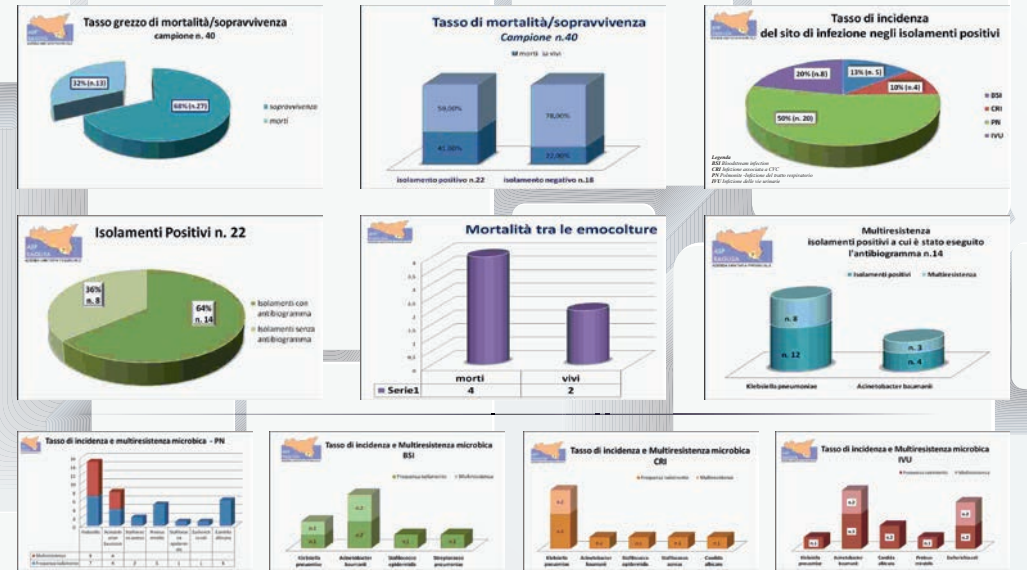
* Direttore Sanitario Aziendale ASP 7 Ragusa; ** Direttore Medico P.P.OO. Vittoria/Comiso; *** Direzione Medica - Servizio Infermieristico P.O. Vittoria; **** Dirigente Medico ASP 7 Ragusa; ^ Direttore Generale ASP 7 Ragusa; ** Direzione Sanitaria Aziendale - Staff ASP 7 Ragusa; ° Direzione Medica - Tecnico di laboratorio biomedico

Key word: Intensive care unit (ICU); Antimicrobial resistance; Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE), *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasi (KPC);

Background: I pazienti degenti nelle Unità di Terapia Intensiva (UTI) presentano il rischio di contrarre infezioni correlate all'assistenza (ICA) fino a 10 volte superiore rispetto a quello di degenti ricoverati in altri reparti ospedalieri. La diffusione di batteri resistenti agli antibiotici rappresenta un importante problema di sanità pubblica, fenomeno in aumento in molti Paesi, rendendo problematica la terapia di molte infezioni e aumentando la mortalità. La mancanza di nuovi antibiotici in commercio o in fase di sperimentazione aggrava lo scenario.

Materiali e Metodi
Lo studio è stato condotto attraverso un'analisi osservazionale e retrospettiva di tutti i pazienti ricoverati presso l'U.O. di Terapia Intensiva dell'Ospedale "Guzzardi" di Vittoria (ASP Ragusa) nel semestre dal 1 ottobre 2014 al 31 marzo 2015. I dati clinici e i parametri di laboratorio sono stati estrapolati dalla sezione di Microbiologia del presidio, procedendo ad una successiva stratificazione dei pazienti degenti in UTI ed a cui sono stati richiesti esami microbiologici di campioni quali: emocoltura, urinocoltura, espettorato, broncoaspirato, broncolavaggio e punta di catetere venoso centrale.

Risultati: Il campione in esame è costituito da 110 pazienti. In essi su 40 tentativi di isolamento, effettuati sulla base del sospetto clinico, 22 hanno portato ad identificazione batterica: infezioni con localizzazione del torrente ematico (BSI) 13% (5), polmoniti nosocomiali (PN) 50% (20), infezioni delle vie urinarie (IVU) 20% (8) ed infezioni associate a CVC 10% (4). In alcuni pazienti sono presenti coinfezioni. Il tasso grezzo di mortalità nel campione di 40 pazienti è del 32% (13), ma è risultato del 41% nei pazienti con isolamento positivo, mentre nel gruppo di controllo dei 18 pazienti con isolamento negativo è risultato pari al 22%. Tra i 22 isolamenti positivi in 6 casi il tentativo di isolamento è avvenuto tramite emocoltura, di queste 5 emocolture sono risultate positive con 3 decessi ed 1 negativa con 1 decesso, complessivamente 4 decessi su 6 emocolture richieste: è stato stimato un tasso di mortalità di questi pazienti pari a 10%. Dallo studio dei campioni di emocoltura, urinocoltura, espettorato, broncoaspirato, broncolavaggio e punta di catetere venoso centrale, il tasso di incidenza del sito di infezione rivela una maggiore percentuale di infezione nel tratto respiratorio pari al 50% (20), 20% di infezioni del tratto urinario (8), 13% del tratto ematico (5) ed infine 10% di infezioni associate a catetere venoso centrale (4). L'antibiogramma è stato ottenuto per 14 su 22 isolamenti positivi, di cui 12 sono rappresentati dalla *Klebsiella pneumoniae*, tra questi 8 sono risultati multiresistenti e 5 CPE+; 4 dall'*Acinetobacter baumannii* con multiresistenza pari a 3. Il tasso di mortalità/sopravvivenza, stimato nel gruppo di 14 pazienti ai quali è stato richiesto l'antibiogramma, ha evidenziato una mortalità del 35% (5 pazienti).



Conclusioni: I nostri dati segnalano che il problema dei germi multiresistenti è presente nelle nostre strutture con un impatto importante anche sulla mortalità che si è rivelata circa doppia nei pazienti con isolamento positivo. L'antibiotico-resistenza interessa maggiormente le infezioni correlate alle pratiche assistenziali, ma non risparmia le infezioni comunitarie e questo risulta evidente anche dai nostri dati in cui il 23% dei pazienti con infezioni da germi multiresistenti provenivano dal domicilio. La riduzione dei tempi di degenza e l'evoluzione verso la continuità assistenziale favoriscono la diffusione comunitaria di batteri antibiotico-resistenti selezionati in ospedale. Le misure di controllo riconosciute come efficaci sono rappresentate da una tempestiva identificazione dei pazienti infetti, dalla sorveglianza attiva dei pazienti colonizzati, dall'isolamento dei pazienti colonizzati/infetti e l'adozione delle precauzioni da contatto nella gestione di questi pazienti.

I VANTAGGI DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO NELLA GESTIONE DEI RIFIUTI IN OSPEDALE

L. Pieri¹, C. Barchielli², G. Bonaccorsi³, P. Bonanni⁴, M. Chellini¹, F. Cirao⁵, M. Donzellini¹, S. Guarducci⁶, C. Pacciani², D. Paolini¹, F. Pieralli¹, L. Tattini⁶

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

² Staff Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria Annunziata, Firenze

³ Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

⁴ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

⁵ Direttore Sanitario P.O. Santa Maria Annunziata, Firenze

⁶ Staff Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze

Parole chiave: rifiuti sanitari, raccolta differenziata

Introduzione. La gestione dei rifiuti sanitari rappresenta una questione di primaria importanza per le strutture sanitarie sia in termini quantitativi di rifiuti prodotti sia in termini economici di costi legati alla loro gestione.

Contenuti. La raccolta differenziata dei rifiuti sanitari all'interno del P.O. Santa Maria Annunziata di Firenze coinvolge trasversalmente tutti gli operatori e dal 2009 è costantemente presidiata attraverso un controllo di tipo qualitativo sui rifiuti prodotti con verifica verbalizzata tramite check-list sui contenitori aperti nei luoghi di produzione.

Questo sistema ha permesso di implementare le nuove strategie di raccolta e di migliorare la qualità nella gestione dei rifiuti tenendo sempre aperto un confronto operativo con i responsabili del loro conferimento. Parallelamente sono stati intrapresi percorsi formativi con il metodo della formazione on the job, finalizzati a:

- 1) Identificare il rifiuto per il giusto conferimento
- 2) Ridurre i rischi derivanti da una scorretta gestione del rifiuto
- 3) Ottimizzare la raccolta, il trasporto e lo smaltimento
- 4) Ridurre i costi dello smaltimento
- 5) Migliorare la raccolta dei rifiuti da inviare al riciclo

Inoltre in collaborazione con l'azienda municipalizzata del Comune di Bagno a Ripoli (Fi), in cui si trova il P.O. Santa Maria Annunziata, dal 2013 è stata implementata la nuova raccolta differenziata dei rifiuti sanitari assimilabili agli urbani. Grazie al costante impegno formativo e di verifica, oltre a differenziare e riciclare la carta, nel presidio vengono raccolti ed inviati al recupero anche vetro sanitario ed imballi di materiali plastici da attività sanitaria.

La formazione, la verifica continua e l'implementazione di nuove raccolte differenziate, hanno consentito di ridurre ulteriormente la produzione dei rifiuti solidi a rischio infettivo, che è passata dagli oltre 130.000 kg del 2013 ai 121.000 kg del 2014 (di cui 119.180 assimilabili agli urbani da inviare al recupero) con un calo del 7,1%, che fa seguito al calo del 3% registrato nel 2013 rispetto al 2012 (figura 1).

Tutto questo ha avuto anche un impatto economico positivo, consentendo all'Azienda di risparmiare, per il loro smaltimento, 24.450 euro rispetto all'anno precedente.

L'ulteriore diminuzione della produzione dei materiali solidi a rischio infettivo in una situazione di incrementata attività è riconducibile all'implementazione delle nuove raccolte ed al monitoraggio continuo sulla loro correttezza.

Conclusioni. Il sistema integrato di gestione dei rifiuti nell'Ospedale Santa Maria Annunziata ha portato ad un effettivo incremento della raccolta differenziata con miglioramento del materiale inviato al riciclo, nonché ad un risparmio economico grazie alla diminuzione della produzione dei rifiuti a rischio infettivo.



I VANTAGGI DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO NELLA GESTIONE DEI RIFIUTI IN OSPEDALE



Pieri L.¹, Barchielli C.², Bonaccorsi G.³, Bonanni P.⁴, Chellini M.¹, Cirao F.⁵, Donzellini M.¹, Guarducci S.⁶, Pacciani C.², Paolini D.¹, Pieralli F.¹, Tattini L.⁶

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

² Staff Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria Annunziata, Firenze

³ Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

⁴ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

⁵ Direttore Sanitario P.O. Santa Maria Annunziata, Firenze

⁶ Staff Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze

Introduzione

La gestione dei rifiuti sanitari rappresenta una questione di primaria importanza per le strutture sanitarie sia in termini quantitativi di rifiuti prodotti sia in termini economici di costi legati alla loro gestione.

Contenuti

La raccolta differenziata dei rifiuti sanitari all'interno del P.O. Santa Maria Annunziata di Firenze coinvolge trasversalmente tutti gli operatori e dal 2009 è costantemente presidiata attraverso un controllo di tipo qualitativo sui rifiuti prodotti con verifica verbalizzata tramite check-list sui contenitori aperti nei luoghi di produzione.

Questo sistema ha permesso di implementare le nuove strategie di raccolta e di migliorare la qualità nella gestione dei rifiuti tenendo sempre aperto un confronto operativo con i responsabili del loro conferimento.

Parallelamente sono stati intrapresi percorsi formativi con il metodo della formazione on the job, finalizzati a:

- 1) Identificare il rifiuto per il giusto conferimento
- 2) Ridurre i rischi derivanti da una scorretta gestione del rifiuto
- 3) Ottimizzare la raccolta, il trasporto e lo smaltimento
- 4) Ridurre i costi dello smaltimento
- 5) Migliorare la raccolta dei rifiuti da inviare al riciclo

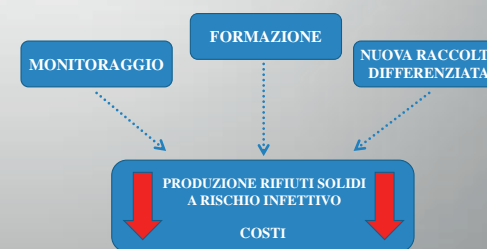
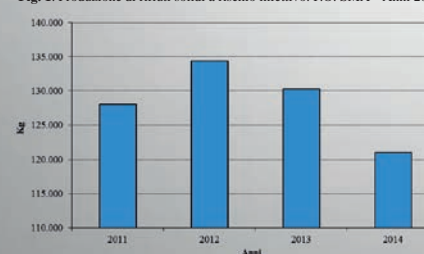
Inoltre in collaborazione con l'azienda municipalizzata del Comune di Bagno a Ripoli (Fi), in cui si trova il P.O. Santa Maria Annunziata, dal 2013 è stata implementata la nuova raccolta differenziata dei rifiuti sanitari assimilabili agli urbani. Grazie al costante impegno formativo e di verifica, oltre a differenziare e riciclare la carta, nel presidio vengono raccolti ed inviati al recupero anche vetro sanitario ed imballi di materiali plastici da attività sanitaria.

La formazione, la verifica continua e l'implementazione di nuove raccolte differenziate, hanno consentito di ridurre ulteriormente la produzione dei rifiuti solidi a rischio infettivo, che è passata dagli oltre 130.000 kg del 2013 ai 121.000 kg del 2014 (di cui 119.180 assimilabili agli urbani da inviare al recupero) con un calo del 7,1%, che fa seguito al calo del 3% registrato nel 2013 rispetto al 2012 (figura 1).

Tutto questo ha avuto anche un impatto economico positivo, consentendo all'Azienda di risparmiare, per il loro smaltimento, 24.450 euro rispetto all'anno precedente.

L'ulteriore diminuzione della produzione dei materiali solidi a rischio infettivo in una situazione di incrementata attività è riconducibile all'implementazione delle nuove raccolte ed al monitoraggio continuo sulla loro correttezza.

Fig. 1. Produzione di rifiuti solidi a rischio infettivo. P.O. SMA – Anni 2011-2014



Conclusioni

Il sistema integrato di gestione dei rifiuti nell'Ospedale Santa Maria Annunziata ha portato ad un effettivo incremento della raccolta differenziata con miglioramento del materiale inviato al riciclo, nonché ad un risparmio economico grazie alla diminuzione della produzione dei rifiuti a rischio infettivo.

PROTOCOLLO ASSISTENZIALE MALTRATTAMENTO E VIOLENZA SESSUALE MINORI- AOU "OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA"

L. Polenta¹, L. Buscemi², L. Incicchitti¹, F. Luzi¹, C. Martini¹, R. Papa¹, M. Sebastiani¹, G. Serafini¹

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, Direzione Medica Ospedaliera;

² Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, SOD Medicina Legale

Parole chiave: maltrattamento, abuso, minori,

Introduzione. L'abuso sui minori rappresenta in Italia una delle problematiche più frequenti che riguardano il mondo dell'infanzia. Da circa 30 anni, in ambito sanitario, è maturata una maggiore consapevolezza in tema di abusi sessuali e maltrattamenti su minori, sebbene vi sia ancora una naturale esitazione nell'identificazione e denuncia di tali episodi, nonostante l'obbligo deontologico, etico, morale e giuridico che investe ogni professionista della salute.

Secondo i dati ISTAT, nel 2009 solo 492 abusi sessuali su minori sono stati segnalati all'Autorità Giudiziaria; la prima "Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia" (Terre des Hommes e Cismai, 2014) condotta per l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, ha invece rilevato che sono oltre 91mila i minorenni maltrattati seguiti dai Servizi Sociali nel nostro Paese.

La diagnosi, la cura ed il trattamento della violenza sui minori rappresentano problematiche complesse che richiedono, secondo quanto riportato dalla letteratura internazionale, un approccio pluridisciplinare con competenze cliniche, psicologiche, sociali e forensi.

Contenuti. Dal 2007 l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona ha organizzato un percorso formativo, finalizzato alla stesura di un protocollo relativo al percorso assistenziale dei minori vittime di maltrattamento e di violenza sessuale. Tale protocollo operativo prevede la presa in carico del minore da parte di una "Unità di crisi" (U.d.C.) costituita dal medico che accoglie il minore in ospedale (generalmente il medico di Pronto Soccorso), dal pediatra, dal neuropsichiatra infantile, dal ginecologo, dal chirurgo pediatra, dal medico legale. I componenti dell'U.d.C. esplicitano il loro parere in apposita cartella clinica e segnalano il caso al Servizio Sociale ospedaliero per gli adempimenti di competenza. Il Medico Legale coordina la stesura dell'eventuale denuncia all'Autorità Giudiziaria da parte dell'U.d.C. Scopo del presente lavoro è valutare l'efficacia dell'applicazione del modello organizzativo proposto, valutando la capacità di riconoscimento delle situazioni a rischio e l'aumentata sensibilità sul tema da parte degli operatori sanitari attraverso l'incremento del numero di segnalazioni all'Autorità Giudiziaria competente.

Conclusioni. Il percorso individuato ha portato ad un miglioramento nell'identificazione dei casi di abuso sessuale/ maltrattamento su minori, evidente soprattutto nei primi anni di applicazione del protocollo come conseguenza delle importanti modifiche organizzative introdotte; alla migliore identificazione dei casi si è altresì associato un incremento percentuale delle conseguenti segnalazioni all'Autorità Giudiziaria. Dal 1° gennaio 2010 ad oggi, i casi osservati nel nostro ospedale sono stati 61, di cui 31 per sospetto maltrattamento e 30 per sospetto abuso sessuale.

Le vittime principali sono risultate le bambine (38), rispetto ai minori di sesso maschile (23). I maschi sono risultati maggiormente vittime di maltrattamento (52%), mentre le femmine di abuso sessuale (77%). Dei 61 casi osservati, 54 hanno riguardato minori italiani e 7 minori stranieri; è da precisare che molti bambini di nazionalità italiana sono figli di genitori stranieri. Nel 70% dei casi di sospetto abuso/maltrattamento è stata inoltrata segnalazione alla competente Autorità Giudiziaria, mediante denuncia redatta e sottoscritta in un unico atto da tutti i componenti dell'Unità di Crisi.

Complessivamente, il percorso individuato ha avuto un significativo impatto sull'organizzazione e si è tradotto in un concreto beneficio per i pazienti oggetto di abusi e/o maltrattamenti. Rimane da migliorare il flusso informativo di ritorno delle informazioni dalle Strutture extra aziendali (Procure, Comuni).



PROTOCOLLO ASSISTENZIALE MALTRATTAMENTO E VIOLENZA SESSUALE MINORI - AOU "OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA"



L. Polenta*, L. Buscemi**, L. Incicchitti*, F. Luzi*, C. Martini*, R. Papa*, M. Sebastiani*, G. Serafini*

*Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, Direzione Medica Ospedaliera;

**Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, SOD Medicina Legale

INTRODUZIONE:

L'abuso sui minori rappresenta in Italia una delle problematiche più frequenti che riguardano il mondo dell'infanzia. Da circa 30 anni, in ambito sanitario, è maturata una maggiore consapevolezza in tema di abusi sessuali e maltrattamenti su minori, sebbene vi sia ancora una naturale esitazione nell'identificazione e denuncia di tali episodi, nonostante l'obbligo deontologico, etico, morale e giuridico che investe ogni professionista della salute.

Secondo i dati ISTAT, nel 2009 solo 492 abusi sessuali su minori sono stati segnalati all'Autorità Giudiziaria; la prima "Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia" (Terre des Hommes e Cismai, 2014) condotta per l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, ha invece rilevato che sono oltre 91mila i minorenni maltrattati seguiti dai Servizi Sociali nel nostro Paese.

La diagnosi, la cura ed il trattamento della violenza sui minori rappresentano problematiche complesse che richiedono, secondo quanto riportato dalla letteratura internazionale, un approccio pluridisciplinare con competenze cliniche, psicologiche, sociali e forensi.

CONTENUTI:

Dal 2007 l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona ha organizzato un percorso formativo, finalizzato alla stesura di un protocollo relativo al percorso assistenziale dei minori vittime di maltrattamento e di violenza sessuale. Tale protocollo operativo prevede la presa in carico del minore da parte di una "Unità di crisi" (U.d.C.) costituita dal medico che accoglie il minore in ospedale (generalmente il medico di Pronto Soccorso), dal pediatra, dal neuropsichiatra infantile, dal ginecologo, dal chirurgo pediatra, dal medico legale. I componenti dell'U.d.C. esplicitano il loro parere in apposita cartella clinica e segnalano il caso al Servizio Sociale ospedaliero per gli adempimenti di competenza. Il Medico Legale coordina la stesura dell'eventuale denuncia all'Autorità Giudiziaria da parte dell'U.d.C.

Scopo del presente lavoro è valutare l'efficacia dell'applicazione del modello organizzativo proposto, valutando la capacità di riconoscimento delle situazioni a rischio e l'aumentata sensibilità sul tema da parte degli operatori sanitari attraverso l'incremento del numero di segnalazioni all'Autorità Giudiziaria competente.

CONCLUSIONI:

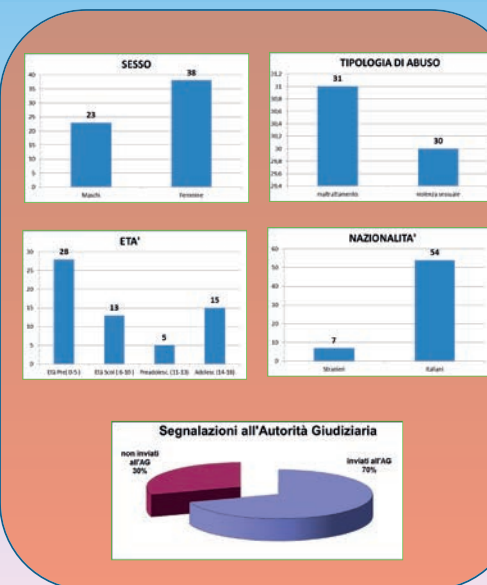
Il percorso individuato ha portato ad un miglioramento nell'identificazione dei casi di abuso sessuale/ maltrattamento su minori, evidente soprattutto nei primi anni di applicazione del protocollo come conseguenza delle importanti modifiche organizzative introdotte; alla migliore identificazione dei casi si è altresì associato un incremento percentuale delle conseguenti segnalazioni all'Autorità Giudiziaria.

Dal 1° gennaio 2010 ad oggi, i casi osservati nel nostro ospedale sono stati 61, di cui 31 per sospetto maltrattamento e 30 per sospetto abuso sessuale.

Le vittime principali sono risultate le bambine (38), rispetto ai minori di sesso maschile (23). I maschi sono risultati maggiormente vittime di maltrattamento (52%), mentre le femmine di abuso sessuale (77%).

Dei 61 casi osservati, 54 hanno riguardato minori italiani e 7 minori stranieri; è da precisare che molti bambini di nazionalità italiana sono figli di genitori stranieri. Nel 70% dei casi di sospetto abuso/maltrattamento è stata inoltrata segnalazione alla competente Autorità Giudiziaria, mediante denuncia redatta e sottoscritta in un unico atto da tutti i componenti dell'Unità di Crisi.

Complessivamente, il percorso individuato ha avuto un significativo impatto sull'organizzazione e si è tradotto in un concreto beneficio per i pazienti oggetto di abusi e/o maltrattamenti. Rimane da migliorare il flusso informativo di ritorno delle informazioni dalle Strutture extra aziendali (Procure, Comuni).



LA QUALITÀ DELL'AZIONE LAVORATIVA IN CORSO DI PATOLOGIA INFETTIVA: COSTITUZIONE DI TEAM DI CONTROLLO

A. Poli¹, A. Appicciafuoco², L. Tattini³, E. Fornai⁴, E. Spadini⁵

¹ Direttore S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria Firenze

² Vice Direttore Sanitario, Azienda Sanitaria Firenze

³ Direzione Sanitaria Aziendale Staff Vice Direttore Sanitario, Azienda Sanitaria Firenze

⁴ Assistente sanitario S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria Firenze

⁵ Infermiere S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria Firenze

Parole chiave: alert organisms, team di controllo, buone pratiche

Introduzione. L'aumentata incidenza delle infezioni da alert organisms ha richiesto l'attivazione di nuovi strumenti operativi che verificassero la qualità dell'azione lavorativa e l'attenzione all'adozione di buone pratiche e comportamenti per il contenimento del rischio infettivo. Il Team di controllo rappresenta una modalità di condivisione e approfondimento che, attraverso l'osservazione delle pratiche sanitarie, restituisce un feedback immediato agli operatori sanitari. L'obiettivo fondamentale è il monitoraggio dell'adesione da parte di tutti gli operatori sanitari alle indicazioni date dalla Procedura Aziendale "Gestione del paziente colonizzato/infetto in ambito ospedaliero".

Contenuti. Il Team di controllo è costituito da un gruppo multiprofessionale formato dalla S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, dalle Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero, dalla Struttura che si occupa della sanificazione ambientale. Prevede la programmazione di sessioni di osservazione, effettuate da un team di operatori sanitari formati allo scopo. Gli strumenti operativi utilizzati sono "Check-list di controllo comportamento operatori sanitari in corso di patologia infettiva", e la "Check-list per il monitoraggio della sanificazione ambientale in corso di patologia infettiva". Le Check-list si articolano in vari criteri di valutazione, inerenti l'appropriatezza della manovra osservata. Al termine di ogni sessione si effettua un briefing durante il quale viene restituito un feedback dei risultati agli operatori sanitari.

Sono state compilate n. 97 Check-list di osservazione sugli operatori sanitari e n. 10 osservazione sugli operatori addetti alla sanificazione ambientale. Le professionalità osservate sono medico (16), infermiere (42), operatore socio sanitario (31), studente (8), operatore addetto alla sanificazione ambientale (10). L'adesione alle best practices è calcolata su diversi criteri di valutazione illustrati nelle tabelle.

Conclusioni. La valutazione e interpretazione dei dati ottenuti, permette al Team di Controllo di lavorare sugli aspetti di non conformità emersi dall'analisi delle schede e procedere alla pianificazione di eventuali interventi correttivi. Tale intervento multidisciplinare diretto agli operatori sanitari con una modalità on the job ha portato ad una maggiore consapevolezza della patologia infettiva, ad una maggiore rispondenza alle buone pratiche, quindi ad una diminuzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Criteri di valutazione	SI	NO	No items
Prima di entrare nella stanza degenza effettua igiene delle mani	83	12	2
Prima di entrare nella stanza degenza indossa DPI	77	19	1
È utilizzato materiale dedicato o monouso	84	11	2
Durante e dopo la manovra evita di toccare con i guanti un altro paziente	78	2	17
Durante la manovra evita di toccare con i guanti l'ambiente circostante	90	3	4
Il materiale utilizzato è smaltito nel contenitore rifiuti a rischio infettivo	84	4	9
La biancheria sporca è smaltita nel sacco di raccolta	64	4	29
Prima di uscire dalla stanza rimuove i DPI nella sequenza corretta	84	12	1
I DPI sono smaltiti nel contenitore rifiuti a rischio infettivo	87	8	2
Dopo aver rimosso i DPI effettua il lavaggio delle mani	85	10	2
La registrazione della visita avviene dopo il lavaggio delle mani	71	3	23
Prima, durante e dopo la manovra ha avuto comportamenti scorretti non precedentemente elencati	17	80	0

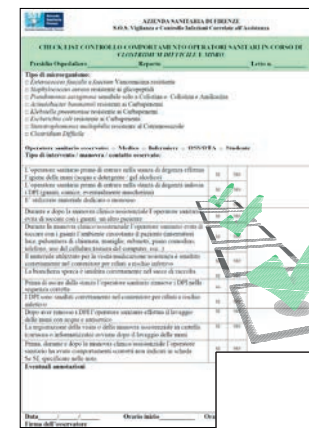
LA QUALITÀ DELL'AZIONE LAVORATIVA IN CORSO DI PATOLOGIA INFETTIVA: COSTITUZIONE DI UN TEAM DI CONTROLLO



Anna Poli*, **Alberto Appicciafuoco****, **Laura Tattini*****, **Enrica Fornai******, **Emanuela Spadini*******
 *Direttore S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria Firenze
 **Vice Direttore Sanitario, Azienda Sanitaria Firenze
 ***Direzione Sanitaria Aziendale Staff Vice Direttore Sanitario, Azienda Sanitaria Firenze
 ****Assistente sanitario S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria Firenze
 *****Infermiere S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria Firenze

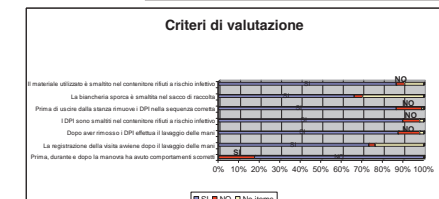
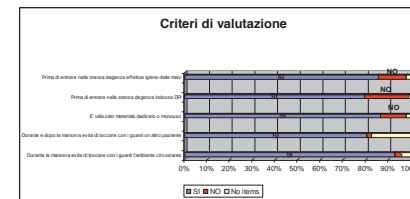
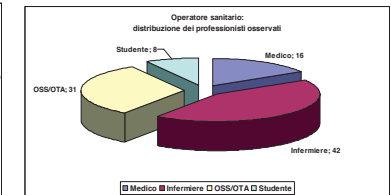
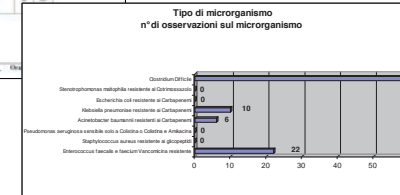
Parole chiave: alert organisms, team di controllo, buone pratiche

Introduzione: L'aumentata incidenza delle infezioni da alert organisms ha richiesto l'attivazione di nuovi strumenti operativi che verificassero la qualità dell'azione lavorativa e l'attenzione all'adozione di buone pratiche e comportamenti per il contenimento del rischio infettivo. Il Team di controllo rappresenta una modalità di condivisione e approfondimento che, attraverso l'osservazione delle pratiche sanitarie, restituisce un feedback immediato agli operatori sanitari. L'obiettivo fondamentale è il monitoraggio dell'adesione da parte di tutti gli operatori sanitari alle indicazioni date dalla Procedura Aziendale "Gestione del paziente colonizzato/infetto in ambito ospedaliero".



Contenuti: Il Team di controllo è costituito da un gruppo multiprofessionale formato dalla S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, dalle Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero, dalla Struttura che si occupa della sanificazione ambientale. Prevede la programmazione di sessioni di osservazione, effettuate da un team di operatori sanitari formati allo scopo. Gli strumenti operativi utilizzati sono "Check-list di controllo comportamento operatori sanitari in corso di patologia infettiva", e la "Check-list per il monitoraggio della sanificazione ambientale in corso di patologia infettiva". Le Check-list si articolano in vari criteri di valutazione, inerenti l'appropriatezza della manovra osservata. Al termine di ogni sessione si effettua un briefing durante il quale viene restituito un feedback dei risultati agli operatori sanitari.

Sono state compilate n. 97 Check-list di osservazione sugli operatori sanitari e n. 10 osservazione sugli operatori addetti alla sanificazione ambientale. Le professionalità osservate sono medico (16), infermiere (42), operatore socio sanitario (31), studente (8), operatore addetto alla sanificazione ambientale (10).



Conclusioni: La valutazione e interpretazione dei dati ottenuti, permette al Team di Controllo di lavorare sugli aspetti di non conformità emersi dall'analisi delle schede e procedere alla pianificazione di eventuali interventi correttivi. Tale intervento multidisciplinare diretto agli operatori sanitari con una modalità on the job ha portato ad una maggiore consapevolezza della patologia infettiva, ad una maggiore rispondenza alle buone pratiche, quindi ad una diminuzione delle infezioni correlate all'assistenza.



OTTIMIZZAZIONE SALE OPERATORIE ASL DI ORISTANO

R. Porceddu*, S. Manai**, E. Porcedda*, N. Orrù***

* Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. San Martino Oristano; ** Coordinatore Infermieristico Blocco Operatorio; *** Direttore Sanitario PP.OO. ASL 5-Oristano

Parole chiave: Sale Operatorie, ottimizzazione

Introduzione. Le Sale Operatorie sono degli importanti driver di costo delle aziende Ospedaliere. Presentano delle inefficienze in termini di ore di lavoro straordinario (retribuito e non), mancato rispetto delle liste operatorie, non evasione tempestiva delle lista d'attesa. Si evidenzia altresì un mancato sfruttamento della capacità produttiva delle Sale.

Contenuti. Lo scopo principale del presente progetto è quello di ottimizzare il tempo di attraversamento dei pazienti nei Blocchi Operatori e migliorare l'utilizzo delle Sale Operatorie con l'obiettivo di aumentare il numero di interventi eseguiti mantenendo gli stessi standard di qualità e diminuendo di conseguenza la lista d'attesa.

Il progetto ha riguardato un campione di 173 interventi in elezione delle specialità di Chirurgia, Urologia, Ortopedia e Ginecologia, distribuiti in 19 giorni lavorativi (dal 2 al 30 gennaio 2015), su 5 sale operatorie. Tutti gli interventi sono stati classificati in interventi a bassa, media e alta complessità.

Ciascun intervento, considerato come un processo ad alto livello, è stato analizzato nella sue diverse fasi: A) entrata del paziente nel Blocco Operatorio; B) entrata del paziente in Sala Operatoria; C) inizio anestesia; D) inizio intervento; E) fine intervento; F) uscita del paziente dalla Sala Operatoria; G) ripristino Sala Operatoria; H) uscita del paziente del Blocco Operatoria.

Conclusioni. L'analisi delle attività pre e post operatorie ha evidenziato che: A) il 34% dei primi pazienti della giornata operatoria arriva nel Blocco Operatorio dopo le ore 8 con un ritardo medio di 11 minuti dovuto al ritardo nei trasporti dai reparti verso il Blocco Operatorio; B) il 100% dei primi pazienti della giornata operatoria entra in Sala Operatoria con un ritardo medio di 20 minuti dovuto all'assenza degli anestesisti in sala con una potenziale perdita di 90 interventi/anno.

L'analisi della attività in Sala Operatoria ha evidenziato che: A) il tempo mediano tra ingresso in sala operatoria e inizio anestesia è di 10 minuti e non ha differenza significativa rispetto all'ordinale paziente; B) l'attività estubazione/risveglio assorbe una mediana di 10 minuti.

Sono state quindi formulate delle idee di miglioramento: A) eliminare i ritardi sui primi interventi della giornata agendo sugli orari di timbratura del personale o sulla programmazione delle liste; B) spostare l'attività di estubazione/risveglio in Recovery Room; C) ridurre i tempi pre e post intervento in sala; E) sposare alcune tipologie di intervento a bassa complessità in Day Surgery; F) ipotizzare un unico team operatorio che lavora in due sale; G) valutare la possibilità di aprire le Sale Operatorie per gli interventi in elezione tutti i giorni lavorativi dalle 8:00 alle 20:00.



Ottimizzazione Sale Operatorie ASL Oristano



R. Porceddu*, S. Manai**, E. Porcedda*, N. Orrù***
*Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. San Martino Oristano, ** Coordinatore Infermieristico Blocco Operatorio***Direttore Sanitario PP.OO. ASL Oristano

PROJECT CHARTER

Problem Statement – Descrizione del problema

Le Sale Operatorie sono degli importanti driver di costo delle aziende Ospedaliere. Presentano delle inefficienze in termini di ore di lavoro straordinario (retribuito e non), mancato rispetto delle liste operatorie, evasione non tempestiva delle lista d'attesa. Si evidenzia altresì un utilizzo non ottimale della capacità produttiva delle Sale.

Obiettivo

Ottimizzare il tempo di attraversamento dei pazienti nei Blocchi Operatori e migliorare l'utilizzo delle Sale Operatorie con l'obiettivo di aumentare il numero di interventi eseguiti mantenendo gli stessi standard di qualità e diminuendo di conseguenza la lista d'attesa

Ambito del progetto

Interventi in elezione di Chirurgia Generale, Urologia, Ginecologia, Ortopedia.

Processo Alto Livello

Classificazione Complessità Interventi

AREA	BASSA	MEDIO	ALTA
Chirurgia	• Enterocolite • Splenectomia • Splenectomia + varicectomia • Splenectomia • Splenectomia lat.	• Colecistectomia • EP-epidididite • Colecistectomia • Proctostomia • Fisiologia • Fisiologia con protesi	• Anestesia ciclo critica • Proctostomia • Resezione rettale
Ginecologia	• Cistostomia • Siderostomia • Siderostomia • Siderostomia • Siderostomia	• Taglio cesareo • Colecistectomia • Laparoscopia • Fisiologia • Fisiologia	• Miectomia • Siderostomia • Siderostomia • Siderostomia
Ortopedia	• Ablazione • Rimozione di mezzi di sintesi • Rimozione di viti • Rimozione di viti • Rimozione di viti • Rimozione di viti • Rimozione di viti • Rimozione di viti	• Artroscopia • Artroscopia • Artroscopia • Artroscopia • Artroscopia • Artroscopia • Artroscopia • Artroscopia	• Protesi Anca • Artroscopia • Artroscopia • Artroscopia • Artroscopia • Artroscopia • Artroscopia • Artroscopia
Urologia	• Cistostomia • Siderostomia • Siderostomia • Siderostomia • Siderostomia	• Cistostomia • Siderostomia • Siderostomia • Siderostomia • Siderostomia	• Cistostomia • Siderostomia • Siderostomia • Siderostomia • Siderostomia

Campione Interventi Rilevati

2-30 gennaio 2015

Oristano = 173 interventi
19 giorni lavorativi

Pianificazione Sale Operatorie

Ore 08:00 - 14:00

1	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI
2	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI
3	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI
4	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI
5	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI

Ore 14:00 - 20:00

1	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI
2	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI
3	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI
4	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI
5	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI	CHI

Complessità interventi: Oristano

Interventi/Unità Operatoria/Complessità

Area	Bassa	Medio	Alta
Chirurgia	45	110	113
Ginecologia	45	110	113
Ortopedia	52	113	183
Urologia	85	247	

Ore occupazione sale vs attività pre- e post-operatorie - totale gennaio 2015 - Oristano

Capacità teorica = 520 ore

1. Capacità teorica = 520 ore = 92%
479 ore = 92%

2. 295 ore S.O. = 62% B.O.
84 ore = 28%

3. 181 ore = 65% S.O.
114 ore = 45%

Capacità teorica ed effettiva

La perdita di carico tra capacità teorica (valore 100%) e l'effettiva «produzione» è fisiologica

Attività pre e post operatorie nel B.O. (1)

Il 34% dei primi pazienti della giornata operatoria arriva nel B.O. dopo le ore 8:00 con un ritardo medio di 11 min (Tot quasi 4 ore)

Il 100% dei primi pazienti della giornata operatoria entra in Sala Operatoria con un ritardo medio di 20 minuti rispetto alle ore 8:00 (Tot 18 ore/anno)

Attività in Sala Operatoria

Attività in Sala Operatoria = 285 ore

Intervento = 88 ore (31%)
Anestesia = 10 ore (3%)
Estubazione/risveglio = 187 ore (66%)

Idee di miglioramento

- Eliminare i ritardi sui primi interventi della giornata
- Spostare attività di estubazione/risveglio in Recovery Room
- Eliminare i ritardi sui primi interventi della giornata
- Spostare estubazione/risveglio
- Spaziamento di alcune tipologie di interventi a bassa complessità in day surgery
- Un team a due sale

Quantificazione idee di miglioramento

Da una nuova organizzazione sala (OBAS) POTENZIALE N. INTERVENTI: 70

Eliminare i ritardi sui primi interventi della giornata: 45 interventi/anno

Spostare estubazione/risveglio: 60 interventi/anno

Spaziamento di alcune tipologie di interventi a bassa complessità in day surgery: 60 interventi/anno

Un team a due sale: 600 interventi/anno

Riduzione tempi di pre-post intervento in sala: 1000 interventi/anno

Apertura sale per interventi in elezione 8:00-20:00 tutti i giorni: 1100 interventi/anno

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE PER LA PREVENZIONE DELLE ICPA: L'ESPERIENZA DELLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO NELLA ASL 3 "GENOVESE"

B. Rebagliati¹, M. Fiscì², F. Bagnasco³, M. Caltabellotta⁴, A.M. De Mite⁵, M. Cattaneo⁶, F. Federa⁷

¹ *Direttore Medico di Presidio Ospedaliero Unico*; ² *Responsabile Direzione Medica Ospedaliera-Ospedale Villa Scassi*; ³ *Responsabile Direzione Medica Ospedaliera-Ospedali Gallino/Colletta*; ⁴ *Responsabile Direzione Medica Ospedaliera- Ospedale Micone*; ⁵ *Coordinatore G.O. CIO ASL 3*; ⁶ *P.O. ICPA*; ⁷ *CPSI G.O. CIO ASL 3*

Parole chiave: ICPA, MCQ, contenimento costi

Introduzione. La necessità di contrastare le ICPA ha portato la Direzione Medica di Presidio, attraverso un coinvolgimento multidisciplinare, a sviluppare procedure, processi e azioni specifiche e sostenere iniziative orientate al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni assistenziali rispettando l'esigenza di contenimento dei costi.

Contenuti.

Sorveglianza attiva sui patogeni emergenti: reporting informatico dei microrganismi Alert ai reparti e contestuale invio di una scheda di verifica ai responsabili infermieristici dipartimentali, che accertano le corrette modalità di messa in atto dell'isolamento del paziente

Potenziamento politica igiene delle mani di operatori e utenti, implementando la diffusione di dispenser di gel alcolico a muro e a totem, estendendola attraverso il posizionamento di totem erogatori elettronici anche alle aree amministrative e alla Formazione

Formazione degli operatori: sensibilizzazione all'igiene delle mani attraverso simulazioni atte a dimostrare la non corretta esecuzione della stessa mediante bioluminescenza e utilizzo di cacao utilizzato come marcatore.

Capitolato speciale sanificazione: a seguito della spending review è stata effettuata una rivalutazione delle metrature e delle definizioni di "complessità di area" con riduzione degli interventi unicamente alle aree a bassa complessità a carattere non assistenziale, recuperando il risparmio orario in un "presidio fisso di sanificazione" destinato alle aree assistenziali con maggiori necessità di sanificazione.

Ricondizionamento DMR: attenta osservanza delle modalità di reprocessing secondo «UNI TR 11408/2011».

Autoconfezionamento di KIT: "in TTR trilaminato sterile per intervento chirurgico" e "Kit procedurali per impianto PICC e CVC Diretti" con conseguente annullamento dei processi di sterilizzazione del tessile e recupero di ore lavoro da destinare all'assistenza.

Centralizzazione del processo di sterilizzazione delle garze utilizzate nelle SS.OO. del POU

Monitoraggio della qualità dell'acqua: implementato il percorso in convenzione per il controllo microbiologico e chimico dell'acqua sanitaria e dell'acqua utilizzata per la dialisi extracorporea. Il monitoraggio continuo viene applicato a Ospedali, RSA, Ambulatori territoriali evidenziando punti critici che necessitano di interventi correttivi. Sono stati installati, in ogni ospedale, sistemi di trattamento dell'acqua a biossido di cloro e filtri a barriera totale in alcuni punti specifici (terapie intensive, neonatologia, sale operatorie, docce spogliatoi)

Monitoraggio microclimatico dell'aria e delle superfici: mediante specifica convenzione, utilizzando gli opportuni parametri di controllo vengono monitorate sale operatorie, terapie intensive, ambulatori chirurgici, locali destinati alla preparazione di DM/DMR sterili, locali di immunematologia e medicina trasfusionale, UFA. Dalla valutazione dei risultati del monitoraggio, se occorre, vengono messe in atto azioni correttive specifiche per le aree interessate

Procedure Cliniche/ PDTA basati sulle evidenze scientifiche (EBM), per il miglioramento delle pratiche e dei percorsi assistenziali, operando per la corretta integrazione Ospedali/Territorio.

Conclusioni.

- N° 237 schede verifica isolamento inviate gennaio-giugno 2015
- N° 0,10 casi di batteriemie da CPE /1000 gg ricovero (anno 2014)
- Maggiore adesione all'igiene delle mani con trend in aumento dei consumi di gel alcolico nei reparti di degenza: da 4,65 lt/1000 gg degenza nel 2013 a 8,67 lt/1000 gg degenza nel 2014
- Recupero di 7 ore di attività di sanificazione giornaliera destinata a presidio fisso
- N° 190 Ore lavoro mensili circa recuperate dalla introduzione del trilaminato sterile
- N° 36 Ore lavoro mensili recuperate dal trasferimento di attività alla Centrale di confezionamento e sterilizzazione
- Nessun caso di legionellosi ospedaliera



Approccio multidisciplinare per la prevenzione delle ICPA: l'esperienza della Direzione Medica di Presidio nella ASL 3 "Genovese".



Bruna Rebagliati¹, Mario Fiscì², Fiorella Bagnasco³, Marta Caltabellotta⁴, Anna Maria De Mite⁵, Mauro Cattaneo⁶, Francesca Federa⁷

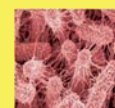
¹Direttore Medico di POU, ²Responsabile Direzione Medica Ospedaliera-Ospedale Villa Scassi, ³Responsabile Direzione Medica Ospedaliera-Ospedali Gallino/Colletta, ⁴Responsabile Direzione Medica Ospedaliera-Ospedale Micone, ⁵Coordinatore G.O. CIO ASL 3, ⁶P.O. ICPA, ⁷CPSI G.O. CIO ASL 3

Parole chiave : ICPA – MCQ - Contenimento costi

Introduzione

La necessità di contrastare le ICPA ha portato la Direzione Medica di Presidio, attraverso un coinvolgimento multidisciplinare, a sviluppare procedure, processi e azioni specifiche e sostenere iniziative orientate al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni assistenziali rispettando l'esigenza di contenimento dei costi.

Contenuti



Sorveglianza attiva sui patogeni emergenti: reporting informatico dei microrganismi Alert ai reparti e contestuale invio di una scheda di verifica ai responsabili infermieristici dipartimentali, che accertano le corrette modalità di messa in atto dell'isolamento del paziente

Potenziamento politica igiene delle mani di operatori e utenti, implementando la diffusione di dispenser di gel alcolico a muro e a totem, estendendola attraverso il posizionamento di totem erogatori elettronici anche alle aree amministrative e alla Formazione

Formazione degli operatori: sensibilizzazione all'igiene delle mani attraverso simulazioni atte a dimostrare la non corretta esecuzione della stessa mediante bioluminescenza e utilizzo di cacao utilizzato come marcatore durante la simulazione della rimozione dei DPI.

Capitolato speciale sanificazione: a seguito della spending review è stata effettuata una rivalutazione delle metrature e delle definizioni di "complessità di area" con riduzione degli interventi unicamente alle aree a bassa complessità a carattere non assistenziale, recuperando il risparmio orario in un "presidio fisso di sanificazione" destinato alle zone assistenziali con maggiori necessità di sanificazione (maniglie, porte, pulsanterie, tastiere, ecc)



Ricondizionamento DMR: attenta osservanza delle modalità di reprocessing secondo «UNI TR 11408/2011»

Autoconfezionamento di KIT: "in TTR trilaminato sterile per intervento chirurgico" e "Kit procedurali per impianto PICC e CVC Diretti", che ha consentito l'annullamento dei processi di sterilizzazione del tessile e il recupero di ore lavoro da destinare all'assistenza.

Centralizzazione del processo di sterilizzazione delle garze utilizzate nelle SS.OO. del POU alla Centrale di confezionamento e sterilizzazione.

Monitoraggio della qualità dell'acqua per uso sanitario: la ASL 3 Genovese ha implementato un percorso in convenzione, per il controllo microbiologico e chimico dell'acqua sanitaria e dell'acqua utilizzata per la dialisi extracorporea. Il monitoraggio continuo viene applicato a Ospedali, RSA, Ambulatori territoriali e ha permesso di evidenziare punti critici che necessitavano di interventi correttivi. Sono stati installati, in ogni ospedale, sistemi di trattamento dell'acqua a biossido di cloro e filtri a barriera totale in alcuni punti specifici (terapie intensive, neonatologia, sale operatorie, docce spogliatoi)



Monitoraggio microclimatico della qualità dell'aria e delle superfici: mediante specifica convenzione vengono monitorate sale operatorie, sale di chirurgia ambulatoriale, terapie intensive, locali destinati alla preparazione di DM/DMR sterili, locali immunematologia e medicina trasfusionale, UFA, utilizzando gli opportuni parametri di controllo. A seguito delle analisi, se occorre, vengono messe in atto azioni correttive specifiche per le aree interessate

Risultati

- ✓ N° 237 schede verifica isolamento inviate gennaio-giugno 2015
- ✓ N° 0,10 casi di batteriemie da CPE /1000 gg ricovero (anno 2014)
- ✓ Maggiore adesione all'igiene delle mani con trend in aumento dei consumi di gel alcolico nei reparti di degenza: da 4,65 lt/1000 gg degenza nel 2013 a 8,67 lt/1000 gg degenza nel 2014
- ✓ Recupero di 7 ore di attività di sanificazione giornaliera destinata a presidio fisso
- ✓ N° 190 Ore lavoro mensili recuperate dalla introduzione del trilaminato sterile
- ✓ N° 36 ore lavoro mensili recuperate dal trasferimento di attività alla centrale di Confezionamento e sterilizzazione
- ✓ Nessun caso di legionellosi ospedaliera



AUDIT CLINICO PROSPETTICO IN MERITO ALLA CHIRURGIA DEL CANCRO DEL RETTO

S. Reggiani¹, D. Zoli¹, M. Ferrarini², D. Palombo³, G. Orengo⁴

¹ Medici in Formazione Specialistica c/o Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

² Direttore Scientifico, IRCCS AOU San Martino-IST

³ Direttore del Dipartimento Chirurgia generale, specialistica ed oncologica, IRCCS AOU San Martino-IST

⁴ Direttore c/o U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditemento e URP, IRCCS AOU San Martino-IST

Parole chiave: tumore del retto, audit clinico, pazienti oncologici.

Introduzione. Il cancro coloretale è la seconda causa di morte tra le malattie oncologiche. La sua incidenza è quattro volte più alta nei paesi sviluppati rispetto ai paesi in via di sviluppo. Nei paesi con una più alta prevalenza, circa il 6% della popolazione soffre di questa malattia nel corso della vita. La resezione chirurgica del tumore, da sola può curare circa il 40% dei casi, mentre il trattamento adiuvante e neoadiuvante migliora la sopravvivenza del 5-6%.

Al fine di valutare l'iter diagnostico e terapeutico del paziente sottoposto a chirurgia per cancro del retto, l'U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditemento e URP dell'IRCCS San Martino-IST di Genova ha condotto un audit clinico prospettico della durata di un anno.

Contenuti. I pazienti sottoposti a resezione anteriore di retto sono stati quotidianamente individuati attraverso i sistemi informativi aziendali. Di questi pazienti, tramite la lettura delle cartelle cliniche, sono stati valutati i 23 indicatori scelti sulla base delle migliori evidenze scientifiche nazionali e internazionali.

Dal 1 Marzo 2014 al 28 Febbraio 2015 sono stati operati 79 tumori del retto. Le strutture chirurgiche intervenute sono state 6 e i casi sono stati così distribuiti: 41 la prima, 23 la seconda, 6 la terza e la quarta, 2 la quinta e 1 la sesta. I primi operatori sono stati in tutto 14, solo uno ha superato i 30 interventi durante l'anno e due i 10 interventi. Cinque chirurghi hanno operato un solo caso di cancro del retto.

Gli indicatori di tecnica chirurgica sono risultati ampiamente soddisfacenti e conformi agli standard. Entro trenta giorni dall'intervento 2 pazienti sono deceduti (2,5%) e 7 (8,9%) sono stati sottoposti a un re-intervento.

Nel 73,4% dei casi non è stata documentata la stadiazione TNM prechirurgica in cartella clinica e solo cinque dei 79 casi sono stati discussi al DMT (Disease Management Team).

Conclusioni. I dati emersi dall'audit dimostrano una buona performance tecnica complessiva ma suggeriscono la necessità di ottimizzare il percorso terapeutico e la presa in carico del paziente attraverso una migliore integrazione multidisciplinare.



Audit clinico prospettico in merito alla chirurgia del cancro del retto

Silvia Reggiani¹, Daniela Zoli¹, Manlio Ferrarini², Domenico Palombo³, Giovanni Orengo⁴

¹ Medici in Formazione Specialistica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

² Direttore Scientifico, IRCCS AOU San Martino-IST

³ Direttore del Dipartimento di Chirurgia generale, specialistica ed oncologica, IRCCS AOU San Martino-IST

⁴ Direttore dell'U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditemento e URP, IRCCS AOU San Martino-IST

Introduzione

Il cancro coloretale è la seconda causa di morte tra le malattie oncologiche. La sua incidenza è quattro volte più alta nei paesi sviluppati rispetto ai paesi in via di sviluppo. Nei paesi con una più alta prevalenza, circa il 6% della popolazione soffre di questa patologia nel corso della vita. La resezione chirurgica del tumore, da sola può curare fino al 40% dei casi, mentre il trattamento adiuvante e neoadiuvante migliora la sopravvivenza del 5-6%. Al fine di valutare l'iter diagnostico e terapeutico del paziente sottoposto a chirurgia per cancro del retto, l'U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditemento e URP dell'IRCCS San Martino-IST di Genova ha condotto un audit clinico prospettico della durata di un anno.

Contenuti

I pazienti sottoposti a resezione anteriore di retto sono stati quotidianamente individuati attraverso i sistemi informativi aziendali.

Di questi pazienti, tramite la lettura delle cartelle cliniche, sono stati valutati i 23 indicatori scelti sulla base delle migliori evidenze scientifiche nazionali e internazionali.

Dal 1 Marzo 2014 al 28 Febbraio 2015 sono stati operati 79 tumori del retto. Le strutture chirurgiche intervenute sono state 6 e i casi sono stati così distribuiti: 41 la prima, 23 la seconda, 6 la terza e la quarta, 2 la quinta e 1 la sesta. I primi operatori sono stati in tutto 14, solo uno ha superato i 30 interventi durante l'anno e due i 10 interventi. Cinque chirurghi hanno operato un solo caso di cancro del retto.

Gli indicatori di tecnica chirurgica sono risultati ampiamente soddisfacenti e conformi agli standard.

Entro trenta giorni dall'intervento 2 pazienti sono deceduti (2,5%) e 7 (8,9%) sono stati sottoposti a un re-intervento.

Nel 73,4% dei casi non è stata documentata la stadiazione TNM prechirurgica in cartella clinica e solo cinque dei 79 casi sono stati discussi al DMT (Disease Management Team).

Area	N°	INDICATORE	RESPONSABILITA'
EFFICIENZA DI SISTEMA	1	GIORNATE DI DEGENZA	Struttura chirurgica
	2	DEGENZA PREOPERATORIA	Struttura chirurgica
	3	DEGENZA POSTOPERATORIA	Struttura chirurgica
	4	ATTESA TERAPIA ADIUVANTE	Struttura oncologica
	5	FAST TRACK	Struttura chirurgica /anestesia
	6	SALA OPERATORIA	Struttura di anestesia
	7	INTEGRITA' EQUIPE	Struttura di anestesia
	8	DISCUSSIONE GIP	Struttura chirurgica
	9	UO ADIUVANTE	Struttura oncologica
	10	STADIAZIONE TNM	Struttura chirurgica
TECNICA CHIRURGICA	11	DISTANZA RIMA ANALE- INTERVENTO	Primo operatore
	12	LAPAROSCOPIA	Primo operatore
	13	CLASSIFICAZIONE R	Primo operatore
	14	EFFETTUAZIONE NEOADIUVANTE	Struttura chirurgica
	15	COMPLICANZE	Struttura chirurgica
	16	N° LINFONODI	Primo operatore
	17	MARGINI INDENNI	Primo operatore
	18	INTEGRITA' MESORETTO	Primo operatore
	19	TEMPO DI RICANALIZZAZIONE	Primo operatore
	20	CONFEZIONE STOMIA	Primo operatore
ESITO	21	DECESSO	Struttura chirurgica
	22	RECIDIVA LOCALE	Primo operatore
	23	CONTINENZA SFINTERICA	Primo operatore

Conclusioni

I dati emersi dall'audit dimostrano una buona performance tecnica complessiva ma suggeriscono la necessità di ottimizzare il percorso terapeutico e la presa in carico del paziente attraverso una migliore integrazione multidisciplinare.

RISCHIO INFETTIVO IN OSPEDALE: THE STRANGE CASE OF DR. CHICKENPOX AND MR. MEASLES

E. Ricchi¹, V. Lodi², G. Govoni¹, C. Vrahulaki², I. Fini¹, F.S. Violante²

¹ Igiene Ospedaliera e Prevenzione; ² U.O. Medicina del Lavoro

Az. Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi

Parole chiave: rischio infettivo, sorveglianza sanitaria dei dipendenti

Introduzione. La tutela degli operatori sanitari nei confronti del rischio di contrarre infezioni potenzialmente gravi e letali e la sicurezza degli utenti sono responsabilità della Direzione delle Aziende Sanitarie. In un contesto in cui per queste infezioni non è ancora richiesta la immunizzazione universale del personale di assistenza, per ogni notifica di malattia infettiva diffusiva l'Igiene Ospedaliera avvia una specifica indagine epidemiologica orientata alla ricerca dei contatti intra-ospedalieri a seguito della quale la Medicina del Lavoro verifica, consultando la cartella del dipendente o eseguendo la ricerca del titolo anticorpale, la eventuale immunità specifica del dipendente e, se del caso, offre la vaccinazione per morbillo o varicella. Scopo di questo lavoro, condotto in un Policlinico di circa 1.300 posti letto con oltre 5.000 dipendenti cui devono essere necessariamente sommati alcune migliaia di professionisti che, a qualsiasi titolo, quotidianamente operano al suo interno, era verificare se e in che misura le procedure in essere fossero efficaci nel controllare il rischio di diffusione di queste infezioni fra gli operatori sanitari ed i pazienti.

Contenuti. Nel periodo gennaio 2014-giugno 2015 abbiamo gestito 238 notifiche di morbillo (74) o varicella (164). Tutti i professionisti esposti a questi casi erano categorizzati come "potenzialmente suscettibili" sino al momento della verifica della eventuale immunocompetenza specifica: questa categoria comprende pertanto, in prima istanza, i sanitari effettivamente suscettibili ma anche quelli per i quali la Medicina del Lavoro non aveva alcuna informazione circa lo stato immunitario. La maggior parte delle esposizioni al morbillo o varicella (197/238 pari al 64,1%) si esaurivano, ovviamente (considerato il tipo di malattie di cui trattasi), in sede di Pronto Soccorso ed in quest'ambito la prevalenza di esposizioni potenzialmente suscettibili è risultata pari al 5%. I 22 casi di morbillo o varicella insorti in pazienti ricoverati (per altri motivi o con diverso sospetto diagnostico), sono la causa di oltre 560 esposizioni professionali, il 26,4% delle quali interessavano soggetti potenzialmente suscettibili. Infine si sono verificati 19 casi di malattia in operatori sanitari che hanno determinato un elevato numero di esposizioni di colleghi (520) dei quali, nel 33,8% dei casi, non era noto lo stato immunitario. Questa categoria riveste particolare importanza per gli utenti in quanto abbiamo stimato che non meno di 500 ricoverati siano stati esposti ai 19 sanitari nella fase di incubazione delle infezioni di cui trattasi. L'analisi delle sedi di lavoro dimostra come questi sanitari siano prevalentemente impiegati in settori ove usualmente non sono gestite queste malattie diffuse e la sensibilità del personale alle misure di profilassi ed ai controlli periodici è più modesto. Rilevante è anche la quota di soggetti impiegati in contesti (Terapia Intensiva 4 casi, Onco-ematologia 3 casi) in cui il rischio di complicanze per i pazienti che contraggano morbillo o varicella è potenzialmente maggiore. Inoltre si tratta prevalentemente di specializzandi e personale in formazione in genere che sono caratterizzati da una maggiore mobilità fra i reparti: emblematico era il caso di un giovane studente del corso di laurea in infermieristica che nei 3 giorni precedenti l'insorgenza della malattia aveva avuto contatti con 49 colleghi (13 dei quali dimostratisi poi suscettibili) che frequentavano, a loro volta, diversi altri reparti dell'ospedale. Nello stesso periodo sono stati infine registrati 5 cluster epidemiologicamente correlati nei quali il caso indice erano pazienti (3) o operatori sanitari (2).

Conclusioni. Per quanto il concetto di "potenziale suscettibilità", adottato in questo lavoro, non si identifichi con l'assenza di una immunità specifica ma tenda piuttosto a evidenziare eventuali carenze nei meccanismi di controllo, il Policlinico dimostra una notevole "fragilità" nei confronti della penetrazione di queste comuni infezioni ed elevato è il rischio che queste diffondano agli operatori sanitari e ai pazienti. La mancanza di informazioni in una percentuale così elevata di contatti comporta sempre notevoli perdite di tempo laddove un efficace contenimento di infezioni altamente contagiose richiede tempestività. Crediamo che la "fragilità" del nostro ospedale non sia una prerogativa esclusiva, in quanto le condizioni predisponenti (età, resistenze culturali ai controlli ed alle vaccinazioni, scarsa sensibilità verso le misure di prevenzione, una certa farraginosità dei meccanismi di controllo e verifica in contesti tanto vasti ed articolati) sono elementi comuni a molteplici realtà assistenziali. In presenza poi di un tasso di immunocompetenza nota del tutto insoddisfacente è probabilmente più utile un approccio che colleghi la immunità certa nei confronti di queste e di altre infezioni altamente diffuse alla idoneità alla mansione specifica del lavoratore (D.lgs. 91/2008).

Rischio Infettivo in Ospedale: the strange case of Dr. Chickenpox and Mr. Measles

Ennio Ricchi*, Vittorio Lodi°, Guido Govoni*, Constantia Vrahulaki°, Ivana Fini*, Francesco Saverio Violante°

Igiene Ospedaliera e Prevenzione, Medicina del Lavoro
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi

Introduzione

La tutela degli operatori sanitari nei confronti dei rischi di contrarre infezioni potenzialmente gravi e letali e la sicurezza degli utenti sono precise responsabilità della Direzione delle Aziende Sanitarie. In un contesto in cui non è ancora richiesta la immunizzazione universale del personale di assistenza verso morbillo e varicella, per ogni notifica di malattia infettiva diffusiva l'Igiene Ospedaliera avvia una specifica indagine epidemiologica orientata alla ricerca dei contatti intra-ospedalieri a seguito della quale la Medicina del Lavoro verifica, consultando la cartella del dipendente o eseguendo la ricerca del titolo anticorpale, la eventuale immunità specifica del dipendente e, se del caso, offre la vaccinazione per morbillo o varicella. Scopo di questo lavoro, condotto in un Policlinico di circa 1.300 posti letto e oltre 5.000 dipendenti cui devono essere necessariamente sommati alcune migliaia di professionisti che, a qualsiasi titolo, quotidianamente operano al suo interno, è verificare se e in che misura le procedure in essere risultino efficaci nel controllare il rischio di diffusione di queste infezioni fra gli operatori sanitari ed i pazienti.

Contenuti

Nel periodo gennaio 2014-giugno 2015 sono pervenute 238 notifiche di morbillo (74) e varicella (164). Tutti i professionisti esposti erano categorizzati come "potenzialmente suscettibili" sino al momento della verifica della eventuale immunocompetenza specifica: questa categoria comprende pertanto, in prima istanza, i sanitari effettivamente suscettibili ma anche quelli per i quali la Medicina del Lavoro non aveva alcuna informazione circa lo stato immunitario. Nella tab. 1 le esposizioni nel personale sanitario sono stratificate come di seguito:

- la maggior parte delle esposizioni al morbillo e varicella (197/238 pari al 64,1%) si esauriscono, ovviamente (considerato il tipo di malattie di cui trattasi), in sede di Pronto Soccorso ed in quest'ambito la prevalenza di esposizioni potenzialmente suscettibili risulta pari al 5%.

- I 22 casi di morbillo o varicella insorti in pazienti ricoverati (per altri motivi o con diverso sospetto diagnostico) rappresentano meno del 10% di tutte le notifiche ma sono la causa di oltre 560 esposizioni professionali, il 26,4% delle quali interessano soggetti potenzialmente suscettibili.

- Infine si sono verificati 19 casi di malattia in operatori sanitari che hanno determinato un elevato numero di esposizioni di colleghi (520) dei quali, nel 33,8% dei casi, non era noto lo stato immunitario.

Questa categoria riveste particolare importanza per quanto attiene poi il rischio per gli utenti: abbiamo stimato infatti, che non meno di 500 ricoverati siano stati esposti ai 19 sanitari nella fase di incubazione delle infezioni di cui trattasi. L'analisi delle sedi di lavoro dimostra che questi sanitari sono prevalentemente impiegati in settori ove usualmente non sono gestite malattie diffuse e di conseguenza la sensibilità del personale alle misure di profilassi ed ai controlli periodici è più modesto (chirurgie e medicine specialistiche). Rilevante è però la quota di operatori impiegati in contesti (Terapia Intensiva 4 casi, Onco-ematologia 3 casi) in cui il rischio di complicanze per i pazienti che contraggono morbillo o varicella è potenzialmente maggiore. Inoltre si tratta prevalentemente di specializzandi e personale in formazione in genere, caratterizzati da una maggiore mobilità fra i reparti: emblematico è il caso di un giovane studente del corso di laurea in infermieristica che nei 3 giorni precedenti l'insorgenza della malattia aveva avuto contatti con 49 colleghi (13 dei quali dimostratisi poi suscettibili) che frequentavano, a loro volta, diversi altri reparti dell'ospedale. Nello stesso periodo sono stati infine registrati 5 cluster epidemiologicamente correlati nei quali il caso indice erano pazienti (3) o operatori sanitari (2).

Conclusioni

Per quanto il concetto di "potenziale suscettibilità", adottato in questo lavoro, non si identifichi con l'assenza di una immunità specifica ma tenda piuttosto a evidenziare eventuali carenze nei meccanismi di controllo, il Policlinico dimostra una notevole "fragilità" nei confronti della penetrazione di queste comuni infezioni ed elevato è il rischio che queste diffondano agli operatori sanitari e ai pazienti. La mancanza di informazioni in una percentuale così elevata di contatti professionali comporta sempre notevoli perdite di tempo laddove un efficace contenimento di infezioni altamente contagiose richiede tempestività. Riteniamo che la "fragilità" del nostro ospedale non sia una prerogativa esclusiva, in quanto le condizioni predisponenti (età, resistenze culturali ai controlli ed alle vaccinazioni, scarsa sensibilità verso le misure di prevenzione, una certa farraginosità dei meccanismi di controllo e verifica in contesti tanto vasti ed articolati) sono elementi comuni a molteplici realtà assistenziali. In presenza poi di un tasso di immunocompetenza nota del tutto insoddisfacente è probabilmente più utile un approccio che colleghi la immunità certa nei confronti di queste e di altre infezioni altamente diffuse alla idoneità alla mansione specifica del lavoratore (D.lgs. 91/2008).

Tab 1. Notifiche di morbillo e varicella per provenienza: esposizione di operatori sanitari, numero e % di esposizioni in soggetti potenzialmente suscettibili.

	notifiche	esposizioni personale sanitario	casi potenzialmente suscettibili	%
personale di PS	197	1.937	96	5.0
Ricoverati	22	565	149	26.4
Sanitari ammalati	19	520	176	33.8

*Igiene Ospedaliera e Prevenzione, Medicina del Lavoro
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.

Orsola-Malpighi

ennio.ricchi@aosp.bo.it

PROCEDURE DI PULIZIA E AEROSOLIZZAZIONE NELLA SANIFICAZIONE DELLE U.T.A. E DEL CANALI AEREAULICI

G. Salvatorelli, S. De Lorenzi

Università di Ferrara - Dipartimento di Scienze della Vita e Biotecnologie, Sez. Biologia Evolutiva

Parole chiave: U.T.A., aerosolizzazione

Introduzione. Norme in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro come il D.Lgs 81/2008 e le Linee Guida per il controllo e prevenzione della legionellosi considerano gli impianti di aerazione e le unità di trattamento dell'aria (U.T.A.) e relative canalizzazioni, come possibili veicoli di propagazione della carica microbica nell'aria. Secondo l'art. 59 della L.R. n. 33/2009, al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive trasmesse da nebulizzazione dagli impianti di condizionamento, le strutture sanitarie devono compiere azioni di prevenzione, controllo e manutenzione degli impianti con cadenza minima annuale. Gli interventi per mantenere le buone condizioni delle U.T.A. e relative canalizzazioni sono:

- Video-ispezioni tramite apparecchiatura elettronica provvista di telecamera, per valutarne lo stato e per visionare l'eventuale presenza e la tipologia del contaminante sedimentato;
- Pulizia mediante inserimento nelle canalizzazioni di macchina spazzolatrice e relativo sistema di aspirazione HEPA per il recupero del particolato rimosso dall'azione meccanica;
- Pulizia meccanica delle U.T.A. in tutti i suoi scomparti (sostituzione delle batterie filtranti);
- Sanificazione mediante immissione all'interno delle U.T.A. e dei canali di un prodotto aerosolizzato, ad azione battericida e fungicida;
- Controllo microbiologico (pre e post trattamento) mediante piastre a contatto;
- Monitoraggio chimico e microbiologico dell'aria aspirata dalle UTA e dai locali annessi.

Contenuti. È stata valutata l'applicazione del processo di Ispezione, Pulizia e Sanificazione tramite Robot Video-ispettore, Macchina Spazzolatrice e l'azione di un prodotto disinfettante pronto all'uso BIO HY-Pro-Technical, il cui principio attivo è H₂O₂ al 7%, aerosolizzato mediante aerosolizzatore BIOSpray230 sulle U.T.A. e le canalizzazioni dell'aria in strutture ospedaliere al termine delle procedure di pulizia meccanica. Si è quindi confrontata tra la carica microbica e fungina superficiale prima e dopo l'aerosolizzazione. La durata dell'esposizione al disinfettante è regolata automaticamente dall'aerosolizzatore in base alla cubatura delle canalizzazioni.

I punti analizzati sono stati: U.T.A.; Inizio e fine del canale di immissione dell'aria (mandata); Inizio e fine del canale di recupero dell'aria (estrazione).

La carica microbica superficiale è stata valutata mediante piastre da contatto contenenti adeguato mezzo agarizzato (PCA per la conta batterica totale e Sabouraud Dextrose per muffe e lieviti). Dopo opportuna incubazione si è proceduto alla conta delle UFC sviluppate.

Sono stati valutati per la conta batterica totale 52 punti prima delle attività di bonifica, di cui il 9,62% presentava un numero di UFC/24cm² < 100 con un range variabile da 59 a 80 UFC/24cm² mentre il restante 90,38% presentava un numero di UFC/24cm² > 100. Dei 48 punti esaminati dopo l'aerosolizzazione solo il 14,6% presentava una carica > 1 UFC/24cm², con un range variabile da 4 a 32 UFC/24cm² mentre il restante 85,4% presentava un numero di UFC/24cm² < 1.

Per la conta di funghi e lieviti, sono stato valutati 100 punti prima dell'aerosolizzazione di cui il 15% presentava valori inferiori a 100 UFC/24cm², con un range variabile da >1 a 83 UFC/24cm² mentre il restante 85% presentava un numero di UFC/24cm² > 100. Dei 99 punti esaminati dopo l'aerosolizzazione solo il 18,2% presentava valori >1 UFC/24cm², con un range variabile da 3 a 45 UFC/24cm² mentre il restante 81,8% presentava un numero di UFC/24cm² < 1.

Conclusioni. Il protocollo di Pulizia e Sanificazione applicato da BIOH per U.T.A. e canali di aerazione ha determinato un efficace abbattimento della carica microbica garantendo standard di sicurezza in conformità al vigente quadro normativo. I risultati microbiologici hanno consentito inoltre il rilascio della certificazione di sicurezza e idoneità igienico sanitaria degli impianti ai sensi del D.Lgs 81/2008, delle Linee Guida del 05 Ottobre 2006, delle Norme Tecniche UNI e dei protocolli operativi NADCA.

PROCEDURE DI PULIZIA E AEROSOLIZZAZIONE NELLA SANIFICAZIONE DELLE U.T.A. E DEI CANALI AEREAULICI

Salvatorelli Germano, De Lorenzi Sonia

Università di Ferrara - Dipartimento di Scienze della Vita e Biotecnologie, Sez. Biologia Evolutiva

PAROLE CHIAVE

U.T.A., Aerosolizzazione

INTRODUZIONE

Norme in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro come il D.Lgs 81/2008 e le Linee Guida per il controllo e prevenzione della legionellosi considerano gli impianti di aerazione e le unità di trattamento dell'aria (U.T.A.) e relative canalizzazioni, come possibili veicoli di propagazione della carica microbica nell'aria. Secondo l'art. 59 della L.R. n. 33/2009, al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive trasmesse da nebulizzazione dagli impianti di condizionamento, le strutture sanitarie devono compiere azioni di prevenzione, controllo e manutenzione degli impianti con cadenza minima annuale.

Gli interventi per mantenere le buone condizioni delle U.T.A. e relative canalizzazioni sono (Fig. 1):

- Video-ispezioni tramite apparecchiatura elettronica provvista di telecamera, per valutarne lo stato e per visionare l'eventuale presenza e la tipologia del contaminante sedimentato;
- Pulizia mediante inserimento nelle canalizzazioni di macchina spazzolatrice e relativo sistema di aspirazione HEPA per il recupero del particolato rimosso dall'azione meccanica;
- Pulizia meccanica delle U.T.A. in tutti i suoi scomparti (sostituzione delle batterie filtranti);
- Sanificazione mediante immissione all'interno delle U.T.A. e dei canali di un prodotto aerosolizzato, ad azione battericida e fungicida;
- Controllo microbiologico (pre e post trattamento) mediante piastre a contatto;
- Monitoraggio chimico e microbiologico dell'aria aspirata dalle UTA e dai locali annessi.

CONTENUTI

È stata valutata l'applicazione del processo di Ispezione, Pulizia e Sanificazione tramite Robot Video-ispettore, Macchina Spazzolatrice e l'azione di un prodotto disinfettante pronto all'uso BIO HY-Pro-Technical, il cui principio attivo è H₂O₂ al 7%, aerosolizzato mediante aerosolizzatore BIOSpray230 sulle U.T.A. e le canalizzazioni dell'aria in strutture ospedaliere al termine delle procedure di pulizia meccanica. Si è quindi confrontata tra la carica microbica e fungina superficiale prima e dopo l'aerosolizzazione.

La durata dell'esposizione al disinfettante è regolata automaticamente dall'aerosolizzatore in base alla cubatura delle canalizzazioni. I punti analizzati sono stati:

- U.T.A.;
- Inizio e fine del canale di immissione dell'aria (mandata);
- Inizio e fine del canale di recupero dell'aria (estrazione).

La carica microbica superficiale è stata valutata mediante piastre da contatto contenenti adeguato mezzo agarizzato (PCA per la conta batterica totale e Sabouraud Dextrose per muffe e lieviti). Dopo opportuna incubazione si è proceduto alla conta delle UFC sviluppate.

Sono stati valutati per la conta batterica totale 52 punti prima delle attività di bonifica, di cui il 9,62% presentava un numero di UFC/24cm² < 100 con un range variabile da 59 a 80 UFC/24cm² mentre il restante 90,38% presentava un numero di UFC/24cm² > 100. Dei 48 punti esaminati dopo l'aerosolizzazione solo il 14,6% presentava una carica > 1 UFC/24cm², con un range variabile da 4 a 32 UFC/24cm² mentre il restante 85,4% presentava un numero di UFC/24cm² < 1. Per la conta di funghi e lieviti, sono stato valutati 100 punti prima dell'aerosolizzazione di cui il 15% presentava valori inferiori a 100 UFC/24cm², con un range variabile da >1 a 83 UFC/24cm² mentre il restante 85% presentava un numero di UFC/24cm² > 100. Dei 99 punti esaminati dopo l'aerosolizzazione solo il 18,2% presentava valori >1 UFC/24cm², con un range variabile da 3 a 45 UFC/24cm² mentre il restante 81,8% presentava un numero di UFC/24cm² < 1 (Tab. 1).

CONCLUSIONI

Il protocollo di Pulizia e Sanificazione applicato da BIOH per U.T.A. e canali di aerazione ha determinato un efficace abbattimento della carica microbica garantendo standard di sicurezza in conformità al vigente quadro normativo. I risultati microbiologici hanno consentito inoltre il rilascio della certificazione di sicurezza e idoneità igienico sanitaria degli impianti ai sensi del D.Lgs 81/2008, delle Linee Guida del 05 Ottobre 2006, delle Norme Tecniche UNI e dei protocolli operativi NADCA.



Tab. 1: UFC/24 cm² prima e dopo aerosolizzazione con BIOSpray230 su U.T.A. e canalizzazioni dell'aria al termine delle procedure di pulizia meccanica

	Campionamenti Pre - aerosolizzazione	UFC/24 cm ²	Campionamenti Post - aerosolizzazione	UFC/24 cm ²
Conta Batterica Totale	52	5 casi <100 47 casi >100	48	7 casi >1 41 casi <1
Muffe e Lieviti	100	15 casi <100 85 casi >100	99	18 casi >1 81 casi <1

MONITORAGGIO APPLICAZIONE BUONA PRATICA MANI PULITE DA PARTE DEL PERSONALE OSPEDALIERO NELLE ATTIVITÀ DI REPARTO

G. Santoriello¹, F. Vencia², G. Vernarecci³, S. Sancasciani⁴

¹ USL 7 Siena, Igiene Strutture Sanitarie - Dirigente Medico; ² USL 7 Siena, Presidio Ospedaliero Aziendale - Medico SUMAI; ³ USL 7 Siena, Responsabile Igiene Strutture Sanitarie; ⁴ USL 7 Siena, Direttore Presidio Ospedaliero Aziendale

Parole chiave: mani, gel alcolico

Introduzione. Gli studi internazionali individuano nel corretto lavaggio delle mani uno degli elementi fondamentali nel controllo delle infezioni ospedaliere. Secondo la Buona Pratica della Regione Toscana in materia di rischio clinico, per il corretto lavaggio delle mani è necessario realizzare in maniera congiunta una serie di azioni:

- definizione di una procedura aziendale per il lavaggio delle mani
- introduzione nei reparti del gel alcolico per il lavaggio delle mani senza acqua
- realizzazione di una campagna di formazione ed informazione ad operatori e pazienti

Contenuti. Obiettivo dello studio è stato quello di verificare all'interno dello Stabilimento di Abbadia S.S. (Siena) i livelli di compliance degli operatori sanitari (medici, infermieri e OSS) rispetto alle 8 occasioni di lavaggio mani identificate nella griglia di rilevazione implementata dal Sistema GRC della Regione Toscana (azione di monitoraggio). L'osservazione è stata effettuata nell'arco di due settimane (12-25 Febbraio 2015) per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno 50 opportunità di lavaggio. Sono stati identificati 2 osservatori in qualche modo coinvolti nelle pratiche del reparto, per evitare diffidenza e modificare i comportamenti usuali.

- Le percentuali di occasioni di lavaggio mani colte sono state calcolate considerando:
- Numeratore: numero di lavaggio mani effettuate (in base alle occasioni prima esplicitate)
 - Denominatore: numero occasioni di lavaggio mani osservate (in base alle occasioni prima esplicitate)
 - Le occasioni di lavaggio mani sono state quindi scorporate per tipologia (sapone o gel).

Conclusioni. Nel nostro studio abbiamo raggiunto percentuali di occasioni lavaggio mani colte da tutto il personale sanitario del 55,87%, registrando una performance peggiore all'interno del personale medico e OSS (rispettivamente 42% e 43,8%) e migliore all'interno del personale infermieristico (73,1%). In tutte le categorie professionali è ancora poco diffuso come modus operandi:

- L'utilizzo di gel alcolico
- Il lavaggio di tipo antisettico (nonostante le occasioni di lavaggio colte in corso di manovre invasive)



MONITORAGGIO APPLICAZIONE BUONA PRATICA MANI PULITE DA PARTE DEL PERSONALE OSPEDALIERO NELLE ATTIVITÀ DI REPARTO



Santoriello Giancarlo¹, Vencia Francesco², Vernarecci Gabriele³, Sancasciani Simonetta⁴

¹ USL 7 Siena, Igiene Strutture Sanitarie - Dirigente Medico; ² USL 7 Siena, Presidio Ospedaliero Aziendale - Medico SUMAI; ³ USL 7 Siena, Responsabile Igiene Strutture Sanitarie; ⁴ USL 7 Siena, Direttore Presidio Ospedaliero Aziendale



INTRODUZIONE

Gli studi internazionali individuano nel corretto lavaggio delle mani uno degli elementi fondamentali nel controllo delle infezioni ospedaliere. Secondo la Buona Pratica della Regione Toscana in materia di rischio clinico, per il corretto lavaggio delle mani è necessario realizzare in maniera congiunta una serie di azioni:

- ✓ definizione di una procedura aziendale per il lavaggio delle mani
- ✓ introduzione nei reparti del gel alcolico per il lavaggio delle mani senza acqua
- ✓ realizzazione di una campagna di formazione ed informazione ad operatori e pazienti



BIETTIVO E METODOLOGIA

- ✓ Verificare all'interno dello Stabilimento di Abbadia S.S. (Siena) i livelli di compliance degli operatori sanitari (medici, infermieri e OSS) rispetto alle 8 occasioni di lavaggio mani identificate nella griglia di rilevazione implementata dal Sistema GRC della Regione Toscana (*azione di monitoraggio*)
- ✓ L'osservazione è stata effettuata nell'arco di due settimane (12-25 Febbraio 2015) per un minimo di 1 sessione di massimo 2 ore ciascuna, in fasce orarie predefinite in cui si osservano almeno 50 opportunità di lavaggio. Sono stati identificati 2 osservatori in qualche modo coinvolti nelle pratiche del reparto, per evitare diffidenza e modificare i comportamenti usuali.

RISULTATI

Le percentuali di occasioni di lavaggio mani colte sono state calcolate considerando: ○

- ✓ Numeratore: numero di lavaggio mani effettuate (in base alle occasioni prima esplicitate)
- ✓ Denominatore: numero occasioni di lavaggio mani osservate (in base alle occasioni prima esplicitate)

Le occasioni di lavaggio mani sono state quindi scorporate per tipologia (sapone o gel)



OCCASIONI LAVAGGIO MANI	SI (n°)	NO (n°)	% OCCASIONI COLTE
Mani lavate prima della visita effettuata al paziente senza guanti	3	17	15,00
Mani lavate dopo visita effettuata al paziente con o senza guanti	10	14	41,67
Mani lavate dopo manovre in cui è possibile contatto con sangue o liquidi corporei	19	4	82,61
Mani lavate dopo aver tolto i guanti	22	5	81,48
Mani lavate prima di mangiare o toccare cibo	23	5	82,14
Mani lavate prima di procedure invasive anche se si indossano guanti	9	13	40,91
Mani lavate prima di procedure non invasive	1	3	25,00
Mani lavate dopo contatto con cute paziente per pressione o auscultazione	13	18	41,94
TOTALE	100	79	55,87

TIPOLOGIA LAVAGGIO MANI	SAPONE (n°)	GEL (n°)	% UTILIZZO SAPONE
Mani lavate prima della visita effettuata al paziente senza guanti	3	0	100,0
Mani lavate dopo visita effettuata al paziente con o senza guanti	10	0	100,0
Mani lavate dopo manovre in cui è possibile contatto con sangue o liquidi corporei	19	0	100,0
Mani lavate dopo aver tolto i guanti	21	1	95,5
Mani lavate prima di mangiare o toccare cibo	22	1	95,7
Mani lavate prima di procedure invasive anche se si indossano guanti	9	0	100,0
Mani lavate prima di procedure non invasive	0	1	0,0
Mani lavate dopo contatto con cute paziente per pressione o auscultazione	13	0	100,0
TOTALE	98	3	97,0



CONCLUSIONI

Nel nostro studio abbiamo raggiunto percentuali di occasioni lavaggio mani colte da tutto il personale sanitario del 55,87%, registrando una performance peggiore all'interno del personale medico e OSS (rispettivamente 42% e 43,8%) e migliore all'interno del personale infermieristico (73,1%). In tutte le categorie professionali è ancora poco diffuso come modus operandi:

- ✓ L'utilizzo di gel alcolico
- ✓ Il lavaggio di tipo antisettico (nonostante le occasioni di lavaggio colte in corso di manovre invasive)

LA LOGISTICA DEL PAZIENTE AL SERVIZIO DELLA SICUREZZA: UNA SEMPLICE ESPERIENZA PLURIENNALE

E. Sensoli¹, L. Fedeli², R. Giannini³, M. Benvenuti⁴, E. Gualtieri⁵, C. Borsi⁶, S. Broccardi⁷, N. Corsi⁸, A. Natal⁹, R. Topazzi¹⁰, A. Sztavrovsky¹⁰, S. Solucci¹⁰

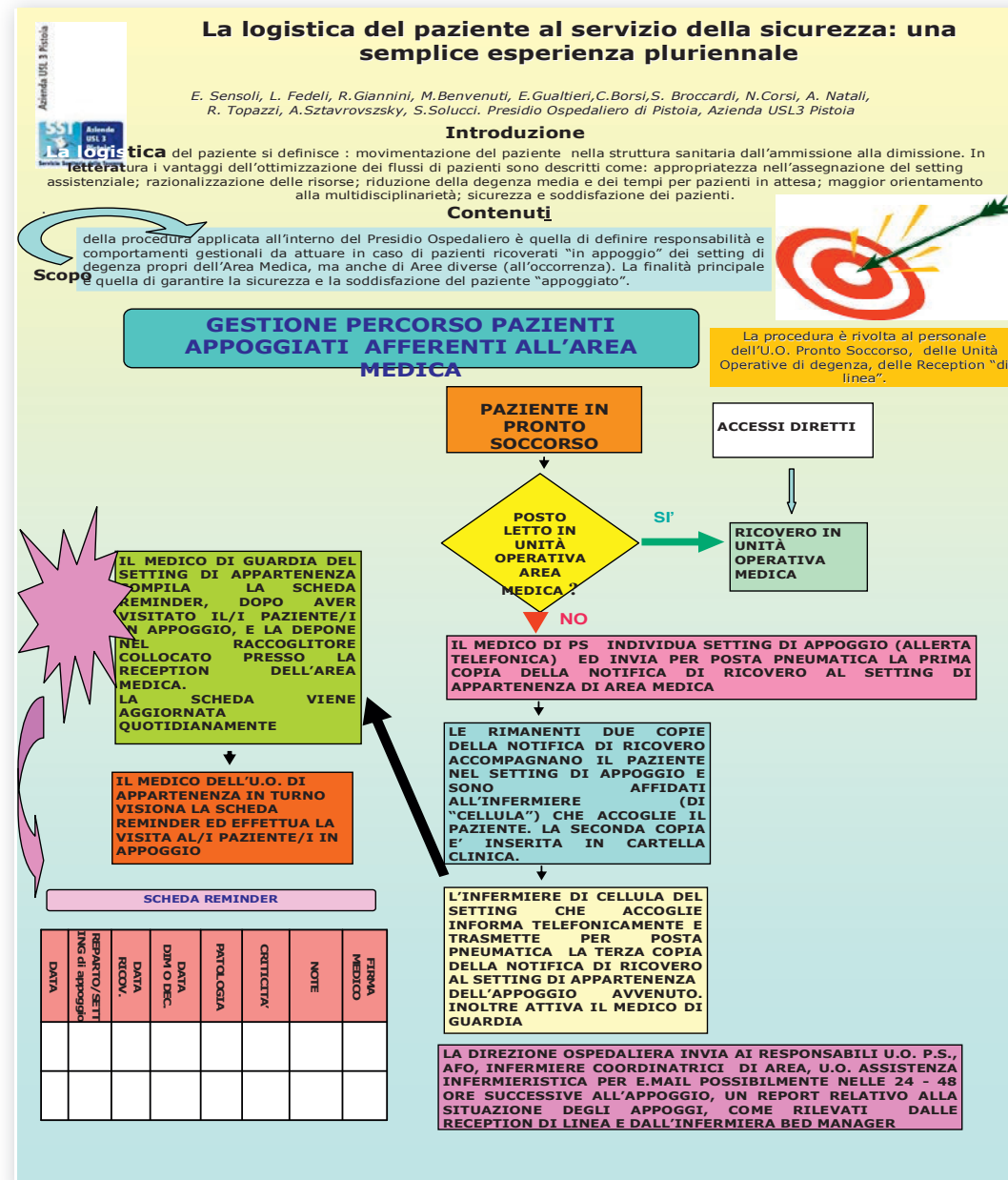
¹ Medico, Direzione Ospedaliera; ² Medico, Medicina Legale; ³ Medico, Resp. Dip. Rischio Clinico; ⁴ Infer. coordinatrice bed manager; ⁵ Infer. coordin. Area Chirurgica; ⁶ Infer. coordin. Reception di area; ⁷ Infer. coordin. Area Medica; ⁸ Infer. coordin. PS); ⁹ Medico resp. Area Medica; ¹⁰ Ufficio DRG Direzione di Presidio

Parole chiave: bed manager, rischio clinico

Introduzione. La logistica del paziente si definisce: movimentazione del paziente nella struttura sanitaria dall'ammissione alla dimissione. In letteratura i vantaggi dell'ottimizzare i flussi di pazienti sono descritti come: appropriatezza nell'assegnazione del setting assistenziale; razionalizzazione delle risorse; riduzione della degenza media e dei tempi per pazienti in attesa; maggior orientamento alla multidisciplinarietà, sicurezza e soddisfazione dei pazienti. Nell'esperienza qui descritta la logistica del paziente è garante di un processo clinico-assistenziale adeguato in caso di momentanea carenza di posti-letto, e della prevenzione di eventi avversi.

Contenuti. Presso il Presidio Ospedaliero di Pistoia (ASL3 Toscana) è applicata una procedura per governare il fenomeno dei pazienti appoggiati fuori dal setting assistenziale di appartenenza. L'evento riguarda soprattutto i pazienti dei reparti internistici che, nei picchi di maggior affluenza al PS, finiscono talora per invadere spazi di degenza destinati a pazienti chirurgici. Abbiamo definito appoggio il paziente collocato in un setting assistenziale diverso da quello di appartenenza. A fini logistici e sensu strictu è in appoggio qualunque paziente al di fuori del proprio setting assistenziale; in senso funzionale nell'Ospedale organizzato per Aree Funzionali Omogenee, si considerano appoggi solamente i pazienti collocati fuori dall'AFO di appartenenza. Di seguito, nel logigramma in fig.2, è descritta la successione delle azioni attuate coerentemente alla suddetta procedura. In fig. 1, la scheda reminder, il modulo di registrazione che garantisce la tracciabilità degli appoggi ed il passaggio di informazioni utili

Conclusioni. La procedura rappresenta tutt'oggi un valido strumento che sarà a breve supportata dall'informatizzazione del parco letti.



IL MASTER DI II LIVELLO IN DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO: UNA NUOVA ESPERIENZA FORMATIVA

R. Siliquini¹, M.R. Gualano², R. Gili³, F. Bert², A. Scarmozzino⁴

¹ Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Sanità; Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. Presidente del Consiglio Superiore di Sanità;

² Ricercatore, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino;

³ Medico in formazione specialistica in Igiene, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino; ⁴ Direttore Sanitario, Ospedale Molinette, Città della Salute e della Scienza, Torino

Parole chiave: master, direzione medica, Università

Introduzione. A partire dall'Anno Accademico 2014-2015, la Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Torino, in collaborazione con ANMDO - Associazione Nazionale Medici Direzione Ospedaliera, ha organizzato il primo Master residenziale in Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

Negli ultimi decenni l'organizzazione ospedaliera è stata soggetta ad importanti trasformazioni. La progressiva riduzione delle risorse accompagnate dalla trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale e dall'introduzione di metodiche diagnostiche e terapeutiche sempre più complesse e rischiose si sono di fatto accompagnate a una vera rivoluzione culturale che vede da un lato una maggior consapevolezza del cittadino, dall'altro la necessità di un ruolo forte delle Direzioni Mediche di Presidio per la tutela della salute. Il Master si propone di fornire una elevata specializzazione di carattere interdisciplinare sulle competenze del Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero ed è diretto a soddisfare la diffusa richiesta di approfondimento culturale, nonché le esigenze di aggiornamento e qualificazione professionale degli operatori del settore.

Contenuti. Il Master è partito a Novembre 2014 e attualmente è in svolgimento il Quarto modulo con i 14 iscritti provenienti dalle varie Regioni italiane. Il percorso formativo ha durata di 18 mesi ed è organizzato in formule settimanali (dal lunedì pomeriggio al giovedì mattina) e week-end (dal giovedì pomeriggio al sabato mattina), con lezioni teoriche e tirocini pratici.

È organizzato in 6 Moduli didattici (1. Le funzioni organizzative e gestionali nel presidio ospedaliero; 2. Le funzioni di prevenzione, igienico sanitarie e di gestione del parco edilizio e tecnologico; 3. Le funzioni medico-legali; 4. Le funzioni di promozione della Qualità; 5. Le funzioni scientifiche; 6. Le funzioni relazionali e di comunicazione). I docenti sono individuati in ambito universitario, in ambito di SSN e in professionalità specifiche.

La frequenza alle lezioni è obbligatoria per un minimo del 70%. La Scuola in Studi di Amministrazione Aziendale e d'Amministrazione Pubblica (SAA) di Torino è la sede di svolgimento delle lezioni.

Il conseguimento del master è subordinato al superamento di una prova finale di accertamento delle competenze complessivamente acquisite tenuto anche conto dell'attività di tirocinio, oltre che alla discussione della tesi.

La prova finale porterà al conseguimento del titolo di "Master Universitario di II livello in Direzione Medica di Presidio Ospedaliero".

Conclusioni. I partecipanti dovranno acquisire un dettagliato e aggiornato bagaglio culturale di conoscenze e competenze tecniche inerenti l'igiene, l'organizzazione e la gestione ospedaliera. La forte cooperazione con la Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere (ANMDO) inoltre garantisce agli studenti percorsi formativi di elevatissima qualità.

Nel panorama italiano il Master può rappresentare un ottimo percorso per l'approfondimento di molti temi fondamentali per gli Specialisti in Igiene e Medicina Preventiva che vogliono intraprendere la carriera di Direttore Sanitario.

IL MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO IN "DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO": UNA NUOVA ESPERIENZA FORMATIVA



Roberta Siliquini*, Maria Rosaria Gualano**, Renata Gili***, Fabrizio Bert**, Antonio Scarmozzino*

*Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. Presidente del Consiglio Superiore di Sanità.
**Ricercatore, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino
***Medico in formazione specialistica in Igiene, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino
* Direttore Sanitario, Ospedale Molinette, Città della Salute e della Scienza, Torino

Introduzione
A partire dall'Anno Accademico 2014-2015, la Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Torino, in collaborazione con ANMDO - Associazione Nazionale Medici Direzione Ospedaliera, ha organizzato il primo Master residenziale in Direzione Medica di Presidio Ospedaliero. Negli ultimi decenni l'organizzazione ospedaliera è stata soggetta ad importanti trasformazioni. La progressiva riduzione delle risorse accompagnate dalla trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale e dall'introduzione di metodiche diagnostiche e terapeutiche sempre più complesse e rischiose si sono di fatto accompagnate a una vera rivoluzione culturale che vede da un lato una maggior consapevolezza del cittadino, dall'altro la necessità di un ruolo forte delle Direzioni Mediche di Presidio per la tutela della salute. Il Master si propone di fornire una elevata specializzazione di carattere interdisciplinare sulle competenze del Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero ed è diretto a soddisfare la diffusa richiesta di approfondimento culturale, nonché le esigenze di aggiornamento e qualificazione professionale degli operatori del settore.

Contenuti
Il Master è partito a Novembre 2014 e attualmente è in svolgimento il Quarto modulo con i 14 iscritti provenienti dalle varie Regioni italiane. Il percorso formativo ha durata di 18 mesi ed è organizzato in formule settimanali (dal lunedì pomeriggio al giovedì mattina) e week-end (dal giovedì pomeriggio al sabato mattina), con lezioni teoriche e tirocini pratici. È organizzato in 6 Moduli didattici (1. Le funzioni organizzative e gestionali nel presidio ospedaliero; 2. Le funzioni di prevenzione, igienico sanitarie e di gestione del parco edilizio e tecnologico; 3. Le funzioni medico-legali; 4. Le funzioni di promozione della Qualità; 5. Le funzioni scientifiche; 6. Le funzioni relazionali e di comunicazione). I docenti sono individuati in ambito universitario, in ambito di SSN e in professionalità specifiche.

La frequenza alle lezioni è obbligatoria per un minimo del 70%. La SAA di Torino è la sede di svolgimento delle lezioni (più le varie sedi di tirocinio e di visite guidate che sono state effettuate presso strutture sanitarie all'avanguardia in Italia).



I 6 moduli formativi del Master

- Le funzioni di prevenzione, igienico sanitario e di gestione del parco edilizio e tecnologico
- Le funzioni medico-legali
- Le funzioni di promozione della Qualità
- Le funzioni organizzative e gestionali
- Le funzioni relazionali e di comunicazione
- Le funzioni scientifiche

Conclusioni
I partecipanti dovranno acquisire un dettagliato e aggiornato bagaglio culturale di conoscenze e competenze tecniche inerenti l'igiene, l'organizzazione e la gestione ospedaliera. La forte cooperazione con la Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere (ANMDO) inoltre garantisce agli studenti percorsi formativi di elevatissima qualità. Nel panorama italiano il Master può rappresentare un ottimo percorso per l'approfondimento di molti temi fondamentali per gli Specialisti in Igiene e Medicina Preventiva che vogliono intraprendere la carriera di Direttore Sanitario.

Parma - Auditorium Paganini
30 settembre - 01 - 02 Ottobre 2015

Parma - Auditorium Paganini
30 settembre - 01 - 02 Ottobre 2015

LE DSPO NELL'AREA VASTA CENTRO DELLA TOSCANA: ANALISI DEI DIVERSI CONTESTI E PROPOSTE PER SVILUPPI FUTURI

L. Tattini¹, S. Guarducci¹, F. Pieralli², M. Chellini², M. Donzellini², D. Paolini², L. Pieri²,
O. Varone², P. Bonanni³, G. Bonaccorsi⁴, L. Di Renzo⁵, G. Corsini⁶, E. Cortesi⁶, E. Lo Presti⁷

¹ Staff Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10; ² Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Firenze; ³ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze; ⁴ Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze; ⁵ DSPO ASL 4; ⁶ DSPO ASL 3; ⁷ DSPO ASL 11

Parole chiave: Direzione di Presidio, dotazione organica, documento ANMDO

Introduzione. Con la riforma n. 28 del 2015 è stato avviato un processo di riorganizzazione del servizio sanitario toscano che prevede un rafforzamento del ruolo dell'Area Vasta quale sede di attuazione della programmazione regionale. Per questo si rende necessario un cambiamento degli assetti organizzativi e funzionali della Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero (DSPO), che svolge un ruolo di indirizzo e coordinamento nella gestione delle attività sanitarie, unito a quello di vigilanza e controllo. Scopo del lavoro è presentare alcune proposte di revisione di assetti e attività, scaturite dalla analisi dei diversi contesti in seguito ad incontri effettuati tra i responsabili delle direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie di Area Vasta Centro (Firenze, Prato, Pistoia, Empoli).

Contenuti. L'analisi effettuata ha mostrato che, per quanto riguarda il personale medico presente nelle diverse DSPO, vi sono disomogeneità in termini di dotazione organica, professionalità presenti e organizzazione delle attività (Tabella 1). In particolare, per ottenere maggiore efficienza nella gestione e nel controllo delle attività sanitarie prodotte, dei processi trasversali alle attività e quelli tradizionali di carattere igienico-sanitario, appare necessaria una dotazione che sia il più possibile allineata alle caratteristiche previste nel documento ANMDO nazionale del 2015.

La dotazione organica per il personale medico di presidio è identificata come segue:

- tra 120 e 250 posti letto: 3 medici di direzione + 1 direttore medico
- tra 251 e 400 posti letto: 4 medici di direzione + 1 direttore medico
- oltre 400 posti letto: 1 medico in aggiunta ogni 100 posti letto.

Sulla base dell'analisi effettuata, il personale medico presente nelle DSPO di Area Vasta risulta inferiore all'atteso di 14 unità.

Conclusioni. Nel nuovo contesto regionale è auspicabile la presenza di un Dipartimento Ospedaliero che, attraverso l'adozione di un Regolamento unico, promuova l'integrazione della rete ospedaliera, renda omogenea la dotazione e la composizione del personale e l'organizzazione delle attività. In particolare l'analisi effettuata ha evidenziato la necessità di adeguare la dotazione di personale medico di Presidio, considerato anche l'elevato livello di responsabilità delle attività che questo svolge. Inoltre, il gruppo di lavoro auspica che in un prossimo futuro siano rese omogenee attività fondamentali e strategiche nell'ambito delle DSPO (Figura 1).

Le DSPO nell'Area Vasta Centro della Toscana: analisi dei diversi contesti e proposte per sviluppi futuri

Tattini L¹, Guarducci S¹, Pieralli F², Chellini M², Donzellini M², Paolini D², Pieri L², Varone O², Bonanni P³, Bonaccorsi G⁴, Di Renzo L⁵, Corsini G⁶, Cortesi E⁶, Lo Presti E⁷
¹Staff Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10, ²Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Firenze, ³Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze, ⁴Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze, ⁵DSPO ASL 4, ⁶DSPO ASL 3, ⁷DSPO ASL 11

Introduzione

Con la riforma n.28 del 2015 è stato avviato un processo di riorganizzazione del servizio sanitario toscano che prevede un rafforzamento del ruolo dell'Area Vasta quale sede di attuazione della programmazione regionale. Per questo si rende necessario un cambiamento degli assetti organizzativi e funzionali della Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero (DSPO), che svolge un ruolo di indirizzo e coordinamento nella gestione delle attività sanitarie, unito a quello di vigilanza e controllo. Scopo del lavoro è presentare alcune proposte di revisione di assetti e attività, scaturite dalla analisi dei diversi contesti in seguito ad incontri effettuati tra i responsabili delle direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie di Area Vasta Centro (Firenze, Prato, Pistoia, Empoli).

Contenuti

L'analisi effettuata ha mostrato che, per quanto riguarda il personale medico presente nelle diverse DSPO, vi sono disomogeneità in termini di dotazione organica, professionalità presenti e organizzazione delle attività (Tab. 1).

In particolare, per ottenere maggiore efficienza nella gestione e nel controllo delle attività sanitarie prodotte, dei processi trasversali alle attività e quelli tradizionali di carattere igienico-sanitario, appare necessaria una dotazione che sia il più possibile allineata alle caratteristiche previste nel documento ANMDO nazionale del 2015.

La dotazione organica per il personale medico di presidio è identificata come segue:

- tra 120 e 250 posti letto: 3 medici di direzione + 1 direttore medico
- tra 251 e 400 posti letto: 4 medici di direzione + 1 direttore medico
- oltre 400 posti letto: 1 medico in aggiunta ogni 100 posti letto.

Sulla base dell'analisi effettuata, il personale medico presente nelle DSPO di Area Vasta risulta inferiore all'atteso di 14 unità.

Tabella 1: Presidi di Area Vasta Centro e personale di DSPO.

ASL	PRESIDI	POSTI LETTO*	N° MEDICI DSPO	FUNZIONI COORDINATORI/RESPONSABILI DSPO
Pistoia	S. Jacopo, S. Marcello	400	1+1 FF	1 Coordinatore dei presidi: - delega per la sicurezza sul lavoro - budget - RUP della concessione S. Jacopo - gestione idoneità personale - responsabilità sui rifiuti 1 FF Direttore di presidio ospedaliero UOC: - incarico per direttore della struttura aggregata Gestione servizi in concessione (GAS)
	SS. Cosma e Damiano	250	1+1 FF	1 FF Direttore UOC Pesca: - incarico HTA aziendale
Prato	S. Stefano	540	2+1 FF	1 FF Direttore di presidio ospedaliero UOC: - RUP della concessione - delega per la sicurezza sul lavoro - incarico gestione qualità in ospedale
Firenze	San Giovanni di Dio	320	3+1	1 FF Direttore di presidio ospedaliero UOC: - RUP della concessione
	Borgo San Lorenzo	123	1+1	- delega per la sicurezza sul lavoro
	SMN, Pallagi	120+26	3+1	- incarico gestione qualità in ospedale
	SMA, Serristori	297+74	4+1	1 Direttore della rete specialistica: - funzioni gestionali (budget, risorse) - non è operativo nella DSPO
Empoli	S. Giuseppe, S. Pietro Igneo, Ospedale degli Infermi	437	1+1 FF	1 FF Direttore di presidio ospedaliero UOC: - delega per la sicurezza sul lavoro - incarico rischio clinico

*Fonte dati: ARS Toscana

Conclusioni

Nel nuovo contesto regionale è auspicabile la presenza di un Dipartimento Ospedaliero che, attraverso l'adozione di un Regolamento unico, promuova l'integrazione della rete ospedaliera, renda omogenea la dotazione e la composizione del personale e l'organizzazione delle attività. In particolare l'analisi effettuata ha evidenziato la necessità di adeguare la dotazione di personale medico di Presidio, considerato anche l'elevato livello di responsabilità delle attività che questo svolge. Inoltre, il gruppo di lavoro auspica che in un prossimo futuro siano rese omogenee attività fondamentali e strategiche nell'ambito delle DSPO (Fig 1).



Figura 1: Proposte per sviluppi futuri

PROGETTI UMANITARI DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD"

C. Valenti, M.S. Giamprini

Direzione Medica di Presidio Pesaro, Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"

Parole chiave: programma umanitario, cooperazione internazionale

Introduzione. Esistono nell'A.O. due progetti umanitari di cooperazione internazionale: il più longevo è il Progetto umanitario di Ematologia, denominato *Mediterraneo* il secondo è il Progetto umanitario *Atlantico* in Sierra Leone.

Contenuti. L'unità operativa di Ematologia, con il sostegno della Regione Marche e la collaborazione del Comune di Pesaro e di numerose associazioni di volontariato, ha attivato dal 2005 il Progetto Umanitario "Mediterraneo" in collaborazione con Marocco e Palestina. Sono stati trattati decine e decine di pazienti, molti dei quali hanno subito il trapianto di midollo. Inoltre il Progetto prevede una ampia e costante attività didattica con medici, infermieri e biologi provenienti da Palestina e Marocco. Nel dicembre del 2011 è partito ufficialmente il Progetto umanitario *Atlantico* in Sierra Leone, voluto dall'Azienda e sostenuto dalla Regione Marche. Questo nasce dalla esperienza autonoma e indipendente del Dr. Danilo Baroncini, ex Direttore della Gastroenterologia dell'A.O. "Ospedali Riuniti Marche Nord", che attraverso contatti con l'Ospedale di Goderich (centro pediatrico) gestito da Emergency (Organizzazione non Governativa) sito nella Repubblica di Sierra Leone, ha fornito volontariamente la propria collaborazione in loco per il trattamento di pazienti, in gran parte bambini, affetti da esiti cicatriziali da esofagite causati da ingestione di soda caustica. Tale esperienza ha avuto inizio sin dall'anno 2009 ed è tutt'ora in corso con il coinvolgimento e la partecipazione di diverse organizzazioni locali sensibilizzate al sostegno dei bisogni di salute delle fasce deboli della popolazione che vive in questo contesto territoriale. Il passo successivo, come per il progetto umanitario di Ematologia, è aprirsi alla formazione dei medici presenti in Sierra Leone. Questa azienda ha posto particolare attenzione al "valore etico e di responsabilità sociale" del suddetto intervento umanitario.

Conclusioni. L'Azienda intende rafforzare gli attuali progetti di cooperazione umanitaria e sviluppare nuovi programmi mediante la costituzione di reti e network internazionali tali da garantire una metodologia d'azione volta all'intercettazione di risorse regionali, nazionali e comunitarie. La strategia d'intervento riguarderà le aree già interessate da interventi e i territori previsti dalla Regione Marche. Le modalità di azione si incentreranno sull'attuazione di interventi di cooperazione umanitaria riguardanti aree e paesi in via di sviluppo nonché su metodologie di cooperazione territoriale con paesi appartenenti all'Unione Europea o in fase di preadesione. Per la definizione di tali interventi potranno essere utilizzati i programmi e gli strumenti disponibili per facilitare la cooperazione transfrontaliera (programma IPA-CBC), transnazionale (programmi South Est Europe, Med) ed Interregionale (Interreg IV C). In coerenza con gli obiettivi regionali, le partnership dei progetti di cooperazione territoriale, oltre ad interessare le aree dei Paesi africani e del Mediterraneo, apparterranno anche in particolar modo alle aree partecipanti alla Iniziativa Adriatico Ionica ed alla Macro Regione Adriatica.

AZIENDA OSPEDALIERA
"OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD"

PROGETTI UMANITARI DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD"

C.Valenti*, M.S. Giamprini*
*Direzione Medica di Presidio Pesaro, Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"

INTRODUZIONE
Parole chiave: programma umanitario, cooperazione internazionale
Introduzione
Esistono nell'A.O. due progetti umanitari di cooperazione internazionale: il più longevo è il Progetto umanitario di Ematologia, denominato *Mediterraneo* il secondo è il Progetto umanitario *Atlantico* in Sierra Leone.

CONTENUTI
L'unità operativa di Ematologia, con il sostegno della Regione Marche e la collaborazione del Comune di Pesaro e di numerose associazioni di volontariato, ha attivato dal 2005 il Progetto Umanitario "Mediterraneo" in collaborazione con Marocco e Palestina. Sono stati trattati decine e decine di pazienti, molti dei quali hanno subito il trapianto di midollo. Il Progetto prevede inoltre una ampia e costante attività didattica con medici, infermieri e biologi provenienti da Palestina e Marocco. Nel dicembre del 2011 è partito ufficialmente il Progetto umanitario *Atlantico* in Sierra Leone, voluto dall'Azienda e sostenuto dalla Regione Marche. Questo nasce dalla esperienza autonoma e indipendente del Dr. Danilo Baroncini, ex Direttore della Gastroenterologia dell'A.O. "Ospedali Riuniti Marche Nord", che attraverso contatti con l'Ospedale di Goderich (centro pediatrico) gestito da Emergency (Organizzazione non Governativa) sito nella Repubblica di Sierra Leone, ha fornito volontariamente la propria collaborazione in loco per il trattamento di pazienti, in gran parte bambini, affetti da esiti cicatriziali da esofagite causati da ingestione di soda caustica. Tale esperienza ha avuto inizio sin dall'anno 2009 ed è tutt'ora in corso con il coinvolgimento e la partecipazione di diverse organizzazioni locali sensibilizzate al sostegno dei bisogni di salute delle fasce deboli della popolazione che vive in questo contesto territoriale. Il passo successivo, come per il progetto umanitario di Ematologia, è aprirsi alla formazione dei medici presenti in Sierra Leone. Questa azienda ha posto particolare attenzione al "valore etico e di responsabilità sociale" del suddetto intervento umanitario.

CONCLUSIONI
L'Azienda intende rafforzare gli attuali progetti di cooperazione umanitaria e sviluppare nuovi programmi mediante la costituzione di reti e network internazionali tali da garantire una metodologia d'azione volta all'intercettazione di risorse regionali, nazionali e comunitarie. La strategia d'intervento riguarderà le aree già interessate da interventi e i territori previsti dalla Regione Marche. Le modalità di azione si incentreranno sull'attuazione di interventi di cooperazione umanitaria riguardanti aree e paesi in via di sviluppo nonché su metodologie di cooperazione territoriale con paesi appartenenti all'Unione Europea o in fase di preadesione. Per la definizione di tali interventi potranno essere utilizzati i programmi e gli strumenti disponibili per facilitare la cooperazione transfrontaliera (programma IPA-CBC), transnazionale (programmi South Est Europe, Med) ed Interregionale (Interreg IV C). In coerenza con gli obiettivi regionali, le partnership dei progetti di cooperazione territoriale, oltre ad interessare le aree dei Paesi africani e del Mediterraneo, apparterranno anche in particolar modo alle aree partecipanti alla Iniziativa Adriatico Ionica ed alla Macro Regione Adriatica-Ionica.

Parma - Auditorium Paganini
30 settembre - 01 - 02 Ottobre 2015

ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

LA GESTIONE DELL'ERRORE MEDICO: ISTITUZIONE DI UN MODELLO PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI NELL'AORN DEI COLLI DI NAPOLI (MONALDI-COTUGNO-CTO)

L. Vittorioso¹, G. Sagliocco², E. Bamonte², E. Raiola⁶, L. Pagano⁷, M.C. Boccia¹, A. Bernardo⁸, M.V. Diana⁹, G. Longo³, A. Capasso¹⁰, C. Maiorino¹¹, N. Silvestri⁴, A. Giordano⁵

¹ Medico Specialista Ambulatoriale Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi; ² Dirigente Medico Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi;

³ Direttore Sanitario Ospedale Monaldi; ⁴ Direttore Sanitario Aziendale AORN dei Colli;

⁵ Direttore Generale AORN dei Colli; ⁶ Medico Specialista in Igiene e Med. Prev Ospedale Monaldi; ⁷ Infermiera Epidemiologa Ospedale Monaldi; ⁸ Dirigente Medico Staff Direzione Sanitaria Aziendale AORN dei Colli; ⁹ Medico Staff Direzione Sanitaria Aziendale AORN dei Colli; ¹⁰ Direttore Sanitario Ospedale Cotugno; ¹¹ Direttore Sanitario Ospedale CTO

Parole chiave: errore medico, pratica clinica, rischio professionale.

Introduzione: Il rischio clinico è definibile come "l'eventualità di subire un danno come conseguenza di un errore". Il perseguimento di obiettivi di qualità e sicurezza nell'assistenza e l'aumento dei contenziosi tra medici e pazienti, con i loro costi assicurativi e legali, dimostrano l'importanza della prevenzione e gestione degli errori medici. Il principio di "Imparare dagli errori e prevenire il loro ripetersi" trova una prima difficoltà nella barriera culturale a percepire ed ammettere l'errore, superando sia distorsioni cognitive nell'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici validati da linee guida e sia il timore di giudizi negativi e di sanzioni che attiva comportamenti di difesa e di omertà.

Contenuti. Allo scopo di aumentare la comprensione degli errori e la sicurezza dei pazienti ricoverati, presso l'AORN dei Colli di Napoli è stato implementato un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, come evidenziate dalle raccomandazioni ministeriali, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose, fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi.

È stata implementata la rilevazione e l'analisi degli errori e gli interventi a favore dei pazienti danneggiati e degli operatori responsabili con l'elaborazione di un percorso aziendale e di una check-list distribuita a tutto il personale sanitario dell'AORN dei Colli. Dall'analisi preliminare dei dati acquisiti, riferiti al primo semestre del 2015, è emerso che gli errori medici non sono dovuti solo alla responsabilità personale degli operatori (negligenza, imperizia, imprudenza, errore cognitivo), ma spesso sono concausati da carenze del sistema organizzativo nei percorsi di cura multidisciplinari.

Conclusioni: alla luce dei primi dati ottenuti gli interventi utili a gestire il rischio clinico sono così riassumibili:

- Istituzione di un sistema di rilevazione e analisi degli errori comprendente la creazione di un database;
- Formazione clinica con simulazione guidata nella gestione dei casi e nell'applicazione pratica di percorsi diagnostico terapeutici ;
- Condivisione dei dati sanitari in rete per un lavoro multidisciplinare interattivo e Informatizzazione delle prescrizioni;
- Formazione sulla comunicazione efficace medico-paziente e sulla corretta acquisizione del consenso informato per ridurre il rischio di contenziosi legali;
- Audit interni con l'obiettivo di riconoscere che l'errore va compreso e il disagio dell'ammissione va trasformato nella percezione motivante di un'opportunità costruttiva per imparare una migliore pratica clinica, a vantaggio della sicurezza dei pazienti e della propria crescita professionale e umana.

LA GESTIONE DELL'ERRORE MEDICO: ISTITUZIONE DI UN MODELLO PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI NELL'A.O.R.N. DEI COLLI DI NAPOLI (MONALDI-COTUGNO-CTO)

VITTORIOSO L. ©.; SAGLIOCCO G.*; BAMONTE E.*; RAIOLA E.*; PAGANO L.*; BOCCIA M.C. ©.; BERNARDO A.®; DIANA M.V.©; LONGO G.**; CAPASSO A.⊕; MAIORINO C. •; SILVESTRI N.***; GIORDANO A.****

© MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE DIREZIONE SANITARIA OSPEDALE MONALDI; *DIRIGENTE MEDICO DIREZIONE SANITARIA OSPEDALE MONALDI; ** DIRETTORE SANITARIO OSPEDALE MONALDI; ***DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE AORN DEI COLLI; ****DIRETTORE GENERALE AORN DEI COLLI; ⊕MEDICO SPECIALISTA IN IGIENE E MED. PREV OSPEDALE MONALDI; ®INFERMIERA EPIDEMIOLOGA OSPEDALE MONALDI; ©DIRIGENTE MEDICO STAFF DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE AORN DEI COLLI; © MEDICO STAFF DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE AORN DEI COLLI; ⊕ DIRETTORE SANITARIO OSPEDALE COTUGNO; •DIRETTORE SANITARIO OSPEDALE CTO

INTRODUZIONE	CONTENUTI	CONCLUSIONI
<p>Il rischio clinico è definibile come "l'eventualità di subire un danno come conseguenza di un errore". Il perseguimento di obiettivi di qualità e sicurezza nell'assistenza e l'aumento dei contenziosi tra medici e pazienti, con i loro costi assicurativi e legali, dimostrano l'importanza della prevenzione e gestione degli errori medici. Il principio di "Imparare dagli errori e prevenire il loro ripetersi" trova una prima difficoltà nella barriera culturale a percepire ed ammettere l'errore, superando sia distorsioni cognitive nell'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici validati da linee guida e sia il timore di giudizi negativi e di sanzioni che attiva comportamenti di difesa e di omertà.</p>	<p>Allo scopo di aumentare la comprensione degli errori e la sicurezza dei pazienti ricoverati, presso l'AORN dei Colli di Napoli è stato implementato un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, come evidenziate dalle raccomandazioni ministeriali, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose, fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi. E' stata implementata la rilevazione e l'analisi degli errori e gli interventi a favore dei pazienti danneggiati e degli operatori responsabili con l'elaborazione di un percorso aziendale e di una check-list distribuita a tutto il personale sanitario dell'AORN dei Colli. Dall'analisi preliminare dei dati acquisiti, riferiti al primo semestre del 2015, è emerso che gli errori medici non sono dovuti solo alla responsabilità personale degli operatori (negligenza, imperizia, imprudenza, errore cognitivo), ma spesso sono concausati da carenze del sistema organizzativo nei percorsi di cura multidisciplinari.</p>	<p>Alla luce dei primi dati ottenuti gli interventi utili a gestire il rischio clinico sono così riassumibili: Istituzione di un sistema di rilevazione e analisi degli errori comprendente la creazione di un database; Formazione clinica con simulazione guidata nella gestione dei casi e nell'applicazione pratica di percorsi diagnostico terapeutici ; Condivisione dei dati sanitari in rete per un lavoro multidisciplinare interattivo e Informatizzazione delle prescrizioni; Formazione sulla comunicazione efficace medico-paziente e sulla corretta acquisizione del consenso informato per ridurre il rischio di contenziosi legali; Audit interni con l'obiettivo di riconoscere che l'errore va compreso e il disagio dell'ammissione va trasformato nella percezione motivante di un'opportunità costruttiva per imparare una migliore pratica clinica, a vantaggio della sicurezza dei pazienti e della propria crescita professionale e umana.</p>

KEY-WORDS

- ERRORE MEDICO
- PRATICA CLINICA
- RISCHIO PROFESSIONALE

Parma - Auditorium Paganini
30 settembre - 01 - 02 Ottobre 2015

l.vittorioso@libero.it

IL PRONTO SOCCORSO COME LUOGO DI CURE DI FINE VITA E LUOGO DI MORTE PER I PAZIENTI ONCOLOGICI

D. Zoli¹, S. Reggiani¹, P. Pronzato², F. Casabona³, M. Lambertini⁴, S. Morganti⁵, G. Orengo⁶

¹ Medici in Formazione Specialistica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova;

² Direttore, U.O. Oncologia Medica 2, IRCCS AOU San Martino-IST; ³ Medico, U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, IRCCS AOU San Martino-IST; ⁴ Medico in Formazione Specialistica, U.O. Oncologia Medica 2, IRCCS AOU San Martino-IST; ⁵ Dirigente Medico, U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, IRCCS AOU San Martino-IST; ⁶ Direttore, U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, IRCCS AOU San Martino-IST

Parole chiave: cure di fine vita, pronto soccorso, pazienti oncologici

Introduzione. Le neoplasie rappresentano una delle principali cause di morte nel mondo e il tema dell'assistenza al malato oncologico nella fase terminale della malattia ha assunto, negli ultimi anni, una crescente rilevanza clinica ed etica.

Il modello assistenziale proposto per i malati oncologici in fase terminale si basa sull'assistenza extra-ospedaliera e si fonda sulla permanenza del paziente al domicilio, resa possibile dal supporto dei servizi di cure palliative, degli Hospice e di strutture intermedie. Se da un lato tale modalità di organizzazione dell'assistenza incontra il favore dei pazienti e dei loro familiari, oltre quello della comunità scientifica, dall'altro la percentuale di pazienti che decedono in ospedale e, in particolare, nei Pronti Soccorso (PS) rimane elevata. Per meglio comprendere la qualità dell'assistenza erogata e l'utilizzo delle risorse utilizzate durante la fase terminale della vita dei pazienti con diagnosi di cancro, abbiamo condotto uno studio retrospettivo su una coorte di pazienti deceduti in un anno nel Pronto Soccorso dell'IRCCS San Martino-IST di Genova.

Contenuti. Si tratta di uno studio descrittivo di popolazione. Attraverso le Schede di Dimissione Ospedaliera, sono stati identificati tutti i pazienti con diagnosi oncologica, morti nel 2013 presso il Pronto Soccorso del nostro Istituto. Sono stati esclusi coloro i quali, pur avendo avuto il primo accesso in PS, sono morti in un'altra Unità Operativa. I dati sul motivo del ricovero e sull'assistenza ricevuta in Pronto Soccorso, sono stati desunti dalla lettura delle cartelle cliniche.

Dei 381 pazienti oncologici morti nel 2013 nel nostro Istituto, 254 hanno avuto un primo ricovero in PS. Di questi pazienti, 108 (45.4% femmine e 54.6% maschi) sono deceduti in questa sede e sono stati quindi inclusi nello studio. L'età mediana è risultata pari a 78 anni (IQR = 69 - 86). Al triage a 53 pazienti è stato affidato il codice rosso, a 48 il codice giallo e a 7 il codice verde. I tumori più frequentemente riscontrati sono stati: polmone (25.9%), mammella (9.3%) e fegato (9.3%). La degenza mediana in PS è stata di 23.5 ore (IQR = 10 - 58.3). Dei pazienti che avevano disponibili i dati sull'uso di chemioterapia e radioterapia, il tempo mediano tra l'ultimo ciclo di chemioterapia e il ricovero in PS è risultato pari a 41 giorni (IQR = 19 - 91), e dall'ultima radioterapia 201 giorni (IQR = 23 - 312).

I motivi che hanno portato più frequentemente i pazienti in PS sono stati: l'insufficienza respiratoria (54.6%), il dolore (16.7%), e la cachessia (14.8%). Su un totale di 135 procedure diagnostiche effettuate negli ultimi 3 giorni di vita del paziente, le più comuni sono state: le radiografie (56.3%) e le TC (19.3%). Le terapie più frequentemente somministrate sono state: antibiotici (17.6%), antidolorifici (10.2%) e sedativi (8.3%). Cinque pazienti (4.6%) sono stati sottoposti a procedure rianimatorie. La consapevolezza da parte dei medici e degli infermieri della fase terminale della malattia, rilevabile dalla cartella, non era presente nel 7.4% e nell'8.3% dei casi, rispettivamente. Nel 18.5% casi non era documentato in cartella un colloquio con i familiari del paziente.

Conclusioni. I pazienti oncologici sono grandi utilizzatori di risorse nella fase terminale della loro vita. In un'ottica di qualità, appropriatezza e sostenibilità, si rendono necessarie ulteriori analisi al fine di valutare sia le ragioni del ricorso all'assistenza ospedaliera da parte di questo tipo di pazienti sia il corretto utilizzo delle risorse durante la fase terminale della vita.

Il Pronto Soccorso come luogo di cure di fine vita e luogo di morte per i pazienti oncologici

Daniela Zoli¹, Silvia Reggiani¹, Paolo Pronzato², Francesca Casabona³, Matteo Lambertini⁴, Simona Morganti⁵, Giovanni Orengo⁶

¹ Medici in Formazione Specialistica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
² Direttore, U.O. Oncologia Medica 2, IRCCS AOU San Martino-IST
³ Medico, U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, IRCCS AOU San Martino-IST
⁴ Medico in Formazione Specialistica, U.O. Oncologia Medica 2, IRCCS AOU San Martino-IST
⁵ Dirigente Medico, U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, IRCCS AOU San Martino-IST
⁶ Direttore, U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, IRCCS AOU San Martino-IST

Introduzione

Le neoplasie rappresentano una delle principali cause di morte nel mondo e il tema dell'assistenza al malato oncologico nella fase terminale della malattia ha assunto sempre più negli ultimi anni una forte rilevanza clinica ed etica. Il modello assistenziale proposto per i malati oncologici in fase terminale si basa sull'assistenza extra-ospedaliera, ovvero sulla permanenza del paziente al domicilio, resa possibile con il supporto delle cure palliative, degli Hospice e di strutture intermedie. Se da un lato tale modalità di organizzazione dell'assistenza incontra il favore dei pazienti e dei loro familiari, oltre che quello della comunità scientifica, dall'altro la percentuale di pazienti che decedono in ospedale ed, in particolare, nei Pronti Soccorso (PS) rimane elevata.

Per meglio comprendere la qualità dell'assistenza erogata e l'utilizzo delle risorse utilizzate durante la fase terminale della vita dei pazienti con diagnosi di cancro, abbiamo condotto uno studio retrospettivo su una coorte di pazienti deceduti in un anno nel Pronto Soccorso dell'IRCCS San Martino-IST di Genova.

Contenuti

Si tratta di uno studio descrittivo di popolazione. Attraverso le Schede di Dimissione Ospedaliera, sono stati identificati tutti i pazienti con diagnosi oncologica, morti nel 2013 presso il Pronto Soccorso del nostro Istituto. Sono stati esclusi coloro i quali, pur avendo avuto il primo accesso in PS, sono morti in un'altra Unità Operativa. I dati sul motivo del ricovero e sull'assistenza ricevuta in Pronto Soccorso, sono stati desunti dalla lettura delle cartelle cliniche.

Dei 381 pazienti oncologici morti nel 2013 nel nostro Istituto, 254 hanno avuto un primo ricovero in PS. Di questi pazienti, 108 (45.4% femmine e 54.6% maschi) sono deceduti in questa sede e sono stati quindi inclusi nello studio. L'età mediana è risultata pari a 78 anni (IQR = 69 - 86). Al triage a 53 pazienti è stato affidato il codice rosso, a 48 il codice giallo e a 7 il codice verde. I tumori più frequentemente riscontrati sono stati: polmone (25.9%), mammella (9.3%) e fegato (9.3%). La degenza mediana in PS è stata di 23.5 ore (IQR = 10 - 58.3). Dei pazienti che avevano disponibili i dati sull'uso di chemioterapia e radioterapia, il tempo mediano tra l'ultimo ciclo di chemioterapia e il ricovero in PS è risultato pari a 41 giorni (IQR = 19 - 91), e dall'ultima radioterapia 201 giorni (IQR = 23 - 312). I motivi che hanno portato più frequentemente i pazienti in PS sono stati: l'insufficienza respiratoria (54.6%), il dolore (16.7%), e la cachessia (14.8%). Su un totale di 135 procedure diagnostiche effettuate negli ultimi 3 giorni di vita del paziente, le più comuni sono state: le radiografie (56.3%) e le TC (19.3%). Le terapie più frequentemente somministrate sono state: antibiotici (17.6%), antidolorifici (10.2%) e sedativi (8.3%). 5 pazienti (4.6%) sono stati sottoposti a procedure rianimatorie. La consapevolezza da parte dei medici e degli infermieri della fase terminale della malattia, rilevabile dalla cartella, non era presente nel 7.4% e nell'8.3% dei casi, rispettivamente. Nel 18.5% casi non era documentato in cartella un colloquio con i familiari del paziente.



Conclusioni

I pazienti oncologici sono dei grandi utilizzatori di risorse nella fase terminale della loro vita. In un'ottica di qualità, appropriatezza e di sostenibilità, si rendono necessarie ulteriori analisi al fine di valutare sia le ragioni del ricorso di questo tipo di pazienti all'assistenza ospedaliera sia il corretto utilizzo delle risorse durante la fase terminale della vita.



LASER A FEMTOSECONDI NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA

A. Guidotti, F. Foscarini, B. Foscarini, A. Cantagalli, F. Martelli, R. Daini, M. Vanzini, A. Finzi

Parole chiave: laser a femtosecondi, cataratta, chirurgia oculistica

Introduzione. La cataratta costituisce una progressiva perdita di trasparenza del cristallino la cui unica terapia efficace è chirurgica. L'intervento di estrazione di cataratta è molto comune, con circa 18 milioni di procedure eseguite all'anno nel mondo. L'ultima evoluzione nella chirurgia della cataratta è il laser a femtosecondi, che ha lo scopo di rendere l'intervento ulteriormente più sicuro ed aumentarne le probabilità di successo

Contenuti. l'intervento tradizionale è la facoemulsificazione, che consiste nel praticare un'incisione di dimensioni ridotte (circa 2.5 mm) nella parte periferica della cornea; dopo aver creato una apertura sulla capsula anteriore del cristallino (capsuloressi) viene eseguita la facoemulsificazione della cataratta. Il facoemulsificatore è un dispositivo a ultrasuoni che vibra ad una velocità tale da emulsionare la cataratta in piccoli frammenti che vengono aspirati fuori dall'occhio. Al termine dell'intervento viene inserito all'interno della capsula un cristallino artificiale (IOL) e l'occhio viene chiuso tramite idratazione dell'incisura (idrosutura). La chirurgia tradizionale si è perfezionata con l'introduzione del laser a femtosecondi, che utilizza una luce infrarossa con impulsi della grandezza di pochi micron e di brevissima durata (l'ordine dei femtosecondi corrisponde ad un milionesimo di miliardesimo di secondo): questa può essere focalizzata a diverse profondità nell'occhio per tagliare i tessuti nel punto desiderato. Il fascio di luce laser per la sua elevatissima velocità produce bassa energia non arrecando danni all'interno dell'occhio. Il laser è guidato da un computer e realizza le fasi più delicate dell'intervento in modo automatizzato. È tuttavia ancora necessario avvalersi della chirurgia tradizionale per completare la frammentazione del cristallino, l'aspirazione delle masse e l'impianto della IOL.

I vantaggi che derivano dall'utilizzo del laser a femtosecondi sono numerosi: è possibile creare incisioni corneali molto precise permettendo così di ridurre un astigmatismo corneale postoperatorio o di correggere un astigmatismo già esistente. La capsuloressi risulta centrata e simmetrica, garantendo al paziente un ottimo recupero visivo nel momento dell'impianto della lente intraoculare (IOL).

Grazie al femtolaser è possibile inoltre centrare la IOL nel sacco capsulare in modo più preciso, riducendo le aberrazioni del sistema ottico e facilitando l'impianto di lenti cosiddette "premium", cioè quelle lenti intraoculari (quali IOL accomodative, IOL multifocali e IOL toriche) che consentono una visione del paziente a tutte le distanze correggendo anche l'astigmatismo.

Infine il laser consente di dividere la lente in più parti minimizzando l'uso degli ultrasuoni utilizzati nella tecnica convenzionale e un possibile riscaldamento dei tessuti oculari.

Le controindicazioni all'uso del laser sono relativamente limitate e rappresentate da una scarsa midriasi, dal glaucoma scompensato, dalla presenza di una cataratta avanzata e da opacità della cornea.

Conclusioni. L'uso del femtolaser nella chirurgia della cataratta permette di rendere più sicuri, precisi, ripetibili e riproducibili alcuni step chirurgici realizzando le fasi più delicate dell'intervento in modo automatizzato



LASER FEMTOSECONDI NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA

Guidotti A, Foscarini F, Foscarini B, Cantagalli A, Martelli F, Daini R, Vanzini M, Finzi A
Unità Operativa di Oculistica, Casa di cura Villa Erbosca, Bologna, Italia.

Introduzione

La cataratta è un processo di progressiva perdita di trasparenza del cristallino. Questo processo, legato a fenomeni di ossidazione delle proteine che la costituiscono, è il risultato di un fenomeno biochimico che si verifica, nella maggior parte dei casi, con l'invecchiamento. L'unico trattamento efficace nella cura della cataratta è rappresentato dall'estrazione chirurgica del cristallino opacizzato e dalla sua sostituzione con una lente intraoculare di materiale sintetico. Questa è la procedura chirurgica maggiormente praticata in ambito oftalmologico e si stima che ogni anno, nel mondo, siano effettuati circa 18 milioni di interventi.

L'ultima evoluzione dell'intervento chirurgico della cataratta è il laser a femtosecondi o femtolaser, che ha lo scopo di assistere il chirurgo in alcuni passaggi dell'intervento chirurgico, migliorando così ulteriormente la sicurezza e le probabilità di successo.

Intervento chirurgico

L'intervento tradizionale è la Facoemulsificazione: tramite bisturi di dimensioni molto ridotte (circa 2.5 mm) viene praticata una incisione sulla parte periferica della cornea (limbus) e, dopo aver creato una apertura sulla capsula anteriore del cristallino (capsuloressi), viene eseguita la facoemulsificazione della cataratta. Il facoemulsificatore è un dispositivo a ultrasuoni che vibra ad una tale velocità che la cataratta viene emulsionata in piccoli frammenti e delicatamente aspirata fuori dall'occhio. Alla fine dell'intervento viene inserito all'interno della capsula del cristallino, che viene lasciata in sede, un cristallino artificiale (IOL) e l'occhio viene chiuso tramite idratazione dell'incisura (idrosutura).



Alcune fasi dell'intervento tradizionale di cataratta: capsuloressi e facoemulsificazione

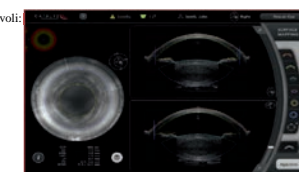
L'ultima evoluzione è, come detto in precedenza, l'utilizzo del laser a femtosecondi. Esso utilizza una luce infrarossa con impulsi della grandezza di pochi micron e di brevissima durata (l'ordine dei femtosecondi corrisponde ad un milionesimo di miliardesimo di secondo) che può essere focalizzata a diverse profondità nell'occhio per tagliare i tessuti nel punto desiderato. Il fascio di luce laser per la sua elevatissima velocità produce bassa energia non arrecando danni all'interno dell'occhio. Il laser è guidato da un computer e realizza le fasi più delicate dell'intervento in modo automatizzato. Il chirurgo gestisce e visualizza tutta la procedura in tempo reale su un monitor nel quale si proietta una immagine della sezione dell'occhio da trattare. È tuttavia ancora necessario avvalersi della chirurgia tradizionale per completare la frammentazione del cristallino, l'aspirazione delle masse e l'impianto della IOL.



Principali piattaforme laser presenti in commercio

I vantaggi che derivano da questo tipo di intervento chirurgico con l'uso del fascio laser, sono notevoli:

- Incisioni corneali molto precise e di piccole dimensioni, permettendo così di ridurre l'insorgenza di un astigmatismo corneale postoperatorio;
- Possibilità di correzione di un astigmatismo già esistente, creando dei tagli corneali di lunghezza e profondità desiderata, a seconda dell'astigmatismo del paziente.
- Taglio della porzione anteriore della capsula del cristallino (capsuloressi) estremamente centrato e simmetrico, garantendo al paziente un ottimo recupero visivo nel momento in cui verrà impiantato il cristallino artificiale o lente intraoculare (IOL).
- Possibilità di posizionare e centrare la IOL nel sacco capsulare in modo più preciso, riducendo le aberrazioni (piccole imperfezioni del sistema ottico) garantendo una buona visione soprattutto per l'impianto di lenti cosiddette "premium", cioè quelle particolari lenti intraoculari (quali IOL accomodative, IOL multifocali e IOL toriche) che consentono una visione del paziente a tutte le distanze correggendo anche l'astigmatismo.
- Il laser consente di dividere la lente in più parti riducendo l'uso degli ultrasuoni utilizzati nella tecnica convenzionale evitando così un possibile riscaldamento dei tessuti oculari.



Scansione della cornea e del cristallino prima dell'esecuzione del trattamento laser



Capsuloressi e centratura della lente dopo utilizzo del laser

- Le controindicazioni "relative" all'uso del laser sono:
- Scarsa midriasi, intesa come diametro pupillare inferiore ai 5 mm.
 - Glaucoma scompensato o scarsamente compensato.
 - Cataratta avanzata, di consistenza troppo elevata per essere tagliata con il laser.
 - Opacità della cornea.

CONCLUSIONI

L'uso del femtolaser nella chirurgia della cataratta permette di rendere più sicuri, precisi, ripetibili e riproducibili alcuni step chirurgici realizzando le fasi più delicate dell'intervento in modo automatizzato.

41° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

COMUNICAZIONI

VISUAL INFECTION NEL CONTROLLO E NELLA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI NEL PO SGD A FIRENZE

A. Bassetti¹, R. Calderoni¹, S. Naldini¹, S. Brugnoli¹, S. Gozzini², T. Grassi³, F. Picca¹, L. Serpietri¹, G. Bonaccorsi⁴, A. Appicciafuoco⁵

¹ Medico di Direzione Sanitaria P.O. San Giovanni di Dio - Azienda Sanitaria Firenze

² Direzione Infermieristica P.O. San Giovanni di Dio - Azienda Sanitaria Firenze

³ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Firenze

⁴ Professore del Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica - Università degli Studi di Firenze

⁵ Direttore S.O.C. Direzione Sanitaria Aziendale Presidi Ospedalieri - Azienda Sanitaria Firenze

Parole chiave: sorveglianza, infezioni, visuale

Introduzione: Un evento infettivo in ambiente ospedaliero deve essere gestito con la massima attenzione.

Negli ultimi anni si è assistito a una crescente diffusione di microrganismi caratterizzati da resistenze multiple agli antibiotici (MDRO), e per contenerne la diffusione e la trasmissione è necessario attuare misure di sorveglianza e controllo, adottare specifici comportamenti assistenziali e precauzioni di isolamento. Tali necessità sono ancor più rilevanti alla luce della sempre maggiore complessità e fragilità dei pazienti, con comorbidità, ricoverati nei presidi ospedalieri.

Presso il PO SGD dell'ASL 10 di Firenze a partire da gennaio 2014 è stato implementato il progetto: "Visual Infection" (VI). Il VI rappresenta uno strumento per il controllo e la sorveglianza delle infezioni in ospedale ed è una trasposizione del modello Visual Hospital per la gestione dei posti letto.

Le finalità del VI sono quelle di migliorare la programmazione e la gestione del percorso dei singoli pazienti con infezione presenti nelle linee di degenza, facilitandone il corretto isolamento e assicurando che le misure di controllo della trasmissione dell'infezione siano applicate secondo le procedure condivise.

Materiali e Metodi: Il VI è uno strumento di gestione visuale che consente di ottenere un quadro sempre aggiornato e visibile, per tutti i professionisti coinvolti nel processo, dello stato del percorso dei singoli pazienti con infezione e le modalità di isolamento, in modo da facilitarne la corretta sorveglianza.

Lo strumento principale è costituito da un pannello su cui vengono riportate, attraverso l'utilizzo di una simbologia predefinita, tutte le attività programmabili relativamente al controllo e alla gestione dell'infezione per ogni singolo paziente dall'ammissione alla dimissione.

La compilazione e il costante aggiornamento della pianificazione del percorso del paziente è di responsabilità del Servizio Ecomanagement (SE) che effettua quotidianamente rilevazioni direttamente nei reparti. Il SE valuta: modalità di isolamento (presenza check list, carrello con DPI, codice colore appropriato); sanificazione (presenza foglio firme, sanificazione 3 volte/die); clinica (sintomatologia e decorso); referto (microbiologia-partenza/arrivo); antibiogramma (partenza/invio).

Lo strumento consente il monitoraggio dello scostamento tra quanto pianificato e quanto effettivamente eseguito, al fine di intervenire sulle criticità individuate.

Risultati: Nel 2014, nel PO SGD, sono state notificate un totale di 244 malattie infettive di cui 46 per MDRO e 54 per *Clostridium difficile* (Cd). Sono stati trattati 94 pazienti affetti da MDRO e Cd, mettendo in atto tutte le precauzioni di isolamento e sanificando l'unità di vita del paziente 3 volte al giorno come da procedura, fino all'arrivo del risultato negativo.

Tutti i casi notificati, sono stati monitorati quotidianamente dal punto di vista del decorso clinico, dell'isolamento e della sanificazione. È stata compilata l'indagine epidemiologica e inviata copia tramite data base a SoS Vigilanza e Controllo Infezioni per l'elaborazione dati aziendale.

Il VI è uno strumento di gestione visuale che consente di avere un quadro sempre aggiornato e visibile della situazione dei pazienti infetti.

Grazie a questo strumento la DSPO può monitorare indicatori predefiniti e organizzare azioni di miglioramento strutturate, al fine di migliorare la sorveglianza, il controllo e la gestione delle infezioni in ospedale.

AUDIT CLINICO PER VALUTARE L'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA SULLA PROFILASSI ANTIBIOTICA 2010-2014

I. Bernardini¹, D. Bogni¹, M. De Lucia³, G. Casciarri¹, M. Pioppo²

¹ Azienda Ospedaliera Perugia (Direzione Medica)

² Medico in formazione presso DMO, Azienda Ospedaliera Perugia

³ Azienda Ospedaliera Perugia (Direzione Sanitaria)

Parole chiave: audit, antibiotico profilassi, appropriatezza

Introduzione: La profilassi antibiotica è da considerarsi uno degli strumenti codificati ed efficaci per la prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica. L'Azienda Ospedaliera di Perugia ha eseguito un percorso di validazione interna delle Linee Guida (LG) del PNLG sull'Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto verificando quale impatto avessero avuto nelle SS.CC. Chirurgiche.

Materiali e Metodi: Dopo una valutazione retrospettiva (2010) su un campione di cartelle riferite ad interventi chirurgici programmati è stato condotto un audit con tutti i professionisti delle SS.CC.Chirurgiche per esaminare le difficoltà connesse all'applicazione delle LG. Nei mesi di Febbraio 2011-2014 sono state eseguite ulteriori revisioni delle cartelle. L'analisi ha utilizzato come supporto informatico i programmi Microsoft Access, Excel e Epi Info.

È stata valutata la documentazione clinica indicando per ogni intervento chirurgico:

- se la profilassi fosse o meno stata eseguita secondo le LG
- se il farmaco scelto e la posologia utilizzata fossero quelle indicate dalle LG
- se e come si fosse provveduto al rispetto dei tempi di esecuzione della profilassi
- se l'antibiotico utilizzato in profilassi fosse protratto per più giorni dopo l'intervento

Risultati: Come primo risultato dell'audit si è avuta la definizione di percorsi comuni con la elaborazione dell'Istruzione Operativa sulla antibiotico profilassi. Tra la prima e la quinta rilevazione ci sono stati miglioramenti in tutti gli aspetti legati alla somministrazione.

L'adesione alle LG è aumentata attestandosi al 67% nell'ultima rilevazione. Il picco si è registrato nel 2013 con il 73%.

Conclusioni: Occorrono ulteriori audit clinici mirati per intraprendere azioni correttive e puntare all'obiettivo di adesione aziendale alle LG dell'85%, riconoscendo l'audit clinico come uno strumento efficace per aumentare il livello di adesione alle LG da parte dei professionisti. Sarà necessario tempo ulteriore ed interventi ripetuti e costanti per giungere a risultati ottimali.

IL SAFETY WALKAROUND TRA GESTIONE DEL RISCHIO E QUALITÀ DELLE STRUTTURE/SERVIZI. ESPERIENZE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI PERUGIA.

D. Bologni¹, M. Pioppo², W. Orlandi³, G. Ontari⁴, D. Torrioni⁵, M. Zucconi⁶, I. Bernardini⁷, R. Morcellini⁸

¹ Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera; ² Direttore Sanitario; ³ Direttore Generale; ⁴ Responsabile Uff. Formazione personale; ⁵ Responsabile infermieristico percorso urgenze-emergenze intraospedaliere e bed management; ⁶ Responsabile Sicurezza e Risk Management Dipartimento Professioni Sanitarie; ⁷ Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera; ⁸ Responsabile Qualità e Accreditamento Dipartimento Professioni Sanitarie

Parole chiave: sicurezza delle cure, miglioramento continuo qualità

Introduzione: Il Safety Walkaround (SWR) è uno strumento innovativo nell'ambito delle attività di gestione del rischio clinico. Consiste in una "visita" che i referenti della sicurezza, effettuano nelle U.O. per identificare con il personale i problemi potenziali legati alla sicurezza e le possibili soluzioni.

La validità del metodo è legata ai seguenti elementi:

- Permette il confronto e la discussione libera da ruoli gerarchici, valorizzando le competenze
- Favorisce il protagonismo di ciascuno nella promozione della sicurezza
- Possiede i requisiti di semplicità ed economicità
- Possiede valenza per soluzioni gestionali: le informazioni raccolte sul campo suggeriscono spesso la soluzione più idonea per le criticità evidenziate

Il SWR integrato con il sistema qualità aziendale permette un incremento del livello di sicurezza delle prestazioni erogate.

Materiali e Metodi: Lo strumento del SWR è stato perfezionato presso l'AO di Perugia poiché oltre alle domande proposte dal Ministero squisitamente legate al rischio clinico sono stati integrati quesiti relativi al processo di accreditamento, all'emergenza ospedaliera, al servizio prevenzione e protezione e alla corretta tenuta dei farmaci. Un gruppo costituito da 7-8 persone adeguatamente formate (medici di direzione, coordinatori del dipartimento delle professioni sanitarie, dirigenti della farmacia ospedaliera) si reca nella unità operativa con una check list che viene compilata intervistando il personale e visionando direttamente le cartelle, i presidi, l'ambiente, gli armadi farmaceutici e degli stupefacenti e i frigoriferi di reparto.

Risultati: Dal 2013 a oggi sono stati effettuati 66 SWR tabella 1 in diverse strutture seguendo una particolare check list che ha coinvolto diversi ambiti di cui riportiamo i risultati in tabella 2.

Tabella 1. SWR anni 2013-2015

ANNO	2013	2014	2015	TOTALE
N. SWR	19	34	13	66
Non Conformità	32	25	11	68
Osservazioni	16	27	9	52
RILIEVI TOTALI	48	52	20	120

Tabella 2. Ambiti indagati nei SWR

Ambiti indagati nei SWR	Numero e descrizione dei rilievi (NC= non conformità; OSS= Osservazione) su 66 SWR
Ambito sicurezza (luoghi di lavoro, rischio clinico, pulizie)	18 NC; 14 OSS
Clima interno	8 NC; 10 OSS
Documentazione clinica / Diritti dell'utente	28 NC; 20 OSS
Farmaci e stupefacenti	14 NC; 8 OSS

Azioni correttive messe in atto:

- Ambito sicurezza: interventi con l'ufficio tecnico patrimoniale; interventi sulla corretta gestione delle bombole di ossigeno e registrazione; armadio a norma per la conservazione dei reagenti in laboratorio; azione con la ditta di appalto delle pulizie per sgombero delle aree comuni al fine di favorire la fuga in caso di emergenza. Carrelli d'emergenza collocati in luoghi più accessibili e dotazione degli stessi di bombola di ossigeno; tracciabilità di tutte le operazioni di decontaminazione, lavaggio e alta disinfezione della sonda ETE come da procedura aziendale; nuove modalità nel trasporto delle cellule per trapianto di midollo con tracciabilità della temperatura; elaborazione della procedura per l'applicazione della raccomandazione ministeriale n. 14.
- Ambito Clima interno: intervento con la psicologa nelle Terapie Intensive "aperte" al fine di favorire il miglioramento del clima. Corsi di formazione su comunicazione e relazione d'aiuto; spostamento in altri reparti del personale in burn-out
- Ambito Documentazione Clinica /Diritti dell'utente: Corso di formazione sulla corretta compilazione della cartella clinica e delle dichiarazioni di consenso; elaborazione di Informativa specifiche per i principali interventi chirurgici; creazione del materiale informativo per le donne con patologia mammaria e day- surgery. tutti i moduli in uso sono stati portati a sistema come previsto dalle procedure aziendali; nuovo percorso dei pazienti chirurgici per visite ambulatoriali per evitare affollamento sala d'attesa; elaborazione di nuovi percorsi del paziente dal pronto soccorso alle strutture di degenza; revisione del percorso del paziente chirurgico programmato;
- Ambito Farmaci e Stupefacenti: formazione sul campo per scadenza farmaci ; corretto magazzino per farmaci "look alike sound alike"; giusti presidi per cateterismo vescicale a circuito chiuso; corretta registrazione stupefacenti; Maggiore attenzione nella registrazione dell'apertura dei flaconi gocce oculari; corretta conservazione del potassio lontano da altri farmaci.

Conclusioni: Il metodo applicato per i SWR consente a dirigenti ed operatori di confrontarsi, sia durante le visite che nelle fasi successive di discussione sui dati raccolti, nonché durante l'implementazione delle azioni, favorendo i processi comunicativi. Il SWR consente la valutazione delle vulnerabilità del sistema attraverso il contributo degli operatori stessi e l'adozione, in tempi brevi, di misure preventive. Nello stesso tempo favorisce l'impegno degli operatori e dei dirigenti nell'attuare miglioramenti per lo sviluppo di una cultura della sicurezza per i pazienti, per gli operatori e per l'ambiente, basata anche sull'incremento della qualità dell'assistenza e delle cure erogate.

Bibliografia

- World Health Organization, Human Factors in Patient Safety - Review of Topics and Tools, April 2009.
- Frankel A., Patient safety leadership walk rounds, IHI, Boston (USA), 2004
- Ministero della Salute, Safety Walk Round – Manuale, Aprile 2012

ANALISI DI PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ EVIDENZIATI “VIVENDO” IL NUOVO OSPEDALE DI BERGAMO

S. Canini¹, G. Bombardieri¹, E.M. Cacciabue¹, G. Pagani¹, A. Piccichè¹, S. Scetti¹, F. Pezzoli¹,
A. Lafranconi², E. Pintaudi², L. Chiappa³

¹ Direzione Medica di Presidio Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo

² Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Milano Bicocca

³ Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Parole chiave: trasferimento, nuovo ospedale, organizzazione

Introduzione: Il trasloco nella nuova struttura è iniziato il 15 dicembre 2012 con le degenze e si è concluso il 14 gennaio 2013 con il trasferimento degli ambulatori. Tutte le professionalità tecniche e sanitarie sono state coinvolte: da giugno 2012 sono stati effettuati incontri mirati all'orientamento nella nuova struttura; sono seguiti poi l'ambientamento, mirato ai percorsi dipartimentali e, a inizio dicembre, la confidenza d'uso con simulazioni all'interno delle singole Unità Strutturali (US). Dopo il trasferimento, è stata richiesta agli operatori una relazione sull'impatto delle nuove modalità organizzative sulle attività sanitarie, assistenziali e di supporto.

Materiali e Metodi: Nel corso degli incontri di budget, a tutte le US è stato fornito un format comune in cui riportare osservazioni in merito agli aspetti organizzativi, strutturali, risorse umane, amministrativi, blocco operatorio. Dovevano essere messi in evidenza i punti di forza e i punti di miglioramento, così da poter programmare gli opportuni interventi correttivi. La redazione della relazione era un obiettivo di budget 2013. L'obiettivo è stato raggiunto da tutte le US.

Risultati: Le relazioni sono state sintetizzate per aree dipartimentali e presentate dal Direttore Generale a tutti gli operatori riuniti nei periodici incontri di monitoraggio del budget. Sono stati messi in evidenza i punti di forza, le criticità e le proposte inerenti gli aspetti organizzativi e strutturali riportati in tabella. Le relazioni sono state analizzate e si è data priorità alla risoluzione di alcune problematiche strutturali segnalate: riprogrammazione dei parametri ambientali, prosecuzione dell'aggiornamento dei software con l'obiettivo di giungere alla cartella informatizzata integrata, revisione della segnaletica. Dal punto di vista organizzativo, le sfide maggiori sono state rappresentate dall'attuazione del modello per intensità di cure e dalla piena ripresa delle attività nel Blocco Operatorio secondo le nuove modalità organizzative, con il superamento del concetto di reparto tradizionale e l'integrazione delle competenze professionali. La metodologia attuata che ha visto il forte coinvolgimento dei professionisti, la pianificazione puntuale delle attività, il monitoraggio dei risultati prodotti e la revisione delle attività realizzate ha rappresentato la strategia vincente per vivere pienamente il trasferimento e creare una nuova identità.

Punti di forza: aspetti organizzativi					
Centro di day surgery multispecialistico	Pre-operatorio unificato a livello aziendale	Unificazione area critica	Percorso nascita	Area ambulatoriale: attivazione dei CUP di torre	Consolidamento dell'organizzazione modulare nelle degenze secondo un modello per intensità di cure
Punti di forza: aspetti strutturali/tecnologici					
Comfort	Servizio alberghiero	Dotazioni tecnologiche			
Spunti di miglioramento: aspetti organizzativi					
Percorso chirurgico (programmazione sedute operatorie)	Rivalutazione dei criteri per l'allocatione in area critica	Attivazione sistema di gestione delle code in ambulatorio			
Spunti di miglioramento: aspetti strutturali/tecnologici					
Climatizzazione e illuminazione	Telefonia	Aggiornamento dei software aziendali	Segnaletica	Capienza sale di attesa	

IMMIGRAZIONE A TARANTO, CITTÀ DI ACCOGLIENZA: DATI DI ATTIVITÀ DEL 2014

O. Capparella¹, I. Pandiani², C. Patronelli³

¹ Dirigente Medico, ASL Taranto, Presidio Ospedaliero Centrale

² Direttore Medico ff, ASL Taranto, Presidio Ospedaliero Centrale

³ Medico in formazione, corso di Medicina Generale, ASL Taranto

Parole chiave: migranti, malattie infettive

Introduzione: Nel corso dell'anno 2014, la città di Taranto è stata coinvolta nell'operazione militare e umanitaria di Mare Nostrum. La Direzione Sanitaria, considerate le criticità che si sarebbero potute presentare in ordine alla numerosità degli sbarchi, ha nominato due referenti aziendali, di cui un Dirigente Medico di Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Centrale di Taranto e un Dirigente Sociologo, con il compito di partecipare attivamente all'Unità di Crisi afferente alla Prefettura locale, alle attività di coordinamento sanitario/socio sanitario, direttamente sul posto degli sbarchi, e di raccordo con gli Ospedali e con i Distretti Socio-Sanitari aziendali.

Materiali e Metodi: Il periodo di studio è relativo all'anno 2014 (maggio-ottobre). Sono state monitorate 14 operazioni di sbarco da cui sono giunti sul territorio di Taranto 11.708 migranti. L'analisi statistica è descrittiva.

Risultati: Sono sbarcati: 8.488 uomini (72%) con età media di 25 anni (range 0-68), 1.510 donne (13%) con età media di 24 anni (range 0-72), 1.710 minori (15%) con età media di 14 anni (range 0-18). L'area di maggior provenienza è risultata l'Africa Sub-Sahariana (66%). Seguono il Nord Africa (25%), la Siria e Palestina (8%), il Pakistan/altri (1%). Le patologie riscontrate con maggior frequenza durante la fase dello sbarco sono state di natura dermatologica (quasi tutte parassitosi cutanee), seguite da disturbi gastrointestinali, stati di disidratazione, traumi minori, stati febbrili. I casi di scabbia rilevati (125) sono stati tutti trattati in prima istanza al porto con benzoato di benzile al 20%; in alternativa è stata utilizzata permetrina al 5%. Dopo lo sbarco sono stati effettuati 460 accessi ai PP.SS, di cui il 57% presso il P.S. del Presidio Ospedaliero Centrale (POC), 80 ricoveri ospedalieri (17, 4% dei migranti che hanno avuto accesso ai PP.SS e 0, 68% dei migranti sbarcati). Nel 47, 5% degli accessi ai PP.SS. sono state richieste una o più consulenze specialistiche. Nel 65% dei casi è stata richiesta consulenza infettivologica. Degli 80 ricoveri, 67 sono stati effettuati nel POC, 13 negli altri Presidi. Nell'ambito del POC, il 62% dei ricoveri è stato effettuato nel reparto di malattie infettive (gastroenteriti, varicella, malattie parassitarie ovvero malaria, amebiasi, 4 casi di scabbia in comorbilità con infezioni acute delle vie respiratorie o gastroenteriti, 1 caso di HIV), seguito dal reparto di pediatria dello stesso Presidio (11%). La degenza media, complessivamente di 6 giorni (range 1-105), è risultata più elevata per i pazienti del reparto di malattie infettive (11 giorni, range 2-105). La spiegazione è da ricercare nelle condizioni cliniche particolarmente compromesse di alcuni pazienti e nella presenza, talvolta contemporanea, di più parassitosi (malaria e scabbia). Complessivamente, l'età media dei migranti ricoverati è stata di 24, 7 anni (range 1-67). è risultata meno elevata, 24 anni (range 1-68) nei pazienti ricoverati nel reparto di malattie infettive. Nei pazienti pediatrici l'età media è risultata di 3, 5 anni con range di 0, 75-15 anni. La strategia organizzativa della Direzione Sanitaria Aziendale ha permesso di ridurre al minimo le criticità che sarebbero emerse dall'afflusso elevato di migranti, dei quali, talvolta non erano state comunicate preventivamente condizioni cliniche e patologie di rilievo. Solo per il 3, 92% dei migranti sbarcati è stato fatto ricorso al P.S. Di questi, solo il 17, 4% è stato ricoverato.

RUOLO DELLA FORMAZIONE SUI PRINCIPI DEL RISCHIO CLINICO IN SALA OPERATORIA: L'ESPERIENZA DELL'ASP DI ENNA

E. Cassarà¹, S. Giampiccolo², G. Pirrera³, R. Cunsolo⁴, G. Fidelio⁵

¹ Direttore Sanitario; ² Ufficio Qualità; ³ Direzione Sanitaria;

⁴ Direzione Medica di Presidio Distr. Osp. EN1; ⁵ Direttore Generale ASP Enna

Parole chiave: formazione, rischio clinico, miglioramento

Introduzione: La sala operatoria rappresenta il cuore pulsante di ogni struttura sanitaria, sia essa pubblica che privata, nonché luogo ad alta complessità dove si intersecano attività multidisciplinari, espletate fondamentalmente da chirurghi, anestesisti ed infermieri. Partendo dagli indirizzi internazionali JCI (Joint Commission International) e da quelli nazionali e regionali, si è inteso realizzare una valutazione sulle possibili strategie, utili a prevenire il rischio clinico nelle sale operatorie dei PP.OO. dell'ASP di Enna. In particolare, sulla base degli eventi indesiderati in ambito clinico (eventi avversi, incidenti e quasi-eventi), si è inteso proporre metodi e strumenti di risk management per la loro identificazione, analisi e prevenzione.

Contenuti: Atteso che l'uso della check-list in sala operatoria rappresenta l'applicazione di uno degli standard JCI (adottati con apposito DA della Regione Sicilia), e che la sua introduzione rappresenta una delle soluzioni di maggiore rilevanza in campo sanitario dopo quella dello stetoscopio e, quando verranno adottate, salveranno decine di migliaia di vite umane in tutto il mondo (Atul Gawande), si è ritenuto che la Formazione del personale sulla sensibilizzazione dell'uso della check-list possa rappresentare uno degli strumenti più efficaci in tema di risk management. Per superare i fenomeni ad alta complessità, quali ad esempio l'errata percezione del rischio e l'overconfidence, è stata messa in atto la seguente strategia operativa: consegna ai medici, chirurghi ed anestesisti, e infermieri del blocco operatorio, di un questionario a risposta chiusa sul risk management in chirurgia-anestesia (utilizzando per le risposte agli item proposti, la scala continua di Likert, che permette di misurare quantitativamente atteggiamenti, opinioni e dimensioni concettuali degli intervistati.); successiva analisi dei questionari, valutati secondo il modello di Kirkpatrick; scelta randomizzata di un campione di partecipanti, sottoposti ad evento formativo ad hoc (contenuti generali e specifici in tema di rischio clinico in sala operatoria, importanza della segnalazione spontanea, corretta compilazione della checklist); misurazione dell'efficacia del progetto formativo, attraverso somministrazione di un questionario, in forma anonima, prima e dopo aver preso visione delle schede informative; valutazione finale sul grado di conoscenza del rischio.

Conclusioni: È stato effettuato un campionamento sulla corretta compilazione della check-list in sala operatoria riferita ad un periodo precedente l'informativa. Hanno partecipato alla rilevazione tutte le Unità Operative di area chirurgica. I dati sono stati classificati in quattro gruppi: "Anagrafica", "Sign - in", "Time - out", "Sign - out". L'indagine è stata effettuata in tre fasi: "tempo zero", "tempo 1" e "tempo 2". Al termine della prima fase è stato previsto un feedback di ritorno con il personale del blocco operatorio che ha compilato le schede check-list e con il personale medico delle UU.OO. di area chirurgica e anestesisti, ai cui interventi le schede facevano riferimento. Le schede check-list si riferivano agli interventi classificati come non urgenti. Nelle tre rilevazioni sono state analizzate complessivamente 521 schede check-list di sala operatoria. Nel corso dei vari step è emerso che l'analisi delle schede e il feedback, insieme alla formazione del personale e alla revisione della check-list, hanno contribuito al miglioramento dell'applicazione della stessa. Il monitoraggio sull'applicazione della check-list ha permesso di intervenire con tempestività e di correggere alcuni comportamenti non corretti. Significativi miglioramenti sono stati raggiunti sulla marcatura del sito chirurgico, l'etichettatura del campione chirurgico e la visualizzazione delle immagini diagnostiche. Rimangono da correggere alcuni *items* importanti: la profilassi antibiotica, l'individuazione dei rischi da allergie e la comunicazione su eventuale perdita di sangue durante l'intervento chirurgico. Risulta quindi incontrovertibile perseguire un obiettivo: cioè favorire il miglioramento della comunicazione all'interno della sala operatoria tra le figure coinvolte nell'atto operatorio e nella compilazione della check-list, al fine di ridurre la deviazione dallo standard. L'indagine ha così dimostrato come il miglioramento di politiche aziendali orientati alla formazione complessiva in tema di rischio clinico, connessa con una sperimentazione diretta sul campo e con l'adozione di specifici cambiamenti, contestualmente ad un progetto di formazione su un singolo argomento, possano costituire la *road map* per ottenere i risultati attesi.

UNIT DI CHIRURGIA A CICLO BREVE: UN MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DI DAY E WEEK SURGERY DI CHIRURGIA GENERALE

V. Ceccherini¹, L.M. Siliani², A. Mercatelli³, G. Bonaccorsi⁴, P. Bonanni⁵, M.T. Mechi⁶

¹ Medico in formazione specialistica, Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Firenze; ² Dirigente medico, Responsabile della Unit di Chirurgia a ciclo breve, AOU Careggi;

³ Dirigente medico, Direzione sanitaria, AOU Careggi; ⁴ Prof. associato, Dip. di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli studi di Firenze; ⁵ Prof. ordinario, Direttore della Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dip. di Scienze della Salute, Università degli studi di Firenze; ⁶ Direttore sanitario, AOU Careggi

Parole chiave: chirurgia a ciclo breve, appropriatezza organizzativa, DRG LEA

Introduzione: L'appropriatezza organizzativa configura uno scenario in cui i medici agiscono nel rispetto dei bisogni individuali dei pazienti, secondo linee guida cliniche e clinico-organizzative, con vantaggi certi in termini di esito clinico e di equità dell'assistenza. L'AOU Careggi eroga 41 dei 46 DRG LEA chirurgici, afferenti a varie discipline tra cui la Chirurgia Generale. Il monitoraggio effettuato sino dal 2009 dal Laboratorio MeS non ha mai mostrato una performance soddisfacente, in quanto per molti dei DRG non veniva raggiunta la soglia minima di interventi da eseguire in regime di day surgery.

(L'analisi dell'attività della Chirurgia Generale dell'AOU Careggi ha messo in luce alcune criticità di tipo organizzativo, quali la commistione tra la chirurgia oncologica e quella a minore complessità e la persistenza del modello "One-day surgery" che contribuivano al mancato raggiungimento degli standard richiesti.

A partire da Maggio 2014 è stata avviata una riorganizzazione della Chirurgia Generale che ha previsto la separazione della linea della Chirurgia maggiore e oncologica da quella della chirurgia a minore complessità, comprendente la Day Surgery e la Week Surgery, denominata Chirurgia a ciclo breve, per la gestione della quale è stata istituita un'apposita Unit, la cui attività è iniziata a Gennaio 2015.

Il nuovo modello, attuato senza l'impiego di risorse aggiuntive, prevede lo svolgimento dell'attività chirurgica su due sale operatorie complanari, con mattina dedicata alla Day surgery e pomeriggio alla Chirurgia a degenza breve, e la suddivisione della degenza in due sezioni, una delle quali con apertura h12 dal lunedì al venerdì e l'altra h24 dal lunedì al sabato mattina.

Risultati: Sono stati selezionati i DRG LEA più frequentemente prodotti dalle 5 Unità Operative di chirurgia generale (DRG 158, 160, 162 e 267). L'analisi condotta sui dati del primo semestre 2015 ha dimostrato un netto miglioramento della performance, con il raggiungimento delle soglie stabilite dalla Regione da parte della maggior parte delle UO per 2 dei 4 DRG (Tabella 1). Contemporaneamente, sono migliorati anche i dati relativi ad altri settori di attività della Chirurgia a ciclo breve, come le colecistectomie laparoscopiche eseguite con ricovero di 0-1 gg, e si è registrato un aumento del numero totale di interventi eseguiti per ciascun DRG. Si è inoltre osservata una diminuzione dei giorni di attesa per l'intervento chirurgico per tutte le classi di priorità.

Tabella 1. Performance complessiva delle Unità Operative di chirurgia Generale per i 4 DRG LEA considerati, confronto tra i dati del 2014 e quelli del primo semestre 2015. Per ogni DRG è riportato il valore soglia stabilito dalla DGR 1140/2014

DRG	2014				GEN-GIU 2015				SOGLIA
	DS	ORD	TOT	% DS	DS	ORD	TOT	% DS	
158 - INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	104	409	513	20%	151	144	295	51%	50%
160 - INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA > 17 SENZA CC (Escluse procedure 53.5*, 53.6* - Laparoceli)	41	73	114	36%	39	24	63	62%	50%
162 - INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA > 17 SENZA CC	429	302	731	59%	387	122	509	76%	90%
267 - INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	55	84	139	40%	68	11	79	86%	95%

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE STRAORDINARIA ANTIMENINGOCOCCO C IN TOSCANA: L'ORGANIZZAZIONE NELL'ASL 10 FIRENZE

M. Chellini¹, G. Garofalo², M. Santini², L. Baggiani³, S. Gostinicchi³, D. Paolini¹,
F. Pieralli¹, M. Donzellini¹, L. Pieri¹, E. Gori³

¹ Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva. Università degli Studi di Firenze

² Dipartimento Igiene e Sanità Pubblica, ASL 10 Firenze

³ Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze

Parole chiave: Meningococco C, campagna di vaccinazione

Introduzione: La malattia invasiva da Meningococco, causata dall'infezione da *Neisseria Meningitidis*, si manifesta frequentemente con meningite e sepsi, condizioni a alto rischio di gravi complicanze. In Italia l'incidenza di malattia si attesta intorno ai 150-200 casi l'anno, i portatori sani del batterio, soprattutto adolescenti, oscillano tra il 2 e il 30% della popolazione e i sierotipi B e C sono i più diffusi tra i 5 attualmente noti. Negli ultimi 10 anni la Toscana ha registrato mediamente 15 casi ogni anno, ma in contrasto con questo andamento nei primi 4 mesi del 2015 i casi sono stati 22 (7 nella ASL 10) di cui 17 da sierotipo C. In diversi di questi casi è stato evidenziato il genotipo ST11 associato in letteratura ad una particolare virulenza con maggiore incidenza di sepsi fulminanti.

In questo contesto di allerta sanitaria la vaccinazione, insieme all'antibiotico profilassi, rappresenta la prima arma di prevenzione e il principale strumento a disposizione per arginare il diffondersi della malattia.

La Regione Toscana ha approvato in data 27-04-2015 la DGRT n. 571 nella quale si definiscono misure straordinarie di immunizzazione della popolazione. Si prevede che la vaccinazione antimeningococco quadrivalente (attiva sui sierotipi A,C,Y,W135) sia inserita nel calendario vaccinale tra gli 11-20 anni e sia offerta gratuitamente per il 2015 ai soggetti di 21-45 anni nelle ASL in cui è stato registrato un caso con lo scopo di proteggere nel più breve tempo possibile le fasce di età maggiormente a rischio e ridurre la circolazione del batterio ospite nelle vie respiratorie dei portatori sani.

È stata quindi istituita una campagna di vaccinazione straordinaria che, su un ambito territoriale di 2779 km² in cui insistono 832675 abitanti, ha coinvolto ASL, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia. L'organizzazione intersettoriale della campagna vaccinale è stata articolata in fasi per affrontare i diversi aspetti gestionali. Una 1° fase ha previsto la definizione di un piano aziendale a cui hanno partecipato i diversi servizi coinvolti e la predisposizione e diffusione delle informazioni attuative alle istituzioni interessate, agli operatori coinvolti e alla popolazione.

Una 2° fase ha previsto l'individuazione di ambulatori e la programmazione di agende per le sedute vaccinali a livello territoriale ed ospedaliero, l'organizzazione dell'approvvigionamento e distribuzione del vaccino, il reclutamento delle risorse umane necessarie, la creazione di un numero telefonico afferente alla Sanità Pubblica per le consulenze di 2° livello, la strutturazione di un percorso specifico per l'eventuale invio alla vaccinazione in ambiente protetto.

In una 3° fase sono stati pianificati incontri formativi per il personale sanitario con la predisposizione di materiale tecnico specifico adattato alla campagna. Con la 4° fase è stato approntato un monitoraggio continuo dei dati di attività registrati negli ambulatori, nei presidi e dal Centro Unico di Prenotazione.

Risultati: Al 31 luglio sono stati vaccinati 12224 soggetti tra gli 11-20 anni e 17438 cittadini tra i 21-45 anni corrispondenti a circa il 18% e il 7% del target. Le misure straordinarie messe in atto dalla Regione costituiscono una risposta dinamica e coordinata alla situazione che si è creata in Toscana. L'analisi degli aspetti affrontati potrà essere esperienza utile per tutta la comunità scientifica e prototipo d'intervento per situazioni analoghe che potrebbero realizzarsi.

PERCORSO DI ACCOGLIENZA ED UMANIZZAZIONE IN UN OSPEDALE ONCOLOGICO

A.P. Colasurdo¹, R. Galasso¹, S.M. Molinari², C.A. Consolante²

¹ Direzione Sanitaria; ² U.O.C. Epidemiologia e Registro Tumori

IRCCS CROB, Rionero in Vulture (PZ)

Parole chiave: umanizzazione, accoglienza, oncologia

Contenuti: Il termine umanizzazione fa riferimento al concetto di dignità umana ed alla necessità del rispetto di tale categoria. L'umanizzazione delle cure è l'attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali è oggi tema di grande attualità. Le crescenti acquisizioni in campo tecnologico e scientifico, che permettono di trattare anche patologie una volta incurabili, non possono essere disgiunte nella quotidianità della pratica clinica dalla necessaria consapevolezza dell'importanza degli aspetti relazionali e psicologici dell'assistenza e dalla partecipazione di tutti gli stakeholders alle decisioni ed alla programmazione. La "umanizzazione" trova fondamento nella normativa nell'art 14 del D.lgs 502/92, nel DPCM 12.11.2001, nel Patto della Salute 2014-16. Per quanto attiene la specificità del nostro ospedale è evidente che la diagnosi di tumore comporta un cambiamento nella visione e nella organizzazione della vita della persona malata e dei suoi familiari. Il tumore infatti coinvolge non solo la sfera fisica, ma mette in discussione il ruolo sociale e familiare della persona e spesso richiede al malato di rivedere le proprie scelte e motivazioni. Alla capacità di accettazione e comprensione della nuova situazione fisica e psicologica in cui il malato si viene a trovare, concorrono molti elementi sociali e culturali: ogni malato è un individuo a sé e come tale richiede di essere ascoltato e preso in cura.

Le attività di umanizzazione intraprese negli anni dall'IRCCS CROB sono orientati all'Ambiente, alla Comunicazione, alla Qualità percepita e soprattutto alle Relazioni; la certificazione OECl acquisita nel 2015 ha riconosciuto l'impegno dell'Istituto anche in questa direzione.

Tra le principali iniziative intraprese:

- Gli spazi sono stati resi accoglienti, confortevoli, comodi e familiari; in ogni camera di degenza ed in tutte le aree di attesa sono stati installati televisori
- Servizio psicologico di supporto a pazienti e familiari rivolto alla minimizzazione disagio psicologico
- 4 punti accoglienza sono stati dislocati agli ingressi dell'Istituto
- In ogni reparto e servizio è presente una biblioteca, gestita dalle associazioni di volontariato
- È in fase di ultimazione una "casa-famiglia" all'interno dell'Istituto, per ospitare i caregivers dei pazienti durante la degenza
- "Il Cinema in Ospedale", proiezione settimanale di film in auditorium, rivolta a pazienti e familiari
- "Riflessi allo Specchio" Make Up nella cura della donna, con l'associazione IRIS Basilicata
- "Ripartiamo dalla Persona" con l'obiettivo di sviluppare nuovi modelli nell'agire assistenziale e scientifico attraverso gli strumenti della bioetica clinica
- "Ballo-terapia" rivolto alle donne operate di tumore al seno ed ai loro partner
- "Nel mio silenzio anche un sorriso può fare rumore", terapia psicologica di gruppo
- Dal 2012 è pubblicato annualmente il Bilancio di Rendicontazione Sociale e la Relazione di Customer Satisfacion
- Adesione allo Sportello InformaCancro AIMaC: punto di ascolto, accoglienza e orientamento a favore di malati e caregivers
- Una sala operatoria settimanale e due ambulatori sono riservati alla terapia del dolore

L'insieme delle iniziative illustrate rappresentano l'inizio di un percorso di cura della persona e non solo del malato che dovrà necessariamente essere ampliato attraverso la migliore integrazione e comunicazione tra i professionisti e con le associazioni di volontariato e di tutela e con le comunità.

OPERATING ROOM MANAGEMENT: RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ OPERATORIE PRESSO L'IRCCS CROB

C.A. Consolante¹, S.M. Molinari²

¹ Dirigente Medico di Direzione Sanitaria; ² Direttore Sanitario Aziendale IRCCS CROB, Rionero in Vulture (PZ)

Parole chiave: Operating Room Management, Chirurgia Oncologica, Clinical Governance

Introduzione: L'organizzazione delle sale operatorie rappresenta una attività importante per la Direzione Sanitaria Ospedaliera. L'*Operating Room Management operativo* fa riferimento a tutte quelle azioni mirate all'ottimizzazione dell'efficienza operativa dell'unità chirurgica, vale a dire la massimizzazione del numero dei casi chirurgici che possono essere eseguiti durante una giornata e la minimizzazione delle risorse necessarie e dei relativi costi. L'*Operating Room Management strategico* si occupa invece delle attività decisionali di lungo termine. Gli aspetti di governo del percorso chirurgico riguardano la sicurezza del paziente e la razionalizzazione degli accessi dei chirurghi alle sale operatorie. L'IRCCS CROB è l'ospedale di riferimento oncologico della Regione Basilicata; è dotato di 5 sale operatorie, 3 nel blocco centrale e 2 dedicate alla attività di Day Surgery, tutte di elezione oncologica; le branche chirurgiche rappresentate sono 5. L'attività operatoria era articolata in 10 sedute settimanali mattutine e 5 pomeridiane in chirurgia ordinaria e 5 settimanali in DS, 4 mattutine ed una pomeridiana. Il personale infermieristico era condiviso dai due blocchi operatori situati su piani diversi. La lista operatoria era e continuerà ad essere diramata settimanalmente dalla Direzione Sanitaria, che assume pertanto piena responsabilità formale della programmazione.

Nel Dicembre 2014 è stata avviata una revisione della casistica, tramite analisi dell'applicativo gestionale delle sale operatorie, rilevazione diretta dei tempi di sala e audit con i professionisti, al fine di evidenziare le maggiori criticità. Sono stati identificati una serie di Indicatori di efficienza tenendo conto sia delle letteratura che dei dati riportati sui registri di sala:

- **Tasso di utilizzo:** rapporto percentuale tra il tempo d'occupazione della sala ("patient in room" – "patient out room") e quello a disposizione
- **Totale tempo di sfornamento:** somma del tempo di utilizzo della sala operatoria oltre il tempo assegnato
- **Totale tempo di sottoutilizzo:** somma del tempo di non utilizzo della sala operatoria
- **Sedute over-running (%):** percentuale di sedute che terminano almeno 30 minuti oltre la fine del tempo assegnato
- **Sedute under-running (%):** percentuale di sedute che terminano almeno 30 minuti prima della fine del tempo assegnato
- **Orario medio inizio induzione**
- **Start-time tardiness**
- **Orario medio "patient in room"**

Conclusioni: L'analisi dei dati ha evidenziato la presenza di un tasso medio di utilizzo delle sale operatorie molto basso (< 40%). L'orario medio di inizio induzione superava di > 60 minuti circa l'atteso in quasi il 90% dei casi; anche il tempo di tourn over era molto basso e l'indice di sottoutilizzo estremamente elevato; il numero di sedute over-running era maggiore del 15 %, molto basso invece il tasso di under-running. Come primo intervento è stata programmata lo spostamento di tutte le attività chirurgiche su 4 sale in contemporanea, dalle 7,30 alle 14,30, al fine di indurre un migliore utilizzo dei tempi operatori; è stato separato il personale infermieristico assegnato alle due diverse attività chirurgiche, razionalizzandone l'utilizzo nelle sale e nella Recovery Room. Una ulteriore fase di monitoraggio continuo degli Indicatori fornirà informazioni sulla efficacia degli interventi attuati, sul guadagno in termini di sicurezza e riduzione dei tempi di attesa e sulla possibilità di incrementare ulteriormente le attività.

GESTIONE DI UN CASO DI INFEZIONE DA KLEBSIELLA PNEUMONIAE KPC IN UNA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

M. Corbo^{1*}, G. Vangi¹, F. Berloco¹, M. Pozzi¹, C. Baratta¹, G. Vetrugno², G. Scoppettuolo³, T. D'Inzeo⁴, T. Spanu⁴, M. Sanguinetti⁴, M. Bosio⁵

¹ Servizio Radioprotezione e Igiene Ospedaliera Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

² Risk Management Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

³ Unità di Consulenza Infettivologica Integrata Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

⁴ Servizio di Microbiologia e Virologia Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

⁵ Direttore Sanitario Aziendale Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

* Speaker

Parole chiave: *Klebsiella pneumoniae* KPC, terapia intensiva neonatale

Introduzione: I neonati ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) sono caratterizzati, come ampiamente evidenziato in letteratura, da estrema vulnerabilità alle infezioni. Tra i diversi fattori che concorrono a determinare questa situazione di elevato rischio un ruolo non trascurabile è giocato dalle frequenti manipolazioni da parte degli operatori sanitari.

Klebsiella pneumoniae produttore di *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasi (Kp-KPC) sta sempre più emergendo come un importante patogeno multiresistente responsabile di infezioni severe per le quali la colonizzazione rappresenta un fattore di rischio per il successivo sviluppo di infezione.

Per il controllo della diffusione delle infezioni *early* e *late onset* in TIN è strategico il ruolo degli operatori sanitari, con la promozione di una serie di provvedimenti "a basso costo" ma estremamente efficaci: la corretta igiene delle mani, l'isolamento dei neonati, lo screening dei neonati tramite esami culturali per l'identificazione di eventuali colonizzazioni. Obiettivo di questo studio è di descrivere le misure adottate per il contenimento della diffusione di Kp-KPC in una TIN di 24 posti letto, considerando anche quelli di assistenza sub-intensiva.

Materiali e Metodi: A seguito dell'identificazione di un caso di infezione da KP-KPC in una pretermine di 1280 grammi sono state adottate le misure di sorveglianza e di prevenzione previste nella Linea guida aziendale per la prevenzione della diffusione degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi. La neonata nata per rottura di membrane alla 29 settimana di gestazione veniva ricoverata in TIN. Dopo una settimana di ricovero, presentando segni e sintomi di sepsi, eseguiva una emocoltura che si positivizzava in 10 ore. Le indagini microbiologiche condotte mediante spettrometria di massa e analisi molecolari direttamente sul flacone positivo identificavano in 2 ore la presenza di Kp-KPC. A seguito della tempestiva comunicazione al reparto e alla Direzione Sanitaria, per la paziente veniva disposto ed attuato uno stretto isolamento da contatto con la contestuale rigorosa osservazione di tutte le altre misure previste dalla succitata linea guida, incluso lo screening degli altri neonati presenti. Nel contempo, a scopo cautelativo, si è deciso di sospendere l'accettazione di nuovi neonati pretermine e di rinforzare l'équipe infermieristica per permettere un'assistenza dedicata ai neonati in isolamento.

Risultati: 29 neonati sono stati sottoposti a tamponi rettali. Di questi i casi risultati positivi sono stati 3: oltre al caso indice, il gemello sano e un altro neonato anch'esso sano, la cui incubatrice era vicina a quella delle gemelle. Nelle successive 4 settimane non si sono avuti nuovi casi di infezione o colonizzazione. La ricerca della fonte di infezione ha permesso di individuare con elevata probabilità nella mamma, di professione badante, l'origine dell'infezione. Si trattava infatti di una paziente risultata poi positiva per KP-KPC al tampone rettale. In conclusione, l'intervento effettuato ha confermato l'importanza delle misure di sorveglianza raccomandate per contrastare la diffusione di K KPC e, in generale, dei germi epidemiologicamente rilevanti. Sono da valutare, per mezzo di ulteriori studi, i vantaggi, in termini di costi/benefici, dell'introduzione dello screening per Kp-KPC nelle partorienti che presentino fattori di rischio per colonizzazione da germi multi-resistenti.

Riferimenti: Center for Disease Control and Prevention (CDC) – Guidance for Control of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) – 2012 CRE Toolkit. European Centre for Disease Prevention and Control – Technical Report: Updated ECDC risk assessment on the spread of New Delhi metallo-lactamase and its variants within Europe. Stockholm, November 2011
 - European Centre for Disease Prevention and Control – Technical Report: Risk Assessment on the spread of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE). Stockholm, September 2011
 - Regione Emilia Romagna – Indicazioni pratiche per la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi in Sanità Pubblica e nel territorio: strutture socio-sanitarie, residenze private. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Ottobre 2011
 - Circolare del Ministero della Salute “Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi – 2012”

DMPO COME ATTRATTORE DEL SISTEMA-OSPEDALE. POSSIBILE MODELLO CONCETTUALE

C. Cosentino¹, L. Cosentino²

¹ Psicologa, Univ. Parma; ² Direttore Medico P.O. di Copertino (Le)

Parole chiave: DMPO, sistema dinamico, attrattore

Introduzione: L'organizzazione-ospedale è:

- un sistema dinamico complesso che evolve nello spazio delle fasi (assistenziali): variazioni di stato/comportamento/ modalità di fronteggiamento di situazioni critiche, attivate da perturbazioni (esterne e/o interne);
- un sistema produttivo fondato su modelli organizzativi di specializzazione e di interdipendenza (C. Cosentino, 2013), di processi sanitari integrati;
- un sistema sociale di agenti individuali le cui azioni sono interconnesse (P. Plsek, 2001).

Materiali e Metodi: i sistemi dinamici complessi, si spostano nello spazio delle fasi sotto la spinta di alcuni parametri di controllo, assumendo differenti comportamenti e differenti livelli di stabilità/prevedibilità. Ogni regione corrisponde a un possibile comportamento del sistema: ordinato, caotico; complesso, al confine tra ordine e disordine.

- Gli Autori esplorano un modello concettuale, basato su due parametri di controllo:
1. Tensione organizzativa (espressa da dimensioni empiriche del clima organizzativo);
 2. Pressione lavorativa (espressa da dimensioni empiriche dell'attività lavorativa).

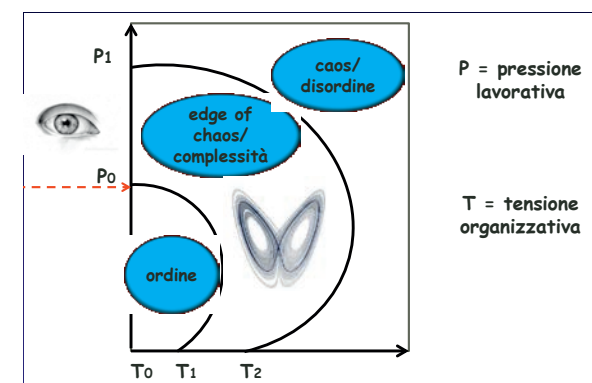
La complessità di un sistema viene identificata nella:

- **differenziazione:** elevato numero e varietà delle parti;
- **connessione:** interazioni organizzate (non lineari, a legami deboli) fra le parti, integrazione del sistema come entità unica.

Un sistema dinamico tende a raggiungere particolari regioni dello spazio delle fasi, “**attrattori strani**”, dove, per determinati valori critici, trova autonomamente (autorganizzazione) condizioni di regolarità e di relativa stabilità dinamica (C.S. Bertuglia, F. Vaio, 2003).

Conclusioni: gli Autori **propongono** un modello concettuale-interpretativo di Sistema-Ospedale che si muove nella zona della complessità, governato da un attrattore strano; **richiamano** il ruolo dell'osservatore e del contesto nella descrizione e percezione della complessità del sistema; **pongono la questione della capacità di “leadership complessa”** (Marion, Uhl-Bien's, 2001), quale moderna preconditione per l'azione direzionale; **individuano**, nel modello reale dell'organizzazione complessa-ospedale, un “vincolo naturale” (osservatore qualificato, attrattore strano) che richiama il ruolo e le competenze del DMPO.

Sistema ospedale: transizioni di fase



IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO (DMPO). CARNEADE O CUSTODE DELL'OSPEDALE? ESEGESI GIURIDICA DI RUOLO E APPROCCIO EURISTICO A UNA FUNZIONE IN VIA DI ESTINZIONE.

L. Cosentino, E. Catamo, MG. Manna

Direzione Medica P.O. di Copertino (Lecce)

Parole chiave: DMPO, attribuzioni, responsabilità

Introduzione: il DMPO (ex Direttore Sanitario ospedaliero ai sensi del Dpr 128/1969) è una specie “formalmente” estinta (o in via di estinzione) per effetto della riorganizzazione in senso aziendalistico delle ASL che utilizza lo strumento normativo/organizzativo dell'Atto Aziendale così come previsto dal D. lgs 502/92 e s.m.i.? Oppure, il Dpr 128/1969 è da ritenersi tuttora valido e vigente con conseguenti implicazioni organizzative e di ruolo/responsabilità per il DMPO, che, dunque, risulterebbe essere il responsabile (unico) della gestione complessiva del Presidio Ospedaliero che gli viene affidato (ovvero dell'intera funzione ospedaliera)?

Materiali e Metodi: utilizzato lo strumento dell'interpretazione giuridica delle fonti legislative vigenti (DLgs 502/92 e s.m.i.) e/o di ripristinata efficacia (Dpr 128/69), associato a un approccio euristico al ruolo/responsabilità del DMPO così come riconosciuto (attribuzioni di funzioni) in letteratura e/o in differenti modalità di valutazione organizzativa di 18 Atti aziendali, e/o alla rilevazione del “ruolo agito” nella “realtà fattuale” dell'organizzazione ospedaliera cui è preposto e che dirige (e che ricomprende, al suo interno, i Dipartimenti o segmenti di Dipartimenti); e l'analisi di alcuni dati di dottrina e di giurisprudenza, al fine di poter formulare enunciati specifici nel merito delle funzioni/attribuzioni del DMPO.

Risultati:

- **Enunciato primo:** il DMPO (incaricato ai sensi del comma 9, art. 4, DLgs. 502 e s.m.i.) è il responsabile, formale e fattuale, della gestione complessiva (igienico-sanitaria e organizzativa) del Presidio cui è preposto e, quindi, dell'erogazione e dell'integrazione funzionale/continuità, dei processi assistenziali trasversali (dipartimentali e non dipartimentali). **Se l'enunciato primo è vero**, e con specifico riferimento al Presidio che dirige, c'è da chiedersi: - quale ruolo/responsabilità ricade sul DMPO per effetto del “c.d. contratto atipico di ospedalità”? (“responsabilità della struttura sanitaria: contratto di ospedalità o di assistenza sanitaria”; standard ospedalieri) - il DMPO, può essere individuato come “datore di lavoro in senso prevenzionale” (ai sensi dell'art. 5, DLgs 231/2001, e art. 2, DLgs 81/2008 e s.m.i.) nell'ambito della sicurezza nei luoghi di lavoro, e anche, in via analogica, della sicurezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria?
- **Enunciato secondo: se l'enunciato primo è vero**, il DMPO, deve avere una posizione organizzativa sovraordinata rispetto a quella dei Direttori dei Dipartimenti presenti nel Presidio cui è preposto; l'architettura organizzativa idonea per una efficace gestione di questo tipo di rapporti (DMPO/ Direttori Dipartimenti) potrebbe essere un Dipartimento delle Direzioni Mediche che, in linea diretta con la Direzione Sanitaria Aziendale vada a collocarsi, come organo di coordinamento/integrazione, in una posizione intermedia fra questa e i Dipartimenti Assistenziali. **Se l'enunciato primo non è vero**, bisognerebbe, forse, modificare, o più esattamente eliminare, il ruolo (storico, fattuale, culturale, percepito e agito) della DMP (e quindi del DMPO), e configurare semplicemente una S.C. di “Igiene e tecnica ospedaliera/Epidemiologia e Statistica” da affidare a un Dirigente Medico che ne abbia i requisiti ai sensi dell'art.15ter del Dpr 502/92 e s.m.i.

INVIO DEI CERTIFICATI DECESSO ALL'INPS: PERCHÉ OCCORRE RICONOSCERE LA RELATIVA RETRIBUZIONE AI MEDICI DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO CHE ESPLETANO ADEMPIMENTI DI MEDICINA NECROSCOPICA

R. Cunsolo¹, A.R. Mattaliano², P. Bellocchi¹, G. Coco¹, D. Danzi¹, G. Mangano¹, S. Di Mauro[^],

¹ Dirigente medico di Presidio; ² Direttore medico di Presidio PO V. Emanuele-Ferraro; ³ Specializzando in Igiene Università degli Studi di Catania

³ Specializzando in Igiene Università degli Studi di Catania

Direttore Generale AOU “Policlinico-Vittorio Emanuele” di Catania: Dr. Paolo Cantaro

Parole chiave: certificato decesso, INPS, richiesta retribuzione

Introduzione: La dichiarazione di morte è la denuncia, obbligatoria per legge, ai fini dell'iscrizione del decesso nel registro comunale dello stato civile. Infatti, a seguito di questa dichiarazione, l'Ufficiale di stato civile redige l'atto di morte. L'articolo n. 1 comma n. 303 “Attuazione della legge n. 190 del 23 dicembre 2014 (legge di stabilità per il 2015) fornisce disposizioni in merito alla trasmissione telematica all'INPS della comunicazione di constatazione del decesso attraverso il portale internet. Detto invio costituisce uno strumento che consente il puntuale aggiornamento delle variazioni anagrafiche, tale da permettere la verifica della permanenza delle condizioni e/o requisiti per l'erogazione o meno delle pensioni agli aventi diritto.

Contenuti: L'attuazione dell'articolo di cui sopra vincola il Medico di Direzione medica di Presidio (o suoi delegati) a produrre una certificazione mediante una procedura priva di firma digitale, equiparabile dal punto di vista legale ad una firma autografa sostituita invece dall'identificazione dell'operatore attraverso un semplice accesso mediante l'utilizzo di Pin identificativo; e a ricoprire anche il ruolo di Ufficiali di Stato Civile, sostituendosi ai soggetti preposti agli uffici dell'anagrafe comunale nello svolgere tale mansione; la sua applicazione prevede inoltre per i medici l'obbligo di invio telematico all'INPS del certificato di accertamento del decesso entro 48 ore dall'evento, pena l'applicazione di sanzioni amministrative di cui all'art. 46 del Dl 30 settembre 2003, n. 269 e le successive modifiche legge n. 326 del 24 novembre 2003.

Conclusioni: L'adozione della norma espone i Medici necroscopi a molte responsabilità anche di tipo medico-legale gravate da obbligo amministrativo. Per tale ragione sarebbe auspicabile la realizzazione di un accordo tra INPS e Sindacati dei medici interessati, come già avvenuto in passato per la segnalazione degli infortuni sul lavoro (circolare INAIL n. 39/2007), in modo da stabilire un compenso per la redazione e trasmissione dei dati sempre nell'ottica della qualità e tempestività delle prestazioni e servizi. Compenso che assume la configurazione di un legittimo riconoscimento ad un atto che, come nei casi di redazione dei certificati di infortunio INAIL, si traduce in una prestazione medica che presuppone competenza e professionalità.

STRATEGIE ORGANIZZATIVE E GESTIONALI DI SORVEGLIANZA TRASFUSIONALE PER PREVENIRE L'INFEZIONE DA WEST NILE VIRUS

S. Cutti¹, C. Marena^{1,2}, A. Muzzi¹, F. Rovida³, E. Percivalle³, A. Sarasini³, M. Truglio⁴, M. Viola⁴, P. Isernia⁴

¹ Direzione Medica di Presidio; ² Direttore Medico di Presidio, Fondazione IRCCS, Policlinico San Matteo, Pavia

³ SC Laboratorio di Microbiologia e Virologia-Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

⁴ Servizio di Immunoematologia e Medicina TrASFusionale

Parole chiave: WNV, prevenzione, screening

Introduzione: Il virus del Nilo Occidentale (West Nile Virus-WNV) è un Arbovirus che può infettare accidentalmente l'uomo. L'infezione umana nello 0, 1% di tutti i casi (prevalentemente in soggetti immunocompromessi e nelle fasce estreme di età) può provocare sintomatologia neurologica tipo meningite/meningoencefalite. La presenza del virus, segnalata in Italia dal 2008, ha indotto il Ministero della Salute a definire un Piano di sorveglianza entomologica e veterinaria in tutto il Paese (zanzare vettrici, avifauna selvatica e sinantropica, equidi) e ad emanare indicazioni per prevenire la trasmissione trasfusionale dell'infezione da WNV nella stagione estivo-autunnale (15 giugno-31 ottobre). Attualmente il "trigger" è rappresentato dal primo riscontro positivo per WNV su pool di zanzare o su avifauna, che normalmente precede i casi di positività nell'uomo di 20 giorni circa. Le misure di prevenzione adottate sono: l'esecuzione del test di screening di biologia molecolare WNV NAT (Nucleic Acid amplification Testing) su singolo campione per le donazioni di sangue/emocomponenti, comprese le cellule staminali emopoietiche, nelle province interessate dal trigger; a livello nazionale la sospensione temporanea (28 giorni) dei donatori che hanno trascorso almeno una notte nell'area interessata. Nella provincia di Pavia la prima segnalazione di positività risale al 27/08/2014. Nel 2015 il Centro Lavorazione e Validazione sangue (CLV) di Pavia, che gestisce l'area Sud della Lombardia per le province di Pavia, Lodi e Milano Sud, ha registrato il primo campione positivo il 15 luglio. L'esecuzione del test WNV NAT in entrambi i casi è stata introdotta a distanza di 48 ore dalla segnalazione sierologica.

Materiali e Metodi: I singoli campioni di plasma dei donatori sono stati testati con il kit Cobas TaqScreen West Nile Virus Test (sistema Cobas s 201 Roche). Nel 2014 sono stati eseguiti 10.088 test su unità di sangue, emocomponenti, cellule staminali midollari, periferiche, cordonali e campioni per la validazione di donazioni di organi e tessuti e non sono state riscontrate positività. Il Laboratorio di Virologia (LV) ha eseguito i test di conferma e approfondimento diagnostico dei casi positivi. Sono state determinate WNV IgM e IgG su siero (WNV IgM Capture DxSelect and WNV IgG DxSelect by Focus Diagnostics, Cypress, USA) e test di Neutralizzazione per conferma degli anticorpi specifici. La ricerca del genoma virale è stata effettuata su siero ed urine dei pazienti sia con una Real-time RT-PCR che con una pan-Flavivirus nested RT-PCR seguita da eventuale sequenziamento del frammento genomico amplificato. I tests eseguiti al 10 settembre 2015 sono stati 8.012. I riscontri WNV+ sono stati accertati in un donatore di cornea, deceduto con quadro febbrile e neurologico (NAT+, IgM e IgG+) e in due donatori di sangue (NAT+, RT-PCR+ e immunizzazione tardiva; NAT+, neutralizzazione+, sierologia negativa). Un terzo caso è risultato NAT+ e sierologia positiva solo per IgG.

Risultati: La tempestività nell'attuazione delle disposizioni nazionali e la strategia organizzativa ottimale sono state assicurate da: Struttura Regionale di Coordinamento (SRC), Azienda Regionale per l'Emergenza e Urgenza (AREU) di Regione Lombardia (RL) e, per il Policlinico San Matteo, la Direzione Sanitaria, il Servizio di Immunoematologia e Trasfusione, il Laboratorio di Virologia, individuato da RL come Centro di riferimento per la diagnostica dei casi umani lombardi.

SORVEGLIANZA ATTIVA ICA IN CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA PRESSO IRCCS POLICLINICO SAN DONATO

A. D'Acquisto¹, F. Ramondetti¹, L. Carpinelli¹, M. Ranucci², V. Villa³, G. Gallo³, M.T. Cuppone⁴

¹ Vice Direttore Sanitario; ² Anestesista cardiocirurgia pediatrica; ³ Resp. Qualità; ⁴ Direttore Sanitario IRCCS Policlinico San Donato

Parole chiave: infezioni correlate all'assistenza, cardiocirurgia pediatrica, MDRO

Introduzione: Negli ultimi anni il tema della sicurezza del paziente è divenuto una questione centrale in ambito sanitario: le infezioni correlate all'assistenza (ICA) ne rappresentano uno dei fenomeni più rilevanti al loro interno. Come ben sappiamo le ICA complicano molte patologie, e la gremita letteratura scientifica ne è testimoniazione, ma ciò non trova lo stesso riscontro per quel che concerne l'area della cardiocirurgia pediatrica. Per questa ragione si è voluto implementare presso l'IRCCS Policlinico San Donato di San Donato Milanese un sistema di sorveglianza attiva delle ICA nell'Unità Operativa di Cardiocirurgia Pediatrica. Lo studio corrente è il seguito di uno studio pilota iniziato lo scorso anno nell'ambito di una sorveglianza attiva verso *Staphylococcus aureus* meticillino resistente (MRSA) e *Enterobacteriaceae* produttrici di beta-lattamasi ad ampio spettro (ESBL) per tutti i pazienti in ingresso provenienti da paesi stranieri o trasferiti da altra Struttura ospedaliera. Sono stati sottoposti a tamponi di sorveglianza attiva i 928 pazienti cardiocirurgici pediatrici e ricoverati nel periodo gennaio 2011 - dicembre 2014. I tamponi sono stati effettuati a livello delle mucose nasali per la ricerca di MRSA e del retto per la ricerca di enterobatteri. Sono stati considerati indice di infezione i risultati positivi di emocolture effettuate su indicazione clinica in un momento successivo all'intervento chirurgico. I risultati presentati derivano da un'analisi del database clinico. Il confronto statistico tra variabili qualitative è stato effettuato mediante il calcolo della probabilità a due code con test di Fisher.

Risultati: Sul totale dei tamponi di screening effettuati in ingresso sul nostro campione, 517 (56%) sono risultati positivi a un microorganismo multiresistente agli antibiotici (MDRO) tra i seguenti: MRSA, *Enterococcus* vancomicina-resistente (VRE), *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Stenotrophomonas maltophilia*, ESBL, *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemici (KPC), *Proteus mirabilis*, *Enterobacter cloacae*, *E.coli*.

Di questi 517 tamponi, il 60% era relativo a pazienti di origine africana, il 30% era di pazienti italiani ed il 20% di pazienti stranieri di altri continenti.

In particolare, è stata riscontrata una positività per MRSA al tampone nasale per 19 piccoli pazienti.

Tra le colonizzazioni in ingresso, solo una è stata seguita dallo sviluppo di una batteriemia causata dallo stesso microorganismo (P-value 0,038). Per tutte le altre colonizzazioni presenti in ingresso, al contrario, non è stata riscontrata nessuna correlazione positiva e statisticamente significativa con una batteriemia post intervento. Le restanti emocolture positive, non correlabili al tampone in ingresso positivo per lo stesso MDRO, si sviluppano dopo un tempo medio di 10 giorni dall'intervento (95% I.C. 6,2-15,5).

Si rileva, inoltre, un'augmentata positività dei risultati all'ingresso nei pazienti stranieri (75% tamponi nasali e 95% tamponi rettali positivi per MDRO). Infatti, sul totale delle colonizzazioni da germi produttori di ESBL, il 67% era di origine africana (P-value 0.009). Da questo dato sembra che la provenienza dall'Africa sia un fattore di rischio per la presenza di una colonizzazione da ESBL.

Nell'intervallo di tempo considerato l'andamento delle colonizzazioni da germi produttori di ESBL all'ingresso non si è modificato in modo significativo: nel 2011, su un totale di 42 tamponi, il 50% è risultato positivo; nel 2012 su un totale di 107 tamponi, il 46%; nel 2013, su un totale di 163, il 34% dei tamponi è risultato positivo; nel 2014 su un totale di 205 tamponi positivi, ne sono risultati positivi il 42%.

Commenti: Lo studio effettuato conferma la necessità di eseguire colture di sorveglianza attiva nei piccoli pazienti cardioperati considerati a rischio aumentato per la loro provenienza. In caso di colonizzazione con MDRO, vista la prevalenza elevata nel nostro ospedale, sono applicate fin da subito le misure di isolamento previste. I nostri protocolli di isolamento prevedono l'isolamento per contatto, in stanza singola o per coorte quando non sia disponibile quest'ultima. La colonizzazione non richiede trattamento antibiotico, e alla luce dei nostri dati, si conferma che non sembra essere indicata una decolonizzazione nei pazienti

pediatrici portatori di MRSA. Per quanto riguarda la maggiore prevalenza di colonizzazioni da ESBL nei pazienti cardiocirurgici pediatrici provenienti da uno Stato africano, invece, sarebbe interessante poter confermare questa osservazione con uno studio multicentrico. Ci sono evidenze, in letteratura, di come le condizioni igienico-sanitarie del continente africano possono avere un ruolo sullo stato del sistema immunitario dei pazienti pediatrici provenienti da quell'area; non sono disponibili a noi dati di precedente esposizione dei pazienti ad antibiotici che possano aver avuto un ruolo nella selezione dei diversi MDRO, né a livello individuale (anamnesi farmacologica), né men che meno a livello di ecosistema ospedaliero (dati di prevalenza nei nosocomi di origine).

PROGETTO DIAGNOSI IN BANCHINA: PERCORSI ASSISTENZIALI PER LA GESTIONE DEI MIGRANTI

S. De Maria La Rosa¹, B. Cacopardo², C. Pulvirenti³, D. Cinà⁴, G. Tigano⁵, G. Giammanco⁶, R. Bonaccorso⁷, A. Cuspilici⁸, G. Mancigli⁹, A. Lanteri¹⁰, G.G. Santonocito¹¹

¹ Dirigente medico Direzione Medica di Presidio A.O. Garibaldi; ² Direttore U.O. Malattie Infettive A.O. Garibaldi;

³ Dirigente medico Ministero della Salute Responsabile USMAF per le emergenze sanitarie;

⁴ Direttore U.O. Patologia clinica A.O. Garibaldi; ⁵ Responsabile U.O. Radiologia A.O. Garibaldi;

⁶ Direttore Generale ASP 3 di Catania; ⁷ Direttore medico P.O. Garibaldi Centro; ⁸ Responsabile U.O. Igiene e organizzazione dei servizi sanitari A.O. Garibaldi; ⁹ Direttore medico P.O. Garibaldi Nesima;

¹⁰ Croce Rossa Italiana; ¹¹ Direttore Generale A.O. Garibaldi di Catania

Parole chiave: migrante, tubercolosi

Introduzione: Negli ultimi due anni in coincidenza con il fenomeno degli sbarchi dei migranti si è assistito ad un modesto ma significativo incremento dell'incidenza di TBC nella provincia di Catania. Infatti si è passati da un'incidenza di 5,8 casi/100.000 abitanti nel 2012 ad 8/100.000 nel 2013 sino ad un picco di 8,8 casi/100.000 abitanti nel 2014. Tale aumentata incidenza coinvolge per oltre 2/3 dei casi stranieri residenti e, a partire dal 2013, i casi notificati di tubercolosi in stranieri osservati in provincia di Catania ha riguardato soggetti provenienti dall'Africa. Del resto, oltre la metà dei migranti che a partire dal 2013 sono sbarcati a Catania, proviene da aree endemiche dell'Africa. Alcuni dei migranti hanno l'infezione in forma latente: costoro rischiano di riattivare la malattia tubercolare dopo eventi stressanti come malnutrizione, esposizione a perfrigerazione, etc. Un significativo numero dei migranti sbarcati ha già in atto una tubercolosi clinicamente evidente già all'arrivo, avendo riattivato la malattia durante i mesi drammatici e stressanti del trasferimento e del viaggio. Non è nota, all'interno di tale popolazione di pazienti stranieri con tubercolosi polmonare attiva, quanti siano effettivamente bacilliferi, ma è indubbio che tali individui, introdotti in centri di accoglienza o di raccolta, spesso in condizioni di promiscuità o di sovraffollamento, possono diffondere la infezione tubercolare ad altri soggetti non infetti.

Materiali e Metodi: Da gennaio ai primi di settembre 2015 al porto di Catania sono arrivati 7471 migranti. Tali circostanze, con i correlati rischi per quanto moderati per la salute per la popolazione autoctona, può ripercuotersi significativamente in un aumento del carico di lavoro dei Servizi Sanitari sia per la progressione clinica negli infetti che per i rischi di diffusione legati ai contatti. Questo rischio, percepito da quanti coinvolti nella gestione dei migranti, ha spinto un gruppo di lavoro multidisciplinare ad elaborare un percorso che è stato accolto con favore anche dall'O.M.S. e che prevede la somministrazione di un questionario clinico-epidemiologico (criteri epidemiologici: provenienza da area iperendemica, familiarità per TBC, sieropositività riferita per HIV; criteri clinici: tosse da > 2 settimane; emoftoe; perdita di peso e sudorazioni notturne da > 2 settimane) a tutti i pazienti con temperatura corporea > 37°C allo sbarco. Nei casi ritenuti sospetti sulla base di uno score ottenuto dal questionario, viene eseguito, nell'arco di 2 ore circa, uno screening (analisi espettorato, radiografia del torace) presso l'A.R.N.A.S Garibaldi di Catania che successivamente prenderà in carico presso l'U.O. di Malattie Infettive i pazienti eventualmente risultati positivi.

Conclusioni: L'attuazione del percorso condiviso delinea inequivocabilmente i compiti di quanti coinvolti, ottimizzando risorse in ordine a personale, tecnologie e tempi di risposta. L'organizzazione chiara ed efficiente predisposta per tale tipologia di migranti mette in atto un meccanismo di protezione dai potenziali rischi per la salute di tutta la popolazione sia residente che non residente. I risultati di tale ottimizzazione di percorsi sarà oggetto di successiva valutazione fermo restando che la risoluzione della causa scaturente dal contesto socio-politico tarda purtroppo a risolversi.

RUOLO DEL DMP NELLA PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI DOAC

M. Desperati, P. Davio¹, A. Muça², L. Contino³

DMPO – ¹ Direttore SC Medicina Interna; ² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Torino;

³ Responsabile Centro Emostasi e Trombosi (CET) ASO Alessandria

Contenuti: I nuovi anticoagulanti orali diretti (DOAC) sono medicinali di recente introduzione che non richiedono un monitoraggio di routine dell'attività anticoagulante né un aggiustamento posologico conseguente, ma la loro gestione rimane delicata per la possibile insorgenza di sanguinamento maggiore, inclusi eventi fatali, le interferenze farmacologiche e le numerose controindicazioni. Il DMPO è coinvolto nel processo di gestione in quanto delegato AIFA ad abilitare i singoli professionisti alla prescrizione dei DOAC, pertanto ha promosso la definizione di un percorso gestionale basato su un protocollo comune definito tramite un gruppo di lavoro formato dagli specialisti clinici interessati. Si è convenuto che la complessità delle valutazioni propedeutiche alla prescrizione poteva essere efficacemente rappresentata con la creazione di un software dedicato, da condividere attraverso la sua distribuzione in rete intranet aziendale. Il software esprime, attraverso maschere progressive da compilarsi a cura del prescrittore, l'algoritmo di selezione su ogni singolo paziente, guidando così il medico attraverso una sequenza logica ed esaustiva ed impedendo di fatto la prescrizione "inappropriata". Esso inoltre permette inoltre la "prenotazione" della visita presso il CET per la formulazione del piano terapeutico AIFA e gli atti conseguenti. Un apposito modulo del software permette allo specialista di seguire i controlli effettuati sui pazienti di pertinenza dal CET.

Risultati: Tutti gli specialisti interessati stanno utilizzando il sistema, mentre i cardiologi hanno chiesto di poter effettuare direttamente i controlli e la gestione AIFA dei pazienti. Per essi è stato creato un modulo ad hoc con il quale ogni singolo specialista si è impegnato a rispettare il percorso terapeutico e di follow up, la cui sottoscrizione è propedeutica all'abilitazione alla prescrizione. Il percorso ha ottenuto il gradimento dei pazienti cui viene anche consegnato un kit personalizzato contenente un vademecum comportamentale ed alcuni gadget. Il numero limitato di prescrittori e la possibilità di monitoraggio informatico ha permesso di controllare agevolmente la correttezza dell'intero percorso di somministrazione dei DOAC, evitando a tutt'oggi gli eventi avversi potenzialmente ad esso correlati.

IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO "CODICE ROSA" PRESSO L'AZIENDA SANITARIA ASL 10 DI FIRENZE

M. Donzellini¹, G. Bonaccorsi², P. Bonanni³, M. Chellini¹, V. Dubini⁴, S. Guarducci⁵, D. Paolini¹, F. Pieralli¹, L. Pieri¹, L. Tattini⁵

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

² Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

³ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

⁴ Direttore Unità Funzionale Complessa Attività Territoriali ASL 10 Firenze

⁵ Staff Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze

Parole chiave: codice rosa, rete di tutela

Introduzione: Il codice Rosa indica un particolare percorso di accesso al Pronto Soccorso dedicato a vittime di violenza che presentano condizioni di fragilità tali da renderle più facilmente vittime di abusi o violenza, senza distinzione di genere o età. Il progetto prevede la collaborazione tra varie istituzioni, tra cui le autorità giudiziarie, attraverso l'istituzione di una task force per fornire una risposta tempestiva ed efficace al momento dell'ingresso della vittima in pronto soccorso e per attività di prevenzione e contrasto al fenomeno della violenza. All'assegnazione di un codice rosa, si attiva un gruppo operativo costituito da operatori socio-sanitari e Forze dell'Ordine che utilizzano procedure condivise per curare la vittima e avviare le procedure d'indagine. In Pronto Soccorso è previsto un locale dedicato, la Stanza Rosa, dove le vittime vengono accolte e curate, garantendo la massima riservatezza. Il progetto Codice Rosa è nato nel 2010 presso l'Azienda Sanitaria di Grosseto e nel 2011 è diventato un progetto regionale, gradualmente esteso a tutte le Aziende sanitarie ed ospedaliere della Toscana. La diffusione si è completata nel 2014, anno in cui sono stati riportati 3268 casi di codice rosa in tutta la regione. L'azienda ASL 10 di Firenze è entrata a far parte del progetto nel 2014 e da allora è in corso un'attività di implementazione del percorso, che si inserisce in un territorio in cui sono già presenti esperienze originali e consolidate in ambito di contrasto della violenza (Associazione Artemisia, Centro di ascolto uomini maltrattanti).

Materiali e Metodi: Si è costituito un Centro di Coordinamento Aziendale con rappresentanti di varie unità operative per attività di formazione, programmazione ed interazione con altre istituzioni; si è creata una rete interna di operatori specificamente formati che integrano le loro attività con il centro di coordinamento e vengono coinvolti in base alle necessità specifiche dei vari casi, tra cui referenti del Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione e di Ginecologia nei vari Presidi Ospedalieri. È stata inoltre individuata una rete esterna per la presa in carico sul territorio delle vittime di violenza o abusi e per implementare attività di prevenzione.

Risultati: Il Centro di Coordinamento e la rete interna hanno elaborato una procedura ospedaliera specifica, tuttora in implementazione, che prevede una cartella clinica guidata dedicata e la collaborazione tra operatori del Pronto Soccorso e Forze dell'Ordine. Riguardo la gestione dei dati, sono stati compiuti aggiornamenti degli applicativi di pronto soccorso per monitorare il numero di codici attivati. È in corso l'attivazione della rete territoriale che comprende numerose realtà, in primo luogo consultori, servizi sociali e associazioni ed anche medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, che, come primo punto di contatto con il sistema sanitario, possono rilevare precocemente situazioni a rischio. È stato attivato un Tavolo di buone pratiche coinvolgendo la Procura della Repubblica, le Forze dell'Ordine, il Comune di Firenze e le associazioni che si occupano di violenza e maltrattamenti, allo scopo di definire un protocollo d'intesa. L'implementazione del progetto si realizza in un'ottica di costruzione di un modello il più possibile omogeneo e condiviso in area vasta al quale fare riferimento, salvaguardando le specificità territoriali, a garanzia della presa in carico globale delle vittime di violenza.

PROCEDURA PER PREVENIRE E GESTIRE GLI INCIDENTI A VISITATORI-FAMIGLIARI

G. Federico¹, G. Sorgente², R. Misefari³, F. Federico⁴

¹ Direttore uoc Risk Management AORN Caserta; ² Dirigente Medico uoc Risk Management AORN Caserta;

³ C.P.S.I. uoc Risk Management AORN Caserta; ⁴ Dirigente Medico u.o.c.Ortopedia - Traumatologia Ospedale A.Murri (Fermo)

Parole chiave: visitatori-famigliari, contenzioso medico-legale, soluzione stragiudiziale

Introduzione: Per effetto delle più dinamiche procedure di assistenza e delle più ampie fasce orarie di accesso delle persone, oggi le strutture sanitarie registrano una maggior presenza giornaliera sia degli assistiti che dei visitatori-famigliari. È, quindi, normale che in luoghi di vita collettiva come gli Ospedali, dove le attività svolte e le relazioni intrattenute generano inevitabilmente molteplici tipologie di rischi, possa verificarsi un incremento degli incidenti a visitatori-famigliari rispetto al passato. D'altra parte l'esperienza della Pubblica Amministrazione ha riconosciuto che le vertenze e conflittualità, qualunque ne sia l'esito, determinano sempre gravi danni d'immagine alle Aziende Sanitarie e che i cittadini tollerano disservizi/inconvenienti di non poca entità se rilevano di essere in buona relazione con la struttura, se cioè sono trattati con il dovuto riguardo. Si è ritenuto, pertanto, doveroso e conveniente approntare una Procedura con le numerose e puntuali azioni di ordine operativo/comportamentale/organizzativo che sono necessarie per la specifica sicurezza dei visitatori - famigliari presenti in Ospedale.

Materiali e Metodi: La procedura, suddivisa nelle 2 sezioni della Prevenzione e della Gestione degli incidenti, dettaglia come condizione essenziale per il perseguimento delle sue finalità numerosi e diversificati compiti da assolvere ad opera di :Direzione Sanitaria, Ingegneria Clinica, Affari Generali e Legali, Risk Management, personale di tutte le uu.oo. (dipendente e non), Ditte esterne, visitatori- famigliari. Essa inoltre reca allegati uno specifico Modulo di notifica di ciascun incidente nonché una locandina con cui i visitatori - famigliari sono opportunamente informati dell'iniziativa e coinvolti nella osservanza di pertinenti regole in modo da partecipare con un ruolo attivo perchè solo essi stessi possono effettuare le azioni non delegabili necessarie alla propria incolumità/integrità e alla propria assistenza in caso d'incidente. Tale Procedura prevede l'immediata presa in carica assistenziale con esecuzione gratuita di tutti i trattamenti diagnostico-terapeutici del caso presso le strutture interne quando nell'evento avverso vi sia responsabilità dell'A.O. e la successiva offerta di una definizione stragiudiziale dell'eventuale contenzioso quando vi ricorrano le condizioni. La procedura è stata elaborata da un apposito gruppo di lavoro multiprofessionale-multidisciplinare e sottoposta anche alla disamina del Nucleo di Valutazione del Contenzioso e della Sinistrosità Aziendale che l'ha approvata.

Risultati: L'applicazione viene verificata mediante i seguenti indicatori:

- a. numero annuo di segnalazioni di incidenti a visitatori-famigliari dal cui modulo si rilevi un qualche difetto di compilazione da parte degli operatori;
- b. numero annuo di incidenti segnalati con l'apposito Modulo dalla cui istruttoria si rilevi l'inadempimento di una qualche azione prevista per i professionisti aziendali e/o delle Ditte appaltatrici;
- c. numero annuo di richieste di risarcimento connesse a infortuni di visitatori-famigliari dalla cui istruttoria si rilevi la mancata segnalazione dell'incidente.

Nei controlli effettuati i tre indicatori innanzi menzionati sono risultati prossimi allo zero.

Considerazioni. Dunque, se applicata puntualmente e assecondata costantemente nelle emergenti necessità, questa Procedura può contribuire fattivamente a implementare la sicurezza globale, razionalizzare l'organizzazione e l'operatività, migliorare la convivenza interna e ridurre le spese assicurative e gestionali delle Aziende Sanitarie.

RIPENSARE L'ALIMENTAZIONE OSPEDALIERA NEI PAZIENTI DISFAGICI

L. Ferrara¹, C. Venturini², AR. Costantini³, R. Luzi⁴, S. Vallorani⁵, P. Orlandoni⁶, S. David⁷

¹ Dirigente medico, UOS Rischio Clinico, Direzione Medica di Presidio, Inrca An;

² Dirigente medico, UOSD Nutrizione Clinica, Inrca An; ³ Dietista, Direzione Medica di Presidio, Inrca An;

⁴ Dirigente medico, Direzione Medica di Presidio, Inrca An; ⁵ Medico in formazione in Igiene e Medicina Preventiva; ⁶ Direttore UOSD Nutrizione Clinica, Inrca An; ⁷ Direttore Direzione Medica di Presidio, Inrca An

Parole chiave: disfagia, ristorazione, percorso

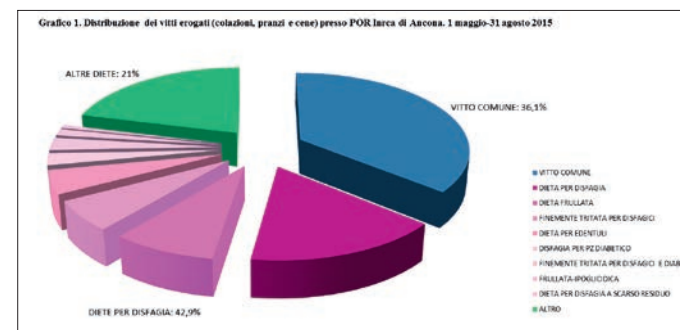
Introduzione: La ristorazione ospedaliera è parte integrante del trattamento dei pazienti; la malnutrizione, spesso presente già all'inizio del ricovero soprattutto nei pazienti anziani e con condizioni patologiche quali la disfagia, è in molti casi misconosciuta e comporta elevati costi sanitari. Nel triennio 2012-2014 presso il Presidio Ospedaliero Inrca di Ancona in media il 61,4% dei degenti era disfagico e il 47,8% era a rischio malnutrizione. In questi pazienti è importante assicurare da un lato il fabbisogno alimentare e dall'altro la sicurezza per limitare il rischio di aspirazione del cibo nelle vie respiratorie. A tale scopo è necessario selezionare cibi con idonee proprietà reologiche ma anche appetibilità.

Materiali e Metodi: Sono state valutate, tramite diverse figure professionali (nutrizionisti, dietista, fisiatra, logopedista, medici direzione medica) le seguenti problematiche: sicurezza, necessità nutrizionali (apporto calorico-proteico, idrico, esigenze dietetiche particolari, autonomia nell'alimentazione, preferenze alimentari), qualità delle strutture (preparazione e somministrazione del pasto). Inoltre sono stati considerati i seguenti aspetti relativi agli alimenti: consistenza (con possibilità di modificazione attraverso addensanti, diluenti, lubrificanti), grado di coesione, omogeneità, scivolosità, volume del bolo, temperatura, colore degli alimenti, sapore, appetibilità. È stata condotta un'analisi descrittiva retrospettiva sul vitto consumato da pazienti in nutrizione orale.

Risultati: Sono stati redatti ed implementati:

- un percorso diagnostico terapeutico (PDTA) Disfagia comprendente screening per disfagia e screening nutrizionale per pazienti a rischio
- un capitolato speciale per la gestione del servizio ristorazione
- un dietetico ospedaliero rimodulato e focalizzato sulle particolari esigenze del paziente anziano (difficoltà di masticazione e/o deglutizione, rischio di ab ingestis)
- un programma riabilitativo di area generale comprensivo di ausili speciali per l'alimentazione e counselling per il caregiver
- un programma informatizzato per la richiesta del vitto

La messa a regime del programma informatizzato per la richiesta del pasto costituisce un supporto essenziale per il Servizio Nutrizione e il Servizio Risk Management della Direzione Medica Ospedaliera per monitorare sia gli indicatori clinici del PDTA Disfagia sia la funzionalità del servizio ristorazione ospedaliera il quale diviene un vero e proprio strumento terapeutico.



ANALISI DELLE CARATTERISTICHE PRESCRITTIVE DEGLI ANTIBIOTICI ALLA DIMISSIONE IN PAZIENTI IN SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA PER IL RISCHIO DI INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO NELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA (AOUFE) NEL QUARTO TRIMESTRE 2014

A. Formaglio¹, P. Antonioli², M. Libanore², M. Pantaleoni², C. Contini², R. Cultrera², R. Rossi², R. Carletti², T. Antonelli², E. Carlini³, E. Di Ruscio⁴, G. Gabutti⁵, A. Stefanati⁵, S. De Lorenzi⁶, G. Salvatorelli⁶

¹ Medico in Form. Specialistica - Università degli Studi di Ferrara, Dip. di Scienze Mediche, Scuola di Spec. in Igiene e Med. Preventiva; ² Nucleo Strategico per la Gestione del Rischio Infettivo - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; ³ Direttore Medico di Presidio Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; ⁴ Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; ⁵ Università degli Studi di Ferrara, Dipartimento di Scienze Mediche, Scuola di Spec. in Igiene e Med. Preventiva; ⁶ Università di Ferrara, Dipartimento di Scienze della Vita e Biotecnologie, Sez. Biologia Evolutiva

Parole chiave: antibiotici, ISC, dimissione

Introduzione: La profilassi antibiotica perioperatoria è uno strumento per ridurre l'incidenza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) e riguarda il 40-50% circa di tutte le prescrizioni di antibiotici (ATB) in ospedale. Dovrebbe limitarsi al periodo perioperatorio e non superare le 24 ore dall'intervento chirurgico (IC). Nella pratica, in molti casi si preferisce prolungarla per prevenire una ISC. Tuttavia tale prolungamento non trova giustificazioni, in considerazione della non provata efficacia nel ridurre ulteriormente l'incidenza delle ISC. L'uso improprio di questo strumento, può causare un aumento dell'ATB resistenza, divenuta ormai una emergenza internazionale, e predisporre a gravi infezioni. Scopo di questo studio è quello di valutare le caratteristiche di prescrizione degli ATB sistemici alla dimissione, in un campione di pazienti sottoposti a IC in sorveglianza epidemiologica per il rischio di ISC in AOUFE.

Materiali e Metodi: Dei 645 pazienti che nell'ultimo trimestre 2014 sono stati sottoposti ad un IC appartenente a una delle categorie NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance) sorvegliate in AOUFE nel contesto del sistema di sorveglianza regionale e nazionale delle ISC (SICHER-SNICH), sono stati arruolati i 461 pazienti che avevano la lettera di dimissione informatizzata (LDI). Le variabili analizzate sono state ricavate in parte dal registro operatorio informatizzato *OrmaWeb*, in parte dalle LDI archiviate nel sistema informativo *SAP* e inserite in un foglio di calcolo Excel per l'elaborazione.

Risultati: La prescrizione di almeno 1 ATB alla dimissione ha riguardato il **33% (range: 0-95%)** dei pazienti in studio, per un totale di **162 prescrizioni**. Nel **90, 1%** la **prescrizione di ATB non era motivata nella LDI**. Dei 152 IC con prescrizione antibiotica alla dimissione: il **71%** è stato eseguito **in elezione**; il **53, 3%** era di **classe I-pulito** di Garner; le **prime 5 categorie NNIS** sono state **BRST-Chirurgia della mammella** (31, 6%), **CHOL-Colecistectomia** (15, 1%), **OTH-Interventi su Orecchio, naso, bocca e gola** (11, 8%), **NEPH-Nefrectomia** (9, 2%) e **COLO-Chirurgia del colon** (7, 2%); nel **4, 6%** è stato impiantato **materiale protesico**. La media dei giorni intercorsi tra l'IC e la prescrizione di ATB alla dimissione è stata di **6, 1 giorni**. L'ATB più prescritto è stato **amoxicillina/acido clavulanico (61, 1%)**. La **durata media** di terapia è stata di **5, 4 giorni**. L'**incidenza di ISC** nei 461 pazienti osservati è stata del **3, 5%**, di cui **2, 4% dopo la dimissione**. Nei 152 pazienti che hanno ricevuto almeno 1 ATB alla dimissione, l'incidenza di ISC è stata del **5, 9%**, di cui **4, 6% insorte dopo la dimissione**. L'elevata prescrizione di ATB sistemici alla dimissione, i principi attivi prescritti e il periodo tra l'IC e la prescrizione dell'ATB suggeriscono l'ipotesi di una prescrizione a titolo di "copertura antibiotica", che dai dati

emersi appare comunque inadeguata rispetto all'ipotesi prescrittiva stessa. Risulta evidente la necessità di potenziare l'attività di antimicrobial stewardship nei reparti chirurgici risultati più critici.

Bibliografia: Calise F, Capussotti L, Caterino S, Delitala A, Ferrazzi P, Francucci M, Gaspari A, Langer M, Marata AM, Martelli C, Moro ML, Pantosti A, Passali D, Petrosillo N, Polastri R, Rossolini GM, Santaniello W, Scaglione F, Ziparo V. Linea guida: antibioticoprofilassi perioperatoria nell'adulto: SNLG Documento 17, settembre 2008 (www.snlg-iss.it/). De Chiara S, Chiumello D, Nicolini R, Vigorelli M, Cesana B, Bottino N, et al. Prolongation of antibiotic prophylaxis after clean and clean-contaminated surgery and surgical site infection. *Minerva Anestesiologica*. 2010;76:413-9. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial consumption in Europe 2012. Stockholm: ECDC; 2014. Coppolino S, Febronio F. Terapia antibiotica in pazienti dimessi da un reparto di Chirurgia Generale: considerazioni sull'appropriatezza prescrittiva in ospedale e sul territorio. *Boll SIFO* 2011;57(2):89-93.

LA VALUTAZIONE, LA PREVENZIONE E LA TUTELA DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO IN UNA AZIENDA SANITARIA

S. Formentini¹, F. Bisetto², M. Ranzi³

¹ Direttore Medico Presidio Ospedaliero Cittadella ULSS 15; ² Direttore Medico Presidio Ospedaliero Camposampiero ULSS 15; ³ Responsabile U.O. Controllo di Gestione ULSS15

Parole chiave: benessere organizzativo, ospedale, gruppo operatorio

Introduzione: Negli ultimi anni si assiste ad una sempre maggiore spinta evolutiva delle forme organizzative: da strutture incentrate sulla gerarchia, a strutture basate sulla comunicazione verticale, orizzontale e trasversale. Ai processi di specializzazione si affiancano processi di integrazione. In questo contesto, il fattore umano acquista una importanza fondamentale per il successo dell'organizzazione. La capacità di perseguire il miglioramento del benessere organizzativo rappresenta un aspetto determinante per lo sviluppo e l'efficacia organizzativa, che influenza positivamente la capacità dell'organizzazione di adattarsi ai mutamenti e raggiungere i propri obiettivi. Il Decreto legislativo 81/2008 ha inoltre specificamente individuato lo "stress lavoro-correlato" come uno dei rischi oggetto, sia di valutazione, sia di una conseguente adeguata gestione. In questa ottica presso l'Azienda ULSS 15 è stata effettuata, dal Consigliere di fiducia in collaborazione con la Facoltà di Psicologia del lavoro dell'Università di Padova, una mappatura dello stress lavoro correlato, che ha riguardato il personale di alcuni reparti specificamente individuati, per un totale di circa 500 dipendenti.

L'indagine è stata effettuata mediante la somministrazione del test Q-Bo che rileva 4 principali dimensioni: le fonti di stress, le caratteristiche della persona, le strategie di coping e gli effetti per la persona e per l'organizzazione. I risultati dell'indagine hanno consentito di effettuare quattro livelli di analisi:

- individuazione dei punti di forza e di debolezza all'interno dell'organizzazione. Il principale punto di forza è risultata la sicurezza lavorativa nel tempo ma sono stati evidenziati anche la gestione della sicurezza e la tecnologia. Tra i principali punti di debolezza i carichi di lavoro, soprattutto cognitivi;
- comparazione (benchmark) dei dati ottenuti nella rilevazione con quelli emersi in altre rilevazioni effettuate all'interno di altre organizzazioni;
- ruolo di alcune variabili socio anagrafiche (genere, età, figli, qualifica, tempo di lavoro, tipo di lavoro) nell'influenzare la percezione dei rischi psicosociali e delle loro conseguenze;
- relazione fra i rischi psicosociali e le conseguenze del malessere/benessere

Risultati: L'indagine ha consentito di evidenziare due situazioni particolarmente critiche relative al Gruppo Operatorio e al Pronto Soccorso di entrambi i Presidi Ospedalieri di Cittadella e Camposampiero. Le azioni da intraprendere in seguito alla valutazione del rischio stress lavoro-correlato, all'evidenza di riferito malessere organizzativo e allo scopo di prevenire il rischio e di migliorare l'organizzazione sono:

- intervento specialistico individuale mediante il servizio d'ascolto e/o visita specialistica;
- realizzazione di interventi formativi;
- implementazione di sistemi "family friendly";
- conduzione di riunioni/incontri;
- monitoraggio.

È stato pertanto deciso di effettuare un intervento di formazione sul campo individuando come principale criticità il gruppo operatorio. L'intervento ha interessato il personale medico dei reparti chirurgici e tutto il personale dei gruppi operatori per un totale di 180 dipendenti (medici, Infermieri, operatori tecnici). L'iniziativa si è concretizzata nella partecipazione di ciascun operatore a due moduli di mezza giornata, organizzati nel periodo novembre 2014-marzo 2015. Il percorso formativo ha riguardato l'approfondimento teorico e metodologico di fattori organizzativi e personali che caratterizzano le diverse équipe di lavoro, la collaborazione tra colleghi e fra gruppi, la condivisione di obiettivi comuni. Nel giugno 2015 sono stati presentati i risultati alla Direzione strategica, ai Direttori di struttura complessa e ai Caposala interessati e si è monitorato l'esito dell'intervento formativo che ha evidenziato l'introduzione di riunioni periodiche e di momenti di condivisione.

PERCORSO SPERIMENTALE PER RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA DEGENZIALE NELL'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

L. Indiani¹, G. Perillo¹, C. Capanni¹, E. Gori², S. Traina¹, A. Corsi³, F. Papalini³, F. Landini¹, O.B. Fagbohun¹, S. Cecchini¹, C. Lorini⁴, G. Bonaccorsi⁵

¹ SOC Programmazione prestazioni sanitarie e gestione ospedale-territorio, Azienda Sanitaria di Firenze;

² Vicecommissario, Azienda Sanitaria di Firenze

³ SOC Innovazione e sviluppo servizi sanitari, Azienda Sanitaria di Firenze

⁴ Dipartimento di scienze della salute, Università degli Studi di Firenze

⁵ Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università degli Studi di Firenze

Parole chiave: riabilitazione cardiologica, monitoraggio, setting appropriato

Introduzione: Le patologie cardiovascolari sono nel nostro Paese la principale causa di morte e possono portare a gravi compromissioni funzionali, con netto peggioramento della qualità di vita. I progressi clinici e tecnologici incoraggiano ad adottare atteggiamenti terapeutici sempre più interventisti, con il ricorso frequente anche a risoluzioni di tipo cardiocirurgico.

Nei pazienti dimessi dall'ospedale dopo evento cardiologico acuto il quadro clinico può non essere completamente stabilizzato e richiedere una delicata fase di monitoraggio, anche strumentale, con eventuale aggiustamento della terapia. Le più recenti Linee Guida nazionali ed internazionali sono concordi nel sottolineare la necessità di accesso ad un percorso di riabilitazione cardiologica in regime degenziale per i pazienti a più alto rischio, riduci da intervento cardiocirurgico, PTCA-IMA o episodio di scompenso cardiaco acuto, con priorità di accesso correlate alla presenza di determinate condizioni cliniche.

Da marzo 2015 l'Azienda Sanitaria di Firenze gestisce direttamente, attraverso il Coordinamento Dimissioni Complesse (CDC), un percorso sperimentale per la riabilitazione cardiologica al fine di assicurare l'erogazione dell'attività nella tempistica e nel setting appropriato. Obiettivo del lavoro è la valutazione dei primi 6 mesi di attività.

È stato istituito un tavolo di lavoro tra Azienda Sanitaria Firenze (ASF), Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (AOUC) e Casa di Cura ed è stata prodotta una procedura. In attesa della messa a regime, che prevederà l'utilizzo di un supporto informatizzato, si è concordato l'utilizzo di una "scheda di segnalazione di riabilitazione cardiologica", predisposta ad hoc, da inviare via e-mail. Sono state individuate specifiche condizioni cliniche che controindicano la riabilitazione e condizioni che indirizzano verso un setting ospedaliero anziché extraospedaliero. L'ospedale utilizza la scheda per segnalare i pazienti a 3 gg dalla dimissione, indicando data di dimissione prevista, setting richiesto e durata prevista della riabilitazione. Il CDC assegna il posto in base alle disponibilità, effettuando un monitoraggio diretto su occupazione dei posti letto, durata della degenza e richiesta di proroga della stessa. La Casa di Cura comunica eventuali interruzioni di ricovero, necessità di proroghe e dimissioni.

Risultati: In 6 mesi si sono registrati circa 600 ricoveri in riabilitazione cardiologica (media di 23 pazienti a settimana), in netta prevalenza cardio-operati. L'età media dei ricoverati è stata 71 ± 11 anni con prevalenza di uomini (60%). Il motivo principale di scelta del setting ospedaliero (richiesto nel 70% dei casi) si è rivelato la necessità di controllo rx torace a breve e la fascia di degenza più frequentemente proposta in dimissione è stata 10 gg.

Nel setting ospedaliero si è evidenziata una degenza media maggiore (15-16 gg) rispetto all'extraospedaliero (10 gg). Il ricovero è stato prolungato nel 60% dei casi. Nel corso dei mesi le due strutture con setting ospedaliero coinvolte hanno progressivamente allineato la propria degenza media, che presentava una differenza di circa 5 gg nel 2014.

Sono stati riscontrati buoni risultati sia in merito all'attuabilità del percorso che alla compliance e soddisfazione degli operatori coinvolti. La procedura ha garantito, con una programmazione proattiva, un buon turnover dei pazienti in reparto ed un utilizzo appropriato delle risorse di riabilitazione.

IPDTA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CS COME "PERCORSI DI TRASFORMAZIONE AUTO-ORGANIZZATA". LUCI ED OMBRE

M. Loizzo¹, R. Biamonte², G. Moretti³, T. Scagliola⁴, S. Palazzo⁵

¹ Responsabile UO Qualità, Accreditemento, Ricerca ed Innovazione Azienda Ospedaliera CS

² Dirigente Medico, Coordinatore PDTA Tumori femminili, Oncologia Medica Azienda Ospedaliera CS

³ Coll. amministrativo UO Qualità, Accreditemento, Ricerca ed Innovazione Azienda Ospedaliera CS

⁴ Referente Infermieristico UO Qualità, Accreditemento, Ricerca ed Innovazione Azienda Ospedaliera CS

⁵ Direttore UOC Oncologia medica, Azienda Ospedaliera CS

Parole chiave: PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali), visione sistemica, autotrasformazione

Introduzione: L'approccio più moderno nella gestione dei processi sanitari comporta una visione sistemica dell'organizzazione intesa come insieme aperto di elementi interagenti, ad elevata complessità, con un flusso di relazioni/interazioni, che obsoleto il lavoro "one-to-one" a tutto vantaggio di una visione di Comunità di Pratica, ove gli operatori apprendono esperienzialmente da se stessi secondo rapporti di interdipendenza empatica. Anche nei PDTA il governo delle attività scaturisce dalla consapevolezza dell'importanza dei diversi professionisti sanitari che mettono la propria competenza a disposizione del gruppo e del paziente (pz), in un continuum di prestazioni sanitarie ove al FARE si sostituisce l'AGIRE (che è un "fare" + la "consapevolezza delle conseguenze") secondo un principio di accountability. L'offerta di prestazioni sanitarie al pz secondo un modello circolare e non segmentato, con una presa in carico governata quale il PDTA ove le decisioni cliniche sono prese in team, è in grado di modificare la prognosi di alcune patologie (per esempio tumorali) e in effetti, esistono oggi evidenze scientifiche che dimostrano come l'organizzazione, al pari di strategie diagnostiche e terapeutiche, sia in grado di impattare sugli outcome dei pz. Il PDTA è l'approccio più efficace per utilizzare le LG come strumento di governo clinico, con adattamento locale e costruzione del PDTA che, oltre alle raccomandazioni cliniche (*che fare*), deve riportare per ciascun processo assistenziale le procedure operative (*come*), i professionisti coinvolti (*chi*), le tempistiche (*quando*) e il setting (*dove*) di erogazione.

Materiali e Metodi: L'AOCs allo scopo di garantire il governo dei processi sanitari ha attuato una serie di azioni che partono dalla formalizzazione nel 2012, su mandato della Direzione Strategica, di un Organismo Tecnico Scientifico (OTS) finalizzato all'implementazione dei PDTA e alla valutazione dei Livelli Essenziali di Umanizzazione, la cui attuazione rappresenta obiettivo di Budget per le UO dell'AO, cui si collega il Sistema Premiante OTS esamina la documentazione proposta e riunendosi con il Coordinatore (C.) e i professionisti partecipanti al PDTA, ne verifica la congruità metodologica autorizzandone l'attuazione con eventuali prescrizioni; controlla l'implementazione con esame delle relazioni ogni 6 mesi richieste ai C., riguardanti n. dei pazienti inseriti, evidenza delle riunioni del Team, grado di coinvolgimento delle UO coinvolte, valutazione degli indicatori e della messa a regime dei PDTA. OTS nel periodo 2012-15 ha preso in esame, valutato ed effettuato counselling per oltre 23PDTA. Dall'istruttoria/supporto alle UO si è passati all'implementazione/verifica dei percorsi con definizione degli indicatori e standard ed esame delle criticità con le azioni correttive necessarie. Ciò è avvenuto con scambi tra C. e OTS, attivazione di processi di "facilitazione" culturale attraverso formazione e costruzione/distribuzione capillare di una Guida alla costruzione dei PDTA e Audit a tutte le UO dell'AO.

Risultati: Segno tangibile del cambiamento culturale è che quasi tutte le UO aziendali hanno attivato un PDTA. Tra le "ombre" è emerso che alcuni PDTA, a fronte dell'enunciazione di gestione multidisciplinare, risentono di un governo "monocratico" del C., con mancata loro messa a regime, in quanto la condivisione formale non elimina certo le resistenze alla loro applicazione. Inoltre gli indicatori devono riguardare tutti i "segmenti" e tutti gli "attori" e vanno misurati ab inizio. Lo scambio professionale coi C. rappresenta un momento importante di comunicazione/integrazione, da cui è emersa l'esigenza irrinunciabile di competenza relazionale nella gestione dei gruppi di lavoro su cui partiranno corsi specifici di formazione on the job.

STRATEGIE MANAGERIALI IN WEEK SURGERY

M. Longone¹, M. Briani², A. Capizzi², A. Scibetta³

¹ Medico in formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Padova; ² Dirigenti di Direzione Medica Ospedaliera, ULSS 16, Ospedale S. Antonio, Padova; ³ Direttore Sanitario, ULSS 16

Parole chiave: Week Surgery, approccio multidisciplinare, organizzazione ospedaliera

Introduzione: L'evoluzione del sistema ospedaliero spinge sempre più ad organizzare una diversificazione dei percorsi clinico – assistenziali, in un sistema di progressiva riduzione dei posti letto. La Regione Veneto recepisce tale concetto inserendo in ambito ospedaliero il modello organizzativo di Week Surgery (WS), che prevede dei ricoveri ordinari con degenza non superiore ai 5 giorni (49% dei ricoveri ordinari), con l'obiettivo di ottimizzare i livelli performance assistenziale e razionalizzare le risorse. In ottemperanza del DGRV n° 3735/07 e del DGRV n° 380/09 è iniziato un processo volto ad inserire tale modello nel contesto dell'Ospedale S. Antonio di Padova. L'obiettivo è stato quello di creare una "procedura operativa" che permettesse la realizzazione di questo progetto all'insegna di un innovativo processo di monitoraggio. Tutto il lavoro è stato coordinato dalle Direzioni Sanitaria/Medica che hanno coinvolto sia il personale medico che infermieristico in un'ottica di un funzionale "team-work".

Materiali e Metodi: Il lavoro di organizzazione è stato snodato in diverse fasi, ed ognuno ha partecipato alle varie attività a seconda del proprio ruolo di competenza (A)=Direzione Sanitaria/Medica; (B)=Approccio multidisciplinare

1. In una prima fase tecnico-scientifico sono state analizzate le percentuali di ricoveri ordinari e dei tempi di degenza (<= 5 gg) per le specialità chirurgiche coinvolte e ideati degli indicatori di performance (A)
2. Una prima analisi ha condotto alla realizzazione di un modello che prevedeva la riorganizzazione delle aree di degenza chirurgiche/mediche (A)
3. Il progetto di Week Surgery è stato presentato ai Direttori di Area Medica/Chirurgica e ai Coordinatori Infermieristici. Durante tali incontri ognuno ha fornito un resoconto delle criticità che sono state prese in considerazione per un'analisi successiva (B)
4. Sono state evidenziate le problematiche presenti ed elaborate un paio di proposte opzionali al progetto di partenza (A)
5. È stato convocato il Collegio dei Primari che ha votato per la proposta migliore (B)
6. Preparazione di un Cronogramma di Gantt. (A)

Risultati: Il grande traguardo raggiunto è stato quello di giungere alla creazione di un modello organizzativo utilizzando un approccio multidisciplinare sostenuto dall'integrazione di figure professionali diverse. Le analisi relative effettuate hanno permesso di elaborare un sistema di ricollocazione funzionale delle aree di degenza e posti letto. Inoltre per il controllo delle attività progettuali, si è ritenuto necessario ideare indicatori di performance. In conclusione il management strategico aziendale ha integrato con successo il modello organizzativo di WS all'interno dell'ospedale S. Antonio. Le procedure operative sono già in atto secondo il Cronogramma di Gantt. Per il monitoraggio degli indicatori sono necessari almeno 24 mesi.

Specialità Chirurgica	% ricoveri di tipo programmato	% degenze <= a 5 giorni
Urologia	57%	45%
Chirurgia	83%	64%
Ortopedia	66%	32%

Indicatori in Week Surgery (WS)	Numeratore/Denominatore
Appropriatezza Ricoveri	N° ricoveri per prestazione contenute nel DGR 2688/14 (allegato B)/ N° tot ricoveri
Ricovero per la stessa categoria diagnostica (MCD) dopo dimissione	N° pz ricoverati con lo stesso MCD entro 30gg dalla dimissione/N° pz dimessi
Re-intervento non programmato nella stessa giornata	N° di pz rioperati nella stessa giornata/N° di pz operati
Ritardo di dimissione	N° di pz con ritardo nella dimissione/N° di pz operati

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI UN MODELLO DI STRUTTURA INTERMEDIA A GESTIONE OSPEDALIERA NELLA RIDUZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

R. Luzi¹, L. Ferrara¹, S. David², S. Vallorani³, L. Mannello⁴, C. Rocchetti⁵, F. Battistoni⁵, S. Servili⁶, G. Cadeddu⁶, M. Bellardinelli⁷, C. Maffei⁸

¹ Dirigente medico, Direzione Medica di Presidio, INRCA An; ² Direttore Medico Presidio, INRCA An;

³ Medico in formazione in Igiene e medicina preventiva, UNIVPM An; ⁴ Dottorato di ricerca Scienze Biomediche UNIVPM An; ⁵ Assistente sociale, INRCA An; ⁶ Medico Cure Intermedie INRCA, Istituto Santo Stefano An;

⁷ Coordinatrice infermieristica Cure Intermedie, INRCA An; ⁸ Direttore Sanitario INRCA An

Parole chiave: dimissione protetta, continuità assistenziale, cure intermedie

Introduzione: Negli ultimi decenni si è registrato un progressivo aumento della speranza di vita ma, a causa delle malattie croniche, la speranza di vita libera da disabilità si attesta su valori molto più contenuti (circa 65 anni). Patologie croniche e relative riacutizzazioni determinano un elevato ricorso alle strutture sanitarie e all'ospedalizzazione. Questa situazione rende necessario un riallineamento organizzativo-gestionale che consenta da un lato di garantire le cure adeguate al target di utenza anziana dall'altro di evitare un carico insostenibile per il sistema sanitario e quello ospedaliero in particolare.

Materiali e Metodi: All'INRCA di Ancona si è sperimentato e poi messo a regime un modello organizzativo-gestionale che prevede un percorso di dimissione protetta ospedale-territorio e l'introduzione di una struttura di cure intermedie (SI) a gestione ospedaliera della Direzione Medica di Presidio (DMP) in un accordo di integrazione pubblico-privato. La SI INRCA persegue i seguenti obiettivi: garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera, ridurre la degenza media ospedaliera, prevenire le dimissioni ospedaliere precoci, ridurre i ricoveri ospedalieri ripetuti, favorire il recupero funzionale del paziente. Per un utilizzo appropriato della SI è stata attivata una Unità di Valutazione Interna (UVI) costituita da Medici delle UO ospedaliere, della SI ed Assistenti Sociali, sotto il coordinamento della DMP. Tale UVI è stata recentemente sostituita da una UVI interaziendale (UVII) che integra il percorso con i referenti del Distretto Sanitario n. 7 dell'Area Vasta 2 Asur Marche (geriatra e ass. soc.). L'UVII segue specifici criteri per l'ammissione dei pazienti nella SI, sintetizzati in tabella 1.

Tabella 1. Criteri di inclusione e di esclusione per l'ammissione dei pazienti nella struttura intermedia INRCA.

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
pazienti post-acuti o cronici riacutizzati con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica	forti elementi di instabilità clinica e complessità assistenziale
possibilità di prossimo trasferimento ad altro regime assistenziale e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie	diagnosi non definita o con percorso terapeutico non definito
non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore come in un ricovero per acuti	condizione di terminalità (ammissibile solo nel caso non possano essere attuate altre forme assistenziali)
malattia stabilizzata dal punto di vista clinico, ma che non può essere trattata in un semplice regime ambulatoriale, domiciliare o residenziale	severi disturbi del comportamento
vulnerabilità alle complicanze post-ricovero, in termini di perdita dell'autonomia conseguente alla malattia acuta o dell'inappropriato allettamento e della prolungata inattività fisica	assistibilità a domicilio da parte del nucleo familiare
necessità di terapia con farmaci H	

Risultati:

Tabella 2. Dati di attività presidio ospedaliero INRCA e Struttura intermedia INRCA di Ancona

STRUTTURA RESIDENZIALE INTERMEDIA INRCA ANCONA	2013	2014	variazione%
posti letto	30	30	0
n. ricoveri totali (compresi i ric. ripetuti)	57	145	+60, 69
n. nuovi ricoveri	50	92	+45, 65
degenza media (gg)	109	64	-70, 31
età media pazienti	86	85, 5	- 0, 58
PRESIDIO OSPEDALIERO PER ACUTI INRCA ANCONA			
n. ricoveri ordinari	4767	4600	-3, 6
degenza media	10, 55	9, 77	-8
gg. degenza	50322	48579	-3, 6
età media	79, 9	80, 3	0, 5

Dai dati riportati in tabella relativi al biennio 13-14 risulta evidente che, a fronte di un aumento del n. di ricoveri in SI, si è potuto registrare una riduzione del 3,6% del numero di ricoveri in struttura ospedaliera; inoltre la degenza media ospedaliera si è ridotta dell'8% e il numero di giornate di degenza ospedaliera si è ridotto del 3,6%. L'attivazione di un percorso governato di dimissione protetta h-t e la disponibilità di posti letto in una struttura intermedia a gestione ospedaliera della DMP si stanno dimostrando un sistema efficace per ridurre il carico dell'assistenza ospedaliera in modo particolare della popolazione anziana. Sono tuttavia necessari ulteriori dati del trend per confermare tale conclusione.

APPLICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE PER LA RILEVAZIONE E IL MONITORAGGIO DEI SINISTRI NELL'AORN DEI COLLI DI NAPOLI.

C. Maiorino¹, L. Vittorioso¹, G. Saggiocco⁴, E. Bamonte⁴, E. Raiola⁸, L. Pagano⁹, M.C. Boccia², A. Bernardo¹⁰, M.V. Diana¹¹, G. Longo⁵, A. Capasso³, N. Silvestri⁶, A. Giordano⁷

¹ Direttore Sanitario Ospedale CTO; ² Medico Specialista Ambulatoriale Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi; ³ Direttore Sanitario Ospedale Cotugno; ⁴ Dirigente Medico Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi;

⁵ Direttore Sanitario Ospedale Monaldi; ⁶ Direttore Sanitario Aziendale AORN dei Colli; ⁷ Direttore Generale AORN dei Colli; ⁸ Medico Specialista in Igiene e Med. Prev Ospedale Monaldi; ⁹ Infermiera Epidemiologa Ospedale Monaldi; ¹⁰ Dirigente Medico Staff Direzione Sanitaria Aziendale AORN dei Colli; ¹¹ Medico Staff Direzione Sanitaria Aziendale AORN dei Colli;

Parole chiave: denuncia, sinistro, evento avverso

Introduzione: Il monitoraggio degli errori in sanità ha, come principale scopo, quello di monitorare gli “eventi avversi” sia per il governo del “rischio clinico”, sia per ridurre il costo del sistema assicurativo derivante dai contenziosi generati dai sinistri.

Il monitoraggio si pone l'obiettivo di raccogliere, tra l'altro, le informazioni relative agli “eventi sentinella” che si verificano nelle strutture del SSN, al fine di comprendere le circostanze e i fattori che ne hanno favorito l'occorrenza. In tal senso, attraverso l'analisi delle segnalazioni è possibile individuare i punti critici del sistema e suggerire possibili soluzioni, anche tramite l'elaborazione di raccomandazioni e Linee guida, che diano indicazioni per promuovere a livello aziendale le opportune azioni di contrasto.

(In tale scenario e in linea con quanto stabilito dal SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità), l'AORN dei Colli di Napoli ha previsto l'attivazione di tre livelli di intervento, tra loro complementari:

- l'Attività di rilevazione: consente la raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella e dei sinistri per la valutazione dei rischi;
- le raccomandazioni: elaborate sulla base delle informazioni raccolte tramite il monitoraggio, hanno lo scopo di fornire indicazioni agli operatori circa le azioni da intraprendere per migliorare la qualità dell'assistenza;
- la formazione del personale: ha lo scopo di incrementare la conoscenza degli operatori rispetto a metodi e strumenti per il miglioramento della sicurezza dei pazienti.

Risultati: Dal monitoraggio dei sinistri denunciati e trasmessi dalle Aziende Sanitarie alla Regione Campania tra il II semestre 2009 e il II semestre 2014 (Tabella 1), si evince che su 7566 denunce effettuate il 3% (228) si è verificato negli Ospedali dell'AORN dei Colli (Monaldi-Cotugno-CTO) con una media annuale di 47 sinistri totali. Il dato si pone al di sotto della media nazionale annuale (66/anno per ogni ospedale Rapporto Marsh 2015).

Conclusioni: I risultati che derivano dall'attività di monitoraggio non rappresentano dati di incidenza o prevalenza degli eventi stessi, in quanto l'obiettivo primario che si è posto il sistema di monitoraggio è quello di imparare da essi e mettere in atto le azioni ed i cambiamenti che ne riducano la probabilità di accadimento.

Tabella 1

AZIENDA	2009 II sem.	2010 I sem.	2010 II sem.	2011 I sem.	2011 II sem.	2012 I sem.	2012 II sem.	2013 I sem.	2013 II sem.	2014 I sem.	2014 II sem.	Totale	%
ASL AVELLINO	8	3	1	24	20	32	12	26	6	44	62	238	3.15
ASL BENEVENTO	10	6	10	2	-	-	-	-	-	-	-	28	0.37
FATEBENEFRATELLI BENEVENTO	8	16	13	12	9	9	6	5	17	18	14	127	1.68
IRCCS MAUGERI	-	-	-	-	2	1	3	-	-	-	-	6	0.08
ASL CASERTA	21	21	12	80	67	171	99	110	123	116	81	901	11.91
ASL NAPOLI 1 CENTRO	130	52	87	66	47	57	59	98	53	99	67	815	10.77
FATEBENEFRATELLI NAPOLI	14	8	7	11	9	12	6	10	8	16	11	112	1.48
VILLA BETANIA	12	13	14	8	10	11	6	18	9	17	17	135	1.78
ASL NAPOLI 2 NORD	20	86	76	103	48	75	66	59	63	79	79	754	9.97
IST. S. MARIA PIETÀ	6	3	7	4	10	1	-	-	-	5	1	37	0.49
ASL NAPOLI 3 SUD	13	27	20	29	12	40	35	32	40	42	34	324	4.28
ASL SALERNO	44	82	66	110	69	84	74	94	52	45	27	747	9.87
AO CARDARELLI	85	67	75	82	63	90	95	78	86	96	89	906	11.97
AO DEI COLLI	18	17	15	18	22	35	19	21	-	38	25	228	3.01
AO SANTOBONO	12	16	12	8	7	6	10	9	9	14	21	124	1.64
AO RUGGI D'ARAGONA	7	21	10	26	2	64	66	49	87	84	70	486	6.42
AO MOSCATI	8	4	13	20	16	-	40	-	35	26	35	197	2.60
AO RUMMO	13	7	54	28	25	36	22	26	18	27	27	283	3.74
AO S.SEBASTIANO	21	21	35	39	40	26	19	38	25	40	37	341	4.51
AOU FEDERICO II	30	45	35	35	38	42	38	45	40	48	47	443	5.86
AO SUN	23	18	20	24	30	15	14	10	12	24	23	213	2.82
IRCCS PASCALE	8	9	16	10	9	8	5	8	6	8	33	120	1.59
TOTALE	512	542	598	739	555	815	694	736	689	886	800	7566	

ATTIVAZIONE DEL MODELLO WEEK SURGERY E DEL CENTRO DI ACCOGLIENZA ONCOLOGICO PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO GARIBALDI NESIMA DI CATANIA

G. Manciangli¹, G.G. Santonocito², G. Giammanco³, A. Cuspilici⁴

¹ Direttore Medico F.F. P.O. Garibaldi Nesima; ² Direttore Generale ARNAS Garibaldi; ³ Direttore Sanitario ARNAS Garibaldi; ⁴ Responsabile U.O.S. Igiene ed Organizzazione Servizi Ospedalieri ARNAS Garibaldi

Parole chiave: chirurgia, oncologia, umanizzazione

Introduzione: Con Verbale di deliberazione del Direttore Generale numero 6 del 16 Gennaio 2015 è stato attivato, presso il P.O. Garibaldi Nesima, il Modello Organizzativo-Assistenziale Week-Surgery con 24 posti letto. Con deliberazione n. 286 del 17/10/2014 è stato istituito, presso il P.O. Garibaldi Nesima, il Centro di Accoglienza Oncologico.

Il modello di Week Surgery è stato attivato per i pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico con ricovero ordinario con degenza inferiore ai 5 giorni. Il nuovo modello si è configurato quindi in un sistema organizzativo di accoglienza programmata per:

- pazienti selezionati
- degenza di breve durata
- interventi di media e bassa complessità eseguita in anestesia generale con eventuali sistemi di drenaggio post-operatorio mantenuti per periodi limitati.

Le caratteristiche fondamentali della Week-Surgery sono state una degenza post-operatoria entro i 4 giorni e comunque con dimissioni entro il venerdì sera e la continuità assistenziale con:

- relazione per il medico curante
- informazioni per i pazienti e/o familiari
- distribuzione diretta dei farmaci necessari nell'immediato post-operatorio
- programmazione dei controlli clinici ambulatoriali
- previsione dei "percorsi di rientro" per eventuali complicanze o condizioni non prevedibili

La tipologia del ricovero è stata scelta, dopo aver completato la fase della preospedalizzazione, in base alla valutazione dei seguenti parametri:

- patologia e tipo di intervento chirurgico previsto (Degenza post-Operatoria)
- valutazione anestesiológica
- valutazione della condizione socio-psicologica ed accettazione della tipologia di ricovero prevista da parte del paziente

Le funzioni del Centro di Accoglienza Oncologico sono state:

- informazione al paziente
- assistenza psicologica
- assistenza sociale
- programmazione del percorso clinico con prenotazione di visita ambulatoriale
- prenotazione prestazioni diagnostiche
- interazione con il medico referente
- interazione con i gruppi oncologici multidisciplinari
- supporto Associazioni di volontariato

Risultati: L'attivazione del modello organizzativo week surgery ha determinato:

- riduzione della degenza ospedaliera per i pazienti con patologie di complessità medio-basse
- riduzione della lista di attesa per interventi maggiori presso altre strutture ospedaliere-aziendali
- razionalizzazione e valorizzazione delle risorse umane
- riduzione dei costi ospedalieri/alberghieri

La nascita del Centro di Accoglienza Oncologico è stata finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- umanizzazione dell'accesso alla struttura sanitaria;
- pianificazione personalizzata del miglior percorso diagnostico-terapeutico assistenziale
- rapidità di attuazione del percorso stesso
- accoglienza della persona con sospetto o diagnosi di patologia oncologica
- garanzia della continuità assistenziale
- omogeneizzazione della qualità delle cure prestate

SVILUPPO DI NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI ASSISTENZIALI DI CURE INTERMEDIE ALL'INTERNO DELL'AUSL DI PARMA

L. Marchesi¹, M.C. Aliani², F. Spagnoli³, P. Camia³, B. Bocchi B⁴, M. Ferrari⁵, G. Frattini⁶, C. Signorelli⁷, E. Brianti⁸

¹ Direttore Medico Presidio Ospedaliero Aziendale, AUSL Parma; ² Direttore Medico, Direzione Medica, Ospedale di Fidenza, AUSL Parma; ³ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali- Unità di Sanità Pubblica, Parma;

⁴ Direttore Casa della Salute di San Secondo, AUSL Parma; ⁵ Dirigente Medico, Direzione Medica, Ospedale di Fidenza, AUSL Parma; ⁶ Direttore Distretto Valli Taro e Ceno, AUSL Parma;

⁷ Direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali - Unità di Sanità Pubblica, Parma e Presidente Società Italiana Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica; ⁸ Direttore Sanitario, AUSL Parma

Parole chiave: cure intermedie, lungoassistenza, ospedale di comunità

Introduzione: La Regione Emilia-Romagna, in risposta alla complessità dei nuovi bisogni della persona fragile, non autonoma o a rischio di perdita dell'autonomia, ha promosso l'integrazione di servizi sanitari e sociali, ridefinendo l'assetto strutturale dei servizi sanitari, con particolare riferimento al sistema delle cure domiciliari, ospedaliere e di riabilitazione. Inoltre, ha incentivato lo sviluppo di strutture sanitarie territoriali intermedie di degenza temporanea, sia all'interno delle Case della Salute (CdS) che di presidi ospedalieri, mediante riconversioni coerenti con la programmazione locale.

Motodi: L'AUSL di Parma ha avviato due progetti sperimentali di riconversione di posti letto (pl) ospedalieri in moduli di Cure intermedie.

Nello specifico la trasformazione ha riguardato: 40 pl dell'UO ospedaliera di Lungodegenza post-acuzie e Riabilitazione Estensiva (RE) dello stabilimento di San Secondo Parmense, contestualmente diventato CdS, negli anni 2013-2014, e 16 pl dell'UO di Medicina Interna e Lungodegenza post-acuzie dell'Ospedale di Borgo Val di Taro nel 2014-2015.

Risultati: La chiusura dello "Stabilimento Ospedaliero di S. Secondo" ha portato alla creazione di 3 moduli, la cui gestione organizzativa compete al Dirigente Infermieristico. Nel 2013 è stato costituito in Ospedale di Comunità il primo modulo di 10 pl a responsabilità clinica del MMG, per pz in dimissione dai reparti per acuti o per cui il MMG possa richiedere un ambiente protetto per attuare terapie domiciliari (massimo 30 die). Nel 2014 è stato avviato un modulo di RE-regime di Week Hospital (lunedì 8.00-18.00 venerdì) per la presa in carico di pz stabilizzati, non richiedenti assistenza ospedaliera, con problematiche riabilitative risolvibili massimo in 4 settimane, responsabilità clinica Medico Fisiatra. Per pz con basso margine di instabilità clinica e prevalenti bisogni assistenziali infermieristici, è stato attivato un modulo sperimentale di 10 pl di Lungoassistenza a responsabilità clinica Medico Internista.

A Borgo Val di Taro è stata realizzata nel 2015 una struttura multifunzionale a dirigenza infermieristica ed integrata con la rete delle cure domiciliari e dell'Hospice per pz con patologie croniche riacutizzate o per pz che necessitano di stabilizzazione clinica e di un periodo di continuità terapeutico-riabilitativa in ambiente protetto ad alto impatto assistenziale in fase post-acuta, l'attività clinica è affidata ad un medico referente ospedaliero con il coinvolgimento del MMG.

La rimodulazione dell'offerta proposta dall'AUSL di Parma vede come punto di forza la costituzione di moduli di Cure intermedie che intercettino la domanda di assistenza del malato cronico e migliorino l'appropriatezza clinico-organizzativa, aumentando l'offerta dei servizi territoriali e diminuendo il tasso di ospedalizzazione, creando così contesti differenziati che permettano al contempo un continuum delle cure per il pz tra i servizi ospedalieri, territoriali e domiciliari.

I SISTEMI DI GESTIONE PER LA QUALITÀ E I MODELLI DI ACCREDITAMENTO VOLONTARIO E DI ECCELLENZA NELLE AZIENDE SANITARIE SICILIANE

M.G.L. Marsala¹, A. Firenze¹, V. Bonanno³, S. Provenzan³, A. Filippi⁴, D. Colimberti⁵

¹ Dirigente Medico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento; ² Ricercatore Universitario, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile-Università degli Studi di Palermo;

³ Assistente in Formazione Specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva;

⁴ Dottore in Statistica, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile-Università degli Studi di Palermo; ⁵ Direttore Sanitario Casa di Cura "Villa Serena", Palermo

Parole chiave: modelli di gestione per la qualità, qualità dell'assistenza sanitaria, Sicilia

Introduzione: Il programma di ricerca è finalizzato allo studio del grado di sviluppo organizzativo dei "modelli sistemici" per la qualità dell'assistenza nelle strutture sanitarie pubbliche e private siciliane, prendendo spunto dalla rilevazione condotta dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della Salute nel 2007 a livello nazionale.

Materiali e Metodi: Il questionario è stato progettato per la compilazione on line, prevedendo domande miranti a rilevare il livello di diffusione degli strumenti e dei metodi per il miglioramento della qualità dell'assistenza, in riferimento all'anno 2013, ed è stato inoltrato tramite e-mail ai Direttori sanitari delle Aziende Sanitarie pubbliche e delle Case di Cura private, nel mese di marzo 2014. Per l'analisi statistica dei dati è stato utilizzato il software R versione 3.0.2.

Risultati: Hanno risposto il 64,21% delle strutture sanitarie siciliane.

Oltre all'accreditamento istituzionale o a quello previsto dal progetto "Patient Safety" di Joint Commission International (JCI), l'86% del campione afferma di aver adottato uno o più sistemi di gestione per la qualità/modelli di accreditamento volontario/di eccellenza: tra questi il sistema ISO:9000 è quello più diffuso, confermando i risultati della Rilevazione ministeriale del 2007, seguito dal modello di accreditamento della JCI. La quasi totalità del campione inoltre dichiara di organizzare riunioni e/o corsi di formazione rivolti al personale aziendale per favorire le conoscenze sull'accreditamento istituzionale e/o sui sistemi di gestione per la qualità/modelli di accreditamento volontario/di eccellenza, e la totalità delle strutture partecipanti dichiara di effettuare degli audit interni coinvolgendo diverse figure professionali.

Tutte le Aziende sanitarie e Case di cura partecipanti allo studio ritengono inoltre di aver conseguito uno o più obiettivi, tra riduzione di inefficienze e relativi costi, miglioramento del rapporto con l'utenza, riduzione del numero di reclami, riduzione delle non conformità, miglioramento della motivazione personale e del clima interno: anche in questo caso i risultati risultano in linea con quelli della Rilevazione ministeriale, e testimoniano come l'adozione dei sistemi di gestione per la qualità/modelli di accreditamento volontario/di eccellenza, ed in generale di tutte le iniziative volte al miglioramento della qualità aziendale si traducano nel raggiungimento di obiettivi importanti, sia in termini di assistenza sanitaria che di modus operandi all'interno della realtà aziendale.

Uno dei limiti del presente studio è rappresentato dall'uso di un unico questionario per poter paragonare strutture sanitarie molto disomogenee tra di loro sia in termini strutturali che organizzativi.

I dati riportati dalla maggior parte delle aziende che hanno preso parte allo studio, testimoniano la sensibilità degli operatori e delle istituzioni verso la tematica del miglioramento della qualità, tuttavia, vi è ancora una limitata attenzione al processo di comunicazione come strumento di progressiva trasparenza verso tutti gli interlocutori del sistema.

Proprio perché il governo clinico ha come obiettivo il miglioramento della qualità dell'assistenza, non può non avere una spiccata attenzione all'uso delle informazioni scientifiche ed alla gestione della conoscenza come riferimento per le decisioni cliniche, al fine di orientarle verso una maggiore efficacia ed appropriatezza clinica.

SCELTE ETICHE PER FARE SPAZIO ALL'INNOVAZIONE DI VALORE

Amendola Pasquale Francesco¹, Martino Roberta²

¹ Medico esperto di organizzazione sanitaria; ² Bioeticista clinico dell'IRCCS CROB, Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)

Parole chiave: etica clinica, appropriatezza, equità

Introduzione: L'oncologia sta vivendo un periodo di evoluzione terapeutica tumultuosa, con un aumento dei costi che rischia di rendere insostenibile il SSN. Per gestire il cambiamento epocale in atto è necessario sostenere processi di innovazione organizzativa che non si limitino meramente a contenere la spirale dei costi, ma siano finalizzati a ridefinire il valore delle cure oncologiche attraverso una valutazione degli esiti in termini di salute prodotta e di costi complessivi evitati alla società. Sono quindi improrogabili scelte manageriali etiche, che garantiscano la possibilità di nutrire il SSN anche in futuro, per assicurare ad ogni persona malata l'accesso ai trattamenti innovativi quale bene sociale addizionale. Le aziende sanitarie e gli IRCCS in particolare devono favorire l'introduzione tempestiva ed omogenea delle nuove tecnologie, selezionandone le priorità e promuovendone un uso appropriato, perseguendo inoltre finalità di ricerca biomedica e gestionale. Nell'ambito di tali processi decisionali, in un contesto in cui le priorità della scienza sperimentale non sembrano essere sempre finalizzate ad un miglioramento sostanziale delle pratiche già disponibili, è essenziale la condivisione da parte di tutti gli stakeholder di un atteggiamento non condizionato dal desiderio del consenso, ma guidato dalla presenza di evidenze clinicamente rilevanti e illuminato dal principio dell'intangibilità e non disponibilità della persona. Sulla base di questi convincimenti, nell'IRCCS CROB è stato individuato un ruolo che l'etica clinica può svolgere per favorire sinergie nelle reciproche competenze e ridurre i meccanismi di resistenza nelle scelte. Le attività dell'eticista clinico sono rivolte a far emergere un'organizzazione sempre più orientata all'appropriatezza clinica, al rispetto della prospettiva esistenziale del paziente-persona ed alla sostenibilità.

Materiali e Metodi: Gestione etico-clinica dei nuovi farmaci Onco-Ematologici secondo le seguenti azioni integrate: informazione scientifica trasparente attraverso incontri programmati e d'equipe; richiamo, nelle prescrizioni, a valutazioni HTA contenenti gli assessment e gli appraisal effettuati in altre regioni o paesi in attesa di proprie da inviare ad AIFA; analisi dei bias presenti nella progettazione, conduzione e pubblicazione della ricerca biomedica correlata al farmaco individuato; attenta corrispondenza tra i dati in cartella clinica e quelli da inserire nei registri di monitoraggio AIFA, consenso realmente informato e condiviso; massima tempestività e completezza nella comunicazione di tutte le reazioni avverse con partecipazione attiva dei pazienti.

Risultati: Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva attraverso l'individuazione del paziente che abbia la maggiore probabilità di trarne beneficio ed equità nell'allocatione della risorsa farmaco; riduzione degli sprechi per liberare somme da impiegare in innovazioni di valore; sviluppo di una moderna etica delle conseguenze che, rendendo conto delle scelte a tutti gli attori in gioco, sia in grado di bilanciare la responsabilità verso la singola persona malata con quella rispetto alla società; prevenire il razionamento implicito. In sintesi, un nuovo assetto organizzativo e gestionale che, attraverso un adeguato rigore metodologico, in risposta alle innovazioni esogene, ne sappia massimizzare l'efficacia potenziale, evitando, sull'onda di un contagioso entusiasmo associato ai miracoli della medicina, di enfatizzarne i benefici e minimizzarne i rischi.

PULIZIA E SANIFICAZIONE IMPIANTI AERAILICI IN OSPEDALE. RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA

A.R. Mattaliano¹, P. Bellocchi², G. Coco², D. Danzi², G. Mangano², S. Di Mauro³, R. Cunsolo²

¹ Direttore medico di Presidio PO V. Emanuele-Ferrarotto; ² Dirigente medico di Presidio;

³ Specializzanda in Igiene Università degli studi di Catania

Direttore Generale AOU "Policlinico Vittorio Emanuele" di Catania: Dr. Paolo Cantaro

Parole chiave: impianti aerailici, UTA

Introduzione: I sistemi aerailici rappresentano un insieme di apparecchiature, dispositivi, accessori e controlli necessari per garantire la qualità dell'aria nelle condizioni prefissate; per questo motivo assumono una considerevole importanza ai fini del raggiungimento del comfort termico e della purificazione dell'aria dagli inquinanti gassosi, dalle impurità particellari e da quelle biologiche.

Materiali e Metodi: La Direzione Medica, nell'ambito delle offerte migliorative senza costi aggiuntivi per l'Azienda proposte nel CSA della Ditta aggiudicataria del servizio di pulizie, ha selezionato quella relativa alla sanificazione degli impianti aerailici e delle UTA – unità trattamento aria. Nella prima fase si è proceduto ad effettuare gli interventi negli ambienti ritenuti più critici (le Sale Operatorie, la rianimazione, l'ematologia con trapianti). Il lavoro è stato preceduto da apposito sopralluogo effettuato congiuntamente tra i tecnici della Ditta specializzata e il Settore tecnico dell'Azienda per la verifica preliminare degli impianti e della loro tipologia. La Direzione Medica invece, unitamente ai Responsabili Unità Operative interessate, ha programmato la calendarizzazione degli interventi prevedendo in taluni casi anche la sospensione o la riduzione delle attività quando necessario per garantire i lavori in sicurezza per i pazienti e gli operatori sanitari. Ciascun intervento di bonifica degli impianti è consistito non solo nella pulizia e sanificazione delle condotte ma anche nella zincatura delle stesse per la prevenzione di ruggine e corrosione. Un sistema di video ispezione ha invece documentato le condizioni di ciascun impianto prima e dopo il trattamento, procedendosi alla archiviazione delle immagini su CD.

Il lavoro svolto è stato certificato dalla ditta specializzata con apposita relazione tecnica per ciascun impianto.

Al termine di ciascun intervento si è proceduto contestualmente ad effettuare la sostituzione dei filtri ad opera del nostro Settore Tecnico.

Risultati: I risultati sono da ritenersi soddisfacenti sia perché hanno consentito di realizzare un miglioramento misurabile della qualità dell'aria degli ambienti oggetto degli interventi ma anche perché il lavoro svolto ha rappresentato un momento di collaborazione e sinergia tra Direzione Medica, Settore Tecnico aziendale, Responsabili Unità Operative e Ditta esterna nella condivisione degli obiettivi per il miglioramento continuo della qualità.

IMPIANTI AERAILICI: CRITICITÀ IGIENICO-AMBIENTALI E SOLUZIONI CON INTERVENTI DI BONIFICA

A.R. Mattaliano¹, P. Bellocchi², G. Coco², D. Danzi², G. Mangano², S. Di Mauro³, R. Cunsolo²

¹ Direttore medico di Presidio PO V. Emanuele-Ferrarotto; ² Dirigente medico di Presidio;

³ Specializzanda in Igiene Università degli studi di Catania

Direttore Generale AOU "Policlinico Vittorio Emanuele" di Catania: Dr. Paolo Cantaro

Parole chiave: impianti aerailici, criticità igienico ambientali, bonifica

Introduzione: I sistemi aerailici, ai sensi della norma UNI EN 15780:2011 "Ventilazione degli edifici-Condotti-Pulizia dei sistemi di ventilazione", rappresentano un insieme di apparecchiature, dispositivi, accessori e controlli necessari per garantire la qualità dell'aria nelle condizioni prefissate; per questo motivo assumono una considerevole importanza ai fini del raggiungimento del comfort termico e della purificazione dell'aria dagli inquinanti gassosi, dalle impurità particellari e da quelle biologiche. Le sale operatorie rappresentano un luogo in cui è necessario garantire e mantenere adeguatamente la sicurezza di operatori e pazienti e la qualità dell'aria costituisce, quindi, un requisito igienico-ambientale prioritario. Gli impianti aerailici consentono il raggiungimento di valori bassi di contaminazione in sala operatoria così come in altri ambienti critici mediante una serie di accorgimenti consistenti in: numero adeguato di ricambi orari (maggiore o uguale a 15 volumi/h), idonea filtrazione mediante filtri di adeguata efficienza (valore di 99,97%), pressione positiva rispetto agli altri locali del reparto.

Contenuti: Nell'ambito delle strategie della Clinical Governance, finalizzate alla prevenzione e controllo del rischio biologico, per il biennio 2014-2015 sono stati pianificati, insieme alla ditta specializzata nel settore, interventi di video ispezione, pulizia dei canali, di bonifica e zincatura delle UTA di alcune sale operatorie dei PP.OO. Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino. Ciascun intervento, eseguito in aderenza alle linee guida del protocollo AISA e secondo lo standard ACR 2013 NADACA, è stato preceduto da un sopralluogo tecnico per verificare la necessità di pulizia e da un'ispezione per creare un progetto di bonifica attendibile. La programmazione di detti interventi ha tenuto conto della riduzione dei disagi e dei rischi nonché dell'ottimizzazione delle tempistiche di lavoro attraverso un'attenta analisi e verifica della fattibilità, avendo cura di evitare sia intralci alla quotidiana attività operatoria sia l'accesso alle aree oggetto dell'intervento a terzi non autorizzati. Al termine di dette operazioni la ditta incaricata ha prodotto una relazione tecnica relativa alla bonifica delle condotte di canalizzazione del Sistema HVAC.

Conclusioni: L'attuazione delle misure di prevenzione e protezione da agenti biologici per gli impianti aerailici così come le verifiche ambientali ed impiantistiche si pongono anche come possibile strumento di controllo dell'efficacia sia dei protocolli operativi sia delle strategie di prevenzione adottate dal personale. L'esperienza maturata in occasione della bonifica di impianti aerailici è valsa a pianificare un'attività di governo dei processi di bonifica, consentendo di:

- provvedere alla definizione sia dei parametri prestazionali sia dei sistemi impianto/sala che delle relative modalità di verifica e di pianificazione dei lavori per l'anno 2015;
- disporre di apposita documentazione al fine di raccogliere le varie esigenze e tradurre le medesime in parametri di progetto per la gestione della manutenzione;
- monitorare il controllo dello stato igienico degli impianti, tenendo conto che ciascun impianto ha una storia specifica e che la raccolta dei dati storici permette una corretta valutazione della periodicità delle ispezioni.

LA PROGETTAZIONE DI UN DATA WAREHOUSE (DWH) AZIENDALE: L'AVVIO DI UN CRUSCOTTO OPERATIVO INTEGRATO

G. Messori Ioli¹, M. Bo², A. Ricotti³, L. Bernini⁴, M. Corona⁵, F. Ripa⁶, V. Di Legami⁷, M. Uberti⁸

¹ Dirigente medico – Responsabile S.S. Controllo di Gestione, ASL TO5

² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Torino

³ Farmacista e Biostatistico – Caraglio (CN)

⁴ Direttore Sanitario Aziendale, ASLTO5

⁵ Direttore Amministrativo Aziendale, ASLTO5

⁶ Direttore Sanitario d'Azienda, AOU S. Luigi Gonzaga di Orbassano (TO)

⁷ Dirigente medico – Direzione Sanitaria, ASL TO5

⁸ Direttore Generale, ASL TO5 di Chieri (TO)

Parole chiave: Data Warehouse, cruscotto, governo clinico

Introduzione: Nel corso degli ultimi anni monitorare i costi delle SS.CC. in relazione alle attività prodotte è divenuta una necessità. Rilevato uno scostamento fra la proporzione media di prestazioni per assistito erogate in Piemonte rispetto a quella nazionale, con DGR 15-7486/2014 sono stati introdotti tetti specifici ai tassi di prescrizione dell'attività specialistica ambulatoriale. Poiché per monitorare l'andamento aziendale dei costi e delle attività è necessario disporre in tempi rapidi di informazioni appropriate e correttamente strutturate, si è deciso di sviluppare un DWH in grado di elaborare le informazioni in modo automatizzato e presentare i dati anche in forma grafica.

Materiali e Metodi: L'Azienda ha quindi attivato un percorso con le SS.CC. "Approvvigionamenti" e "Reti e tecnologie" per poter acquisire un software in grado di gestire le informazioni necessarie. Il Controllo di Gestione ha inoltre ulteriormente sviluppato l'interfaccia grafica costruita in collaborazione con il Consorzio per il Sistema Informativo (CSI Piemonte), implementando l'applicativo informatico PADDI, in grado di fornire i tassi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali a diversi livelli di dettaglio (aziendale, distrettuale, per équipe, per singolo MMG/PLS).

Risultati: Ad oggi, l'ASL TO5 fornisce due report separati, a breve disponibili in un unico DWH:

- 1) un report sintetico trimestrale sui principali elementi di interesse per il monitoraggio dei costi e delle attività delle SS.CC. Elaborato in collaborazione con la SC Contabilità, fornisce dati stratificati per: Dipartimento, SC, SSD
- 2) un report PADDI, che descrive i tassi di prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale totale, diagnostica di laboratorio, RMN, TC e terapia fisica. Aggiornato mensilmente, fornisce dati stratificati per:
 - a) prestazioni prescritte direttamente da MMG/PLS
 - b) auto-impegnative prescritte dai servizi ospedalieri
 - c) totale prescrizioni aziendali, suddivisibili per MMG/PLS e distretto di residenza.

I dati forniti dall'applicativo PADDI hanno evidenziato una notevole variabilità nei tassi di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei singoli MMG e PLS. Gli scostamenti osservati sono stati discussi a livello distrettuale in riunioni di équipe, declinando obiettivi annuali specifici per i MMG/PLS ed è stato progettato un corso di formazione rivolto a MMG/PLS per approfondire aspetti specifici dell'appropriatezza prescrittiva.

PROTOCOLLO DI INTERVENTO PER L'EFFETTUAZIONE DI ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI

L. Pacilli¹, M. Giordano², C. Massaro³, R. Di Nunzio⁴, G. Pepe⁵

¹ Direttore Sanitario ASL Foggia; ² Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL Foggia;

³ Dirigente Medico CSM 2 ASL Foggia; ⁴ Dirigente Medico CSM 1 ASL Foggia, 5UO Rischio Clinico ASL FG

Parole chiave: malattia mentale, trattamento sanitario obbligatorio

Introduzione: Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori rappresentano atti eccezionali rispetto alla generalità degli interventi sanitari e l'obbligatorietà di tali interventi è limitata ai soli casi previsti dalla Legge e comporta livelli crescenti di garanzia amministrativa, giurisdizionale e sanitaria per tutelare i diritti inalienabili del soggetto sottoposto a tali provvedimenti.

Sulla base della Delibere regionali n. 1499/2009 e 1620/2011, la ASL di Foggia, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia ed il Comune di Foggia hanno predisposto il "Protocollo di intesa in merito alle procedure di intervento per l'effettuazione degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale tra Comune di Foggia, ASL FG e Ospedali Riuniti di Foggia", sottoscritto in data 16-5-2013 dai Rappresentanti Legali delle istituzioni coinvolte (Sindaco, Direttore Generale ASL FG e Commissario Straordinario Ospedali Riuniti), oltre che dai Direttori/Responsabili delle Unità Operative/Dipartimenti di Emergenza-Urgenza/118/Psichiatria/Neuropsichiatria infantile delle Strutture Sanitarie, dall'Assessore e dal Comandante della Polizia Municipale del Comune di Foggia ed adottato con Delibere del Direttore Generale sia della ASL di Foggia che degli Ospedali Riuniti di Foggia.

Il protocollo è stato redatto al fine di:

- analizzare, sinteticamente, le condizioni per l'attivazione degli interventi sanitari psichiatrici obbligatori;
- definire una serie di regole condivise circa le funzioni ed i compiti dei diversi referenti istituzionali, che siano rispettosi delle esigenze di tutti i soggetti coinvolti (in primis del malato) e conformi ai principi di legalità e di collaborazione reciproca;
- delineare un modello operativo per la corretta ed omogenea gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche e per l'esecuzione delle procedure ASO e TSO su tutto il territorio del Comune di Foggia. In tale modello il personale sanitario resta titolare di un ruolo tecnico finalizzato alla tutela della salute del paziente, alla eventuale somministrazione di terapie, all'adozione delle modalità più idonee al rispetto ed alla cura della sua persona, mentre le eventuali misure coercitive, sempre proporzionate alla situazione e rispettose della dignità del Paziente, vengono messe in atto dal personale della Polizia Municipale solo allorché si dimostrasse vano ogni possibile intervento del personale sanitario.

Risultati: Nel periodo dal 1-6-2013 al 31-8-2015 nel Comune di Foggia sono stati effettuati n. 125 (di cui n. 7 extraospedalieri) provvedimenti di ASO/TSO e, in tali occasioni, l'applicazione puntuale del protocollo ha garantito un migliore coordinamento tra le gli Enti, le Strutture e le figure professionali coinvolte ed una maggiore sicurezza sia per il Paziente che per gli Operatori. Inoltre, da quando è stato attuato il protocollo di intesa, oltre ad una sostituzione di alcuni TSO in degenza ospedaliera con TSO in ambito extra-ospedaliero, si è verificato il totale azzeramento dei trasferimenti per TSO in ambito extra-provinciale ed extraregionale.

MAXIEMERGENZE E CALAMITÀ NATURALI: ANAGRAFE PER LA TUTELA DEI SOGGETTI FRAGILI

D. Paolini¹, M. Chellini¹, M. Donzellini¹, F. Pieralli¹, L. Pieri¹, S. Guarducci², L. Tattini², F. Landi³, P. Bonanni⁴, G. Bonaccorsi⁵, G. Risaliti⁶, G. Calzeroni⁶

¹ Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Firenze; ² Staff Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze; ³ Laureando in scienze infermieristiche, Università di Firenze;

⁴ Dipartimento di Scienze della salute, Università di Firenze; ⁵ Dipartimento di Medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze; ⁶ Emergency management, ASL 10 Firenze

Parole chiave: soggetti fragili, pianificazione, emergenza

Introduzione: I disastri, sia naturali che di origine antropica, determinano gravi ripercussioni sulla salute pubblica anche in termini di interruzione di servizi essenziali per la popolazione. Si rende necessario, pertanto, effettuare in condizioni ordinarie una serie di valutazioni e di azioni volte a minimizzare gli effetti delle situazioni critiche qualora si verifichino. Tra le azioni di pianificazione è compresa la creazione di strumenti valutativi e organizzativi di base: libro delle criticità e dei rischi delle strutture e dei servizi, anagrafe dei soggetti fragili, banca dati e schede di evacuazione/soccorso e continuità assistenziale ospedaliera e territoriale, piano per la predisposizione delle strutture provvisorie di normalizzazione, calcolo degli indici di vulnerabilità e di performance degli ospedali, livello di protezione dell'impiantistica e della tecnologia delle strutture, elaborazione del piano di continuità operativa delle strutture ospedaliere e criteri per l'ottimizzazione e la gestione razionale e sinergica delle risorse.

Materiali e Metodi: L'obiettivo del progetto è la creazione e la gestione di un'anagrafe dei soggetti fragili e delle criticità socio-sanitarie mediante la raccolta dei dati relativi a patologie croniche e/o deficit fisici, utilizzo di apparecchi elettromedicali, criticità sociali e/o ambientali, abilità residue per affrontare la situazione di emergenza. Verrà costituita, quindi, una banca dati che consentirà di rappresentare i diversi dati socio-sanitari del soggetto nel dettaglio, in modo da delineare lo stato di salute della popolazione con disabilità definendo tre categorie di pazienti (con Handicap, Handicap grave e non Handicap). Questo consentirà di garantire:

- un indice di priorità per l'evacuazione
- un'adeguata assistenza in caso di evento.

Per l'identificazione dei soggetti fragili o con criticità socio-sanitarie tali da rendere necessaria assistenza per l'evacuazione e accoglienza in adeguate strutture atte a garantire la continuità assistenziale, sono stati presi in esame e confrontati i dati relativi ai pazienti assegnati ai servizi infermieristici domiciliari nel territorio del comune di Firenze, a quelli con riconoscimento dello stato di handicap (legge 104/92) forniti da ESTAR e i data base dei MMG.

Risultati: Su un totale di 4500 schede di pazienti fornite da ESTAR ed assegnati al servizio infermieristico domiciliare di Firenze al momento sono state verificate per il progetto 1667 schede. Tra questi pazienti 119 (7%) non presentano handicap ma necessitano di assistenza in caso di emergenza, 400 (24%) presentano handicap, 1149 (69%) sono portatori di handicap grave. Il 72% dei soggetti è ultraottantenne (46% nella fascia di età 80-89 anni, 25% 90-99 anni, 1% 100-110 anni). I pazienti tra 80 e 89 anni rappresentano la percentuale maggiore di soggetti per tutti i gradi di handicap.

Allo stato attuale è stata effettuata la raccolta e l'elaborazione dei dati per le schede paziente, nei prossimi mesi verrà eseguita la georeferenziazione insieme ad azioni organizzative e formative per garantire il funzionamento del progetto.

La creazione di un'anagrafe così strutturata all'interno di un programma di preparazione e pianificazione può ridurre l'impatto delle situazioni critiche sulle strutture sanitarie e permettere di continuare a garantire livelli essenziali di assistenza alla collettività.

ABSTRACT TO PUBLICATION RATIO DEI CONTRIBUTI PRESENTATI AI CONGRESSI SCIENTIFICI ANNUALI DELL'ANMDO

R. Papa¹, C. Martini¹, L. Incicchitti¹, F. Luzi¹, L. Polenta¹, M. Sebastiani¹, F. Tirabassi³, G. Serafini²

¹ Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera; ² Direttore Medico di Presidio;

³ Scuola di Specializzazione In Igiene e Med. Prev. AOU Ospedali Riuniti Ancona

Parole chiave: abstract to publication ratio, EBM, conversion ratio

Introduzione: I Congressi Nazionali dell'ANMDO sono da sempre considerati eventi di grande interesse per la loro precoce disseminazione di importanti idee ed innovazioni. Nessuno però ha mai analizzato in passato il tasso di conversione degli abstract presentati ai Convegni Nazionali ANMDO in lavori pubblicati. A questo scopo gli autori hanno deciso di condurre una revisione di tutti gli abstract presentati ai congressi ANMDO nelle edizioni 2012 e 2013.

Sono stati selezionati gli abstract di tutti i poster e di tutte le comunicazioni accettate per la presentazione orale ai Congressi Nazionali ANMDO 2012 e 2013 in quanto si è ritenuto che un periodo di almeno 2 anni fosse un tempo congruo per la pubblicazione di uno studio. Successivamente è stata condotta una ricerca manuale su PubMed sulla base di un preciso algoritmo di ricerca per ogni abstract accettato. È stata ricercata la produzione scientifica di ogni primo, secondo e ultimo autore e le parole chiave presenti in ogni abstract. La ricerca è stata ripetuta anche su database generalisti e alcune riviste non indicizzate. Gli autori hanno esteso la selezione degli studi anche a poster pubblicati nella loro forma originale. È stata infine studiata la correlazione tra le informazioni estratte e il tasso di pubblicazione.

Risultati: In tab. 1 viene mostrata la distribuzione degli abstract per area geografica e tematica prevalente. Di 252 abstract presentati nei Congressi ANMDO (edizioni 2012 e 2013), sono stati pubblicati 42 articoli (16%). I documenti sono stati pubblicati in riviste prevalentemente provenienti dal settore della sanità pubblica e ospedaliera. Una % significativamente alta dei lavori presentati ha dichiarato risultati positivi. La maggior parte degli studi erano retrospettivi o ricerca di base.

Tab 1. abstract presentati ai Congressi ANMDO 2012 e 2013 per area geografica e tematica prevalente. In parentesi i lavori pubblicati.																		
AREA	ANNO	Etica	Distretto socio-sanitario	Documentazione sanitaria	Formazione	Health Technology Assessment	Horizon Scanning	Igiene Ospedaliera	Infezioni correlate all'assistenza	Information Technology	Innovazione in Sanità	Legislazione sanitaria	Logistica ospedaliera	Organizzazione sanitaria	Ospedale ecologico	Risk management	Qualità	Totale
NORD	2012	2		3	4 (1)	3	1 (1)	3	5 (1)	3			1	58 (11)	3			86 (14)
	2013	1		1	1	4 (1)		3 (1)	3	1	2		1	8 (2)	1	7 (2)		33 (6)
NORD Tot		3		4	5 (1)	7 (1)	1 (1)	6 (1)	8 (1)	4	2		2	66 (13)	4	7 (2)		119 (20)
CENTRO	2012				1	2		3	2	1 (1)			1	14 (1)				24 (2)
	2013	2		2	2	3		3 (1)	5 (1)					9 (2)			3 (2)	29 (6)
CENTRO Tot		2		2	3	5		6 (1)	7 (1)	1 (1)			1	23 (3)			3 (2)	53 (8)
SUD	2012	1	2		1	1	1 (1)	1 (1)	3	1		1	1	28 (3)				41 (5)
	2013	1 (1)		5 (3)	3 (2)	1			5	2	2	1	14 (2)			5 (1)		39 (9)
SUD Tot		2 (1)	2	5 (3)	4 (2)	2	1 (1)	1 (1)	8	3	2	2	1	42 (5)		5 (1)		80 (14)
Totale		7 (1)	2	11 (3)	12 (3)	14 (1)	2 (2)	13 (3)	23 (2)	8 (1)	4	2	4	131 (21)	4	12 (3)	3 (2)	252 (42)
% di pubblicazione		14%		27%	25%	7%	100%	23%	9%	13%				16%		25%	67%	16%

Il tasso globale di pubblicazione relativamente basso rispetto ad altri incontri scientifici tenuti nell'ambito di altre discipline, può essere spiegato con il forte orientamento delle Direzioni Mediche di Presidio alla ricerca in campo organizzativo (131 su 252 studi) che non è sempre compatibile con il metodo della ricerca scientifica e le sue relative logiche editoriali. A parere degli autori una delle sfide dell'ANMDO nei prossimi anni dovrà essere quella di promuovere una qualità superiore della ricerca scientifica finalizzata a incrementare il tasso di pubblicazione dei lavori presentati.

ATTIVITÀ DEL CENTRO PER L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE DEI RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI

P. Pellegrino¹, C. Bedogni², P. Malvasio³, G. Arena⁵, G. Guano¹, G. Maggiorotto¹, S. Brao⁷, G. Coletta⁶, A. Garibaldi⁴

¹ Medico Direzione Sanitaria di Presidio; ² Direttore Generale; ³ Direttore Sanitario di Azienda;

⁴ Direttore Sanitario di Presidio; ⁵ Direttore Dipartimento Chirurgico; ⁶ Responsabile Blocco Operatorio;

⁷ Coordinatrice Centro per l'organizzazione e la gestione dei ricoveri chirurgici programmati

Parole chiave: organizzazione, attività chirurgica, programmazione

Introduzione: Dall'analisi dei dati di attività chirurgica dell'Azienda Ospedaliera è emersa necessità di unificare i percorsi dei pazienti indirizzati ad intervento chirurgico programmato, uniformando le procedure organizzative, razionalizzando l'utilizzo delle risorse disponibili, migliorando la comunicazione con il paziente, attraverso la progettazione e l'attuazione di percorsi condivisi con tutti gli operatori interessati al processo chirurgico.

Si è provveduto all'attivazione del Centro per l'organizzazione e la gestione dei ricoveri chirurgici programmati, con personale prevalentemente infermieristico formato e dedicato, per la presa in carico del paziente attraverso un percorso assistenziale che comprende e coordina l'intero processo del ricovero chirurgico, dando luogo ad un servizio integrato e completo di assistenza e di informazione al paziente anche per evitare la sensazione di abbandono, frequente in occasione di un ricovero ospedaliero, coordinando al meglio le attività che hanno inizio al momento della prenotazione e terminano con il ricovero e l'intervento chirurgico.

Questi gli obiettivi perseguiti: appropriatezza del percorso clinico-assistenziale, centralizzazione del servizio di prenotazione, informazione completa al paziente sulle procedure previste, programmazione degli esami pre-operatori, sulla base dei protocolli prestabiliti per ogni specifico intervento (in collaborazione con il Day Service aziendale) verifica della completa esecuzione di tali esami prima del ricovero, gestione della preparazione del paziente all'intervento chirurgico, organizzazione degli eventuali esami strumentali intraoperatori, ottimizzazione nell'utilizzo degli spazi di sala operatoria e dei letti di degenza, pianificazione di eventuali esigenze particolari di ricovero nel post-intervento (terapie intensive), gestione informatizzata di tutta l'attività chirurgica (prenotazione, gestione delle liste di attesa, pianificazione operatoria, preparazione dei diversi kit intervento/paziente).

Il centro si occupa inoltre di gestire il percorso di stadiazione per le patologie oncologiche, richiedere quando necessario il confronto con il chirurgo prima dell'intervento, anche allo scopo di fornire al paziente tutte le informazioni sulle procedure previste, e gestire la corretta preparazione al ricovero e all'intervento.

Risultati: Nell'anno 2014 il Centro ha gestito 8208 ricoveri per interventi chirurgici programmati, a carico di 10 diverse specialità chirurgiche (Chirurgia Generale, Chirurgia Day Surgery, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo Facciale, ORL, Ortopedia, Senologia, Urologia, Chirurgia vascolare - patologia venosa), per un totale settimanale di 41 "slot" operatori di 6 ore, e nell'anno 2015 è prevista l'integrazione di altre specialità chirurgiche (Ginecologia).

Attraverso la centralizzazione si è ottenuta una migliore gestione delle liste di attesa, con il rispetto rigoroso e diffuso delle classi di priorità e dell'ordine cronologico di inserimento previste dalla normativa (senza personalismi), il contenimento dei tempi di attesa, la riduzione delle giornate di degenza (attraverso la programmazione preferenziale dell'ingresso in reparto del paziente il giorno stesso dell'intervento), la razionalizzazione delle risorse umane e tecnologiche utilizzate e la appropriata gestione dei percorsi di accesso alla sala operatoria secondo tempi programmati e definiti.

IL TRASFERIMENTO DELL'OSPEDALE DI BIELLA: RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA

A. Penna¹, F. D'Aloia², B. Bragante³, A. Tedesco², P. Trevisan²

¹ Direttore Sanitario; ² Direzione Medica Ospedale;

³ Distretto 2 Azienda Sanitaria Locale Biella via Marconi 23 13900 Biella

Parole chiave: nuovo ospedale, trasferimento, edilizia

Introduzione: Il progetto preliminare del nuovo ospedale di Biella risale al 1996. Nel 2000 l'ASL approvò il progetto esecutivo e l'anno successivo aggiudicò i lavori. Negli anni 2002-06 si susseguirono alcune varianti che adeguarono il progetto a norme sopravvenute. A seguito della pubblicazione nel 2003 dello studio promosso dal Ministro U.Veronesi e dell'architetto R.Piano, l'ASL di Biella, promosse un ripensamento del progetto, accogliendo le esperienze realizzate in altre parti di Italia ed Europa. Carattere distintivo del trasloco di un ospedale è rappresentato dalla necessità di trasferire non soltanto beni, ma anche pazienti, anche in condizioni critiche. La criticità del trasloco di un ospedale è anche rappresentata dalla complessità tecnologica dei beni da trasferire, in particolare attrezzature, arredi e beni di consumo e dalla necessità di coordinare in un unico processo enti e istituzioni esterne.

Materiali e Metodi: L'ASL di Biella, che assiste circa 170.000 abitanti, è collocata nella zona settentrionale del Piemonte e dispone di un unico presidio ospedaliero, gli ospedali più vicini sono collocati a circa 40 Km, l'ospedale hub di Novara a 60 km. La distanza degli altri presidi, la necessità di dover garantire la risposta locale all'urgenza (nessun altro DEA presente) anche durante il trasloco, rappresentavano quindi i principali elementi critici del trasferimento.

La progettazione ed attuazione del trasferimento è stata caratterizzata da: 1) redazione di un piano di trasferimento dei reparti basato sulla loro relazione funzionale cioè sulla necessità per ciascun reparto degli altri reparti, 2) costituzione di una *cabina di regia*, presso la Direzione medica ospedaliera con il compito di monitorare costantemente la tabella di marcia e l'evoluzione di eventuali problemi. 3) necessità di realizzare il trasloco in pochi giorni allo scopo di ridurre al minimo il tempo di funzionamento contemporaneo di 2 ospedali

Risultati: Il trasloco dell'Ospedale di Biella è avvenuto con la seguente successione:

- 24 novembre reparti di area medica e semintensiva
- 25 novembre reparti di chirurgia e completamento area medica
- 26 novembre reparti di cardiologia, rianimazione e postacuzie
- 27 novembre reparti di area materno infantile e pronto soccorso

Il trasferimento è stato realizzato con le associazioni di pubblica assistenza e il 118 di area sovrazonale con un numero di pazienti medi per giornata di 40-60 degenti. Il trasferimento delle attività ambulatoriali è avvenuto nei week end precedente e successivo. Il pronto soccorso ha continuato ad essere operativo nel vecchio ospedale sino al giorno 27 novembre dopo quella data tutte le urgenze sono state inviate nel nuovo ospedale, un presidio di urgenza è rimasto attivo nel vecchio ospedale sino al 30 novembre. Nella settimana del trasloco entrambi gli ospedali sono rimasti operativi per far fronte all'emergenza in particolare sono rimaste attive in ciascun presidio 2 sale operatorie, la rianimazione, i servizi diagnostici come pure la continuità assistenziale diurna e notturna.

Complessivamente nei quattro giorni di trasferimento sono stati trasferiti senza alcuna criticità 170 pazienti.

UTILIZZO DELLA FORMAZIONE A DISTANZA (FAD) PER PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA CODIFICA DELLE SDO.

C. Penna, F. Gandini, G. Sassi, F. Riccio¹, F. Piccio², M. Desperati

Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri – ASO Alessandria

¹ DIPSAs – ASO AL; ² Scuola di Specializzazione Dip. di Salute Pubblica. Sez. di Igiene Università di Pavia

Introduzione: Le SDO costituiscono uno strumento gestionale importante, particolarmente per le Aziende ospedaliere che devono giustificare i costi attraverso un adeguato fatturato. È essenziale che il DRG derivato dalle SDO esprima l'impegno assistenziale ed economico svolto, evitando nel contempo codifiche errate che determinino una falsa complessità del ricovero.

L'appropriatezza di codifica è il grado di conformità delle SDO ai principi e alle indicazioni espresse dalle norme nazionali e regionali e verificate in Piemonte attraverso un'azione congiunta dei nuclei di controllo interno (NCI) ed esterno (NCE) e dei referenti SDO (REF) di ogni singola struttura sanitaria. Dal confronto tra questi soggetti nella nostra Azienda Ospedaliera è nata l'esigenza di disporre di strumenti di formazione più incisivi, con modalità di apprendimento più immediate.

Contenuti: Durante l'anno 2015, la DMP dell'ASO di Alessandria ha sviluppato un corso di formazione a distanza accreditato ECM, di durata annuale, rivolto ai medici in particolare ai 45 REF. La preparazione del corso è stata effettuata da un gruppo di 3 medici della DMP che hanno realizzato un manuale interno, sintetico e basato sulle FAQ da aggiungere al manuale sulle Linee Guida Regionali per la codifica delle SDO. Dopo la lettura dei manuali, i partecipanti al corso potevano accedere alla piattaforma FAD regionale.

Risultati: Ad agosto i medici iscritti al corso erano 48 di cui 26 referenti SDO (54%), 27 medici hanno completato l'iter formativo di questi 17 sono REF (63%). Le adesioni relative ai medici non referenti sono legate principalmente alla possibilità di acquisire crediti ECM e al fatto che le SDO sono codificate da tutti i medici dimettenti. È stata analizzata l'appropriatezza di codifica prima e dopo la realizzazione del corso FAD utilizzando come strumento i controlli regionali di III livello confrontando 1489 controlli relativi a 7 mesi del 2014 e 1533 controlli dell'analogo periodo 2015.

Le principali modifiche apportate dal NCI hanno riguardato:

- Annulli ricoveri
- Trasformazione del regime di ricovero
- Modifica di diagnosi principale e/o secondarie
- Modifica o inserimento di procedure

Nel 2014 le SDO annullate sul totale sono state lo 0.7%, nel 2015 lo 0.5%.

Nel 2014 le SDO modificate sono state il 21.7% del totale, nel 2015 il 15%.

Conclusioni: Le considerazioni principali che emergono dall'analisi condotta sono le seguenti:

La preparazione del corso è stata utile per NCI per aumentare conoscenze e uniformità di interpretazione dei controlli.

Riduzione di alcune tipologie di errore tra le SDO da controllare ma, data la bassa percentuale di adesioni, si deve procrastinare la valutazione della correlazione tra svolgimento del corso e appropriatezza di codifica.

Le linee guida e il manuale interno sono un utile strumento sia per NCI che per i medici

Pare evidente la difficoltà da parte dei codificatori nella scelta / inserimento / omissione delle diagnosi secondarie.

Nel campione del 2015 vi è comunque una riduzione del numero di controlli di SDO con DRG complicato.

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E CORRETTA ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO: ESPERIENZA DELLA ASL FOGGIA

G. Pepe¹, M. Vizzani², L. Pacilli³

¹ Dirigente Medico UO Rischio Clinico; ² Infermiere Coordinatore Direzione Medica P.O. Manfredonia;

³ Direttore Sanitario ASL Foggia

Parole chiave: cartella clinica, consenso informato, documentazione sanitaria

Introduzione: Una non corretta compilazione della documentazione sanitaria può avere conseguenze sulle scelte assistenziali e può provocare errori umani e di sistema con danni al paziente. Peraltro, una documentazione inadeguata dell'attività diagnostico-terapeutica svolta e della consapevole adesione del paziente alle cure, si configura come l'antecedente causale più frequente della scarsa "difendibilità" dell'operato dei professionisti coinvolti in procedimenti giudiziari oltre che delle Aziende Sanitarie "chiamate" al ristoro dei danni.

Con delibere del Direttore Generale n. 1094 e 1335 del 2013, sono state adottate le Procedure Operative "Corretta gestione della Documentazione Sanitaria" e "Corretta acquisizione del Consenso Informato per i trattamenti sanitari" che stabiliscono le caratteristiche di base della modulistica, le responsabilità e le modalità di gestione, tenuta, archiviazione della documentazione sanitaria e le modalità, i tempi e le responsabilità per l'esecuzione dell'attività di verifica e gli indicatori per il monitoraggio.

Il piano applicativo, avviato nel Gennaio 2014, ha comportato 3 edizioni del PFA dal titolo: "La corretta compilazione della documentazione sanitaria e la corretta acquisizione del consenso informato: strategie per la riduzione del rischio clinico" e l'avvio dell'implementazione nel P.O. di Manfredonia, dove il Personale della Direzione Medica di Presidio ha effettuato mensilmente le verifiche su un campione statisticamente significativo di cartelle cliniche (n=1061, con percentuali che vanno oltre il 24% per ognuna delle 5 UU.OO.) utilizzando indicatori e specifiche check list per l'analisi della corretta compilazione della cartella clinica.

Risultati: Dai dati delle prime verifiche erano emerse alcune non conformità, pur nell'ambito di un quadro complessivo molto più positivo di quanto ci si aspettasse (per es. la percentuale di corretta compilazione dei consensi informati è risultata vicina al 100% per quasi tutti gli items, compresa la presenza di firma del Paziente e del Medico):

- CARTELLA CLINICA: frequente mancanza della firma e/o della data dell'esame obiettivo all'ingresso per le UUOO mediche, mentre nella lettera di dimissione delle cartelle delle UUOO chirurgiche mancava spesso una sintesi descrittiva completa del decorso clinico (73%).
- CONSENSI INFORMATI: Nelle UUOO chirurgiche nel 7% dei moduli non era riportata la diagnosi della patologia.

I dati sono stati condivisi e discussi con il Personale delle UUOO nel corso di periodici incontri (n. 5 incontri, tutti regolarmente verbalizzati) ed i risultati delle successive verifiche hanno evidenziato i notevoli miglioramenti (percentuali quasi tutte pari al 100%) nella compilazione della documentazione sanitaria e dei consensi informati, dimostrando come sia possibile istituire un sistema efficace di monitoraggio e verifica dell'implementazione di procedure grazie soprattutto al coinvolgimento proattivo delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero e delineando un modello operativo flessibile, con un grado di trasferibilità elevatissimo e praticamente a costo zero, non avendo richiesto l'utilizzazione di risorse economiche aggiuntive/incentivi economici specifici per il Personale.

LA DEGENZA MEDIA PUÒ ESSERE UN INDICATORE DELLA PERFORMANCE? UN'ANALISI DELLA VARIABILITÀ DEI RICOVERI IN AREA MEDICA

L. Pieri¹, G. Bonaccorsi², P. Bonanni³, M. Chellini¹, F. Ciraolo⁴, M. Donzellini¹, S. Guarducci⁵, D. Paolini¹, F. Pieralli¹, L. Tattini⁵

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze;

² Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze; ³ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze; ⁴ Direttore Sanitario P.O. Santa Maria Annunziata, Firenze;

⁵ Staff Direzione Sanitaria Aziendale ASL 10 Firenze

Parole chiave: variabilità, degenza media, performance

Introduzione: Un importante strumento per studiare l'efficienza, la performance clinico-organizzativa e l'appropriatezza nell'uso delle risorse è rappresentato dall'analisi della variabilità delle prestazioni sanitarie erogate in strutture confrontabili. La Medicina Interna è presente in 5 Ospedali dell'Azienda Sanitaria di Firenze (ASF) ed effettua oltre la metà di tutti i ricoveri delle discipline mediche. In particolare le Med. Interne dei 3 Presidi Ospedalieri (P.O.) più grandi dell'ASF (S.M. Annunziata, S.M. Nuova e S. Giovanni di Dio) risultano simili per organizzazione e tipologia di pazienti.

Materiale e Metodi: È stata condotta un'analisi sull'attività di ricovero svolta dalle 3 strutture di Medicina Interna e dalla Geriatria aziendale. L'analisi, effettuata sui dati di tutto il 2014 e del 1° trimestre del 2015, è finalizzata ad individuare le variabili in gioco nelle differenze (storiche) di attività rilevate ed identificare eventuali elementi utili al miglioramento delle performance del presidio con la degenza media più alta. Sono stati confrontati una serie di indicatori, tra i quali: la degenza media, l'indice di occupazione (IO), l'indice di rotazione dei posti letto (IR) e l'intervallo di turn over (IT). È stata eseguita poi una valutazione della variabilità interna alla Med. Interna del P.O. SMA per identificare possibili differenze di attività tra le diverse linee di degenza.

Risultati: I ricoveri ospedalieri per acuti nel 2014 sono stati complessivamente 8.959 e 2.423 nel primo trimestre 2015; l'1,38 % in regime di DH. Il 33% dei ricoveri ha interessato il P. O. SMA.

La degenza media nel 2014 è risultata più alta di oltre 1 giorno all'interno del P.O.SMA; nel 1° trimestre 2015 si registra un miglioramento con un calo da 8,06 a 7,79 (figura 1).

La Med. Interna del P.O. SMA evidenzia un notevole carico di attività con indicatori di flusso oltre gli standard: IO superiore al 100% e IT negativo, ed entrambi in peggioramento nel 1° trimestre 2015. Valori peggiori si registrano nel P.O. SGD, mentre la Med. Interna di SMN mostra un IO inferiore al 100% e un IT positivo nel 2014 ma in lieve peggioramento nel 1° trimestre 2015 (tabella 1).

Tabella 1. Principali dati di attività delle Medicine Interne dei P.O. Santa Maria Nuova, Santa Maria Annunziata e San Giovanni di Dio e della Geriatria dell'Azienda Sanitaria di Firenze. Anno 2014 e 1° trimestre 2015.

	Anno 2014				1° trimestre 2015			
	Med. Int PO SMN	Med. Int PO SGD	Med. Int PO SMA	Geriatria PO SMA	Med. Int PO SMN	Med. Int PO SGD	Med. Int PO SMA	Geriatria PO SMA
Ricoveri Totali	2.192	3.659	2.439	565	536	1.021	661	165
Degenza media	6,81	6,92	8,06	7,60	6,93	6,78	7,79	7,54
Tasso di occupazione	99,34	112,25	103,82	114,51	101,83	110,28	109,80	124,26
Indice di rotazione	53,22	59,24	47,00	54,96	13,22	14,63	12,68	14,83
Indice di turn over	0,05	-0,75	-0,30	-0,96	-0,12	-0,63	-0,70	-1,47
Posti letto medi	44,70	76,33	61,94	13,27	45,82	83,81	65,88	14,91
Carichi di lavoro	4,25	5,80	4,86	1,66	5,09	6,70	5,34	1,86
DRG complicati (%)	68,85	52,19	74,19	59,49	68,89	64,79	83,59	66,67
Peso medio DRG	1,34	1,46	1,30	1,23	1,19	1,22	1,33	1,26
% Ricoveri ripetuti <=30gg Mdc	4,39	5,36	4,00	2,66	4,38	3,52	3,33	3,70

Tali differenze non trovano spiegazione nei carichi di lavoro del personale, nell'età media dei pazienti e nel peso medio dei DRG che risultano simili nelle 3 strutture. L'analisi evidenzia piuttosto una casistica più complicata (74% di DRG complicati) ed un minor percentuale di ricoveri ripetuti per il P.O. SMA.

L'analisi interna dell'attività di ricovero della Med. Interna del P.O. SMA non ha evidenziato, per il 2014, significative differenze tra le 3 linee di degenza; nel 1° trimestre 2015 invece la Med. A mostra indicatori migliori, con una degenza media di 7,2 contro l'8,6 delle altre 2 Medicine.

MISURA DEL CAPITALE INTELLETTUALE E DELLE PERFORMANCE: UN NUOVO MODELLO INTEGRATO PER LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

M.G. Pirozzi¹, G.P. Ferulano²

¹ Dottoranda in Economia e Management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie, Dipartimento di Economia, Management, Istituzioni. Università degli Studi di Napoli Federico II

² Professore Associato di Chirurgia Generale Direttore UOC di Chirurgia Generale e Mininvasiva, Dipartimento di Sanità Pubblica. Università degli Studi di Napoli Federico II

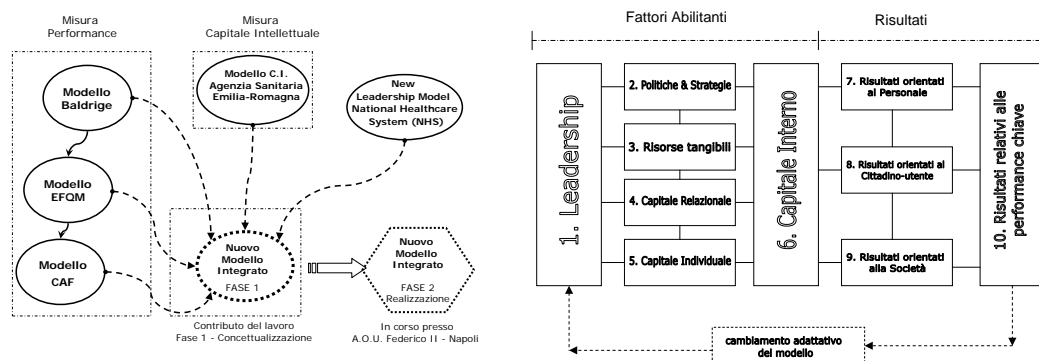
Parole chiave: capitale intellettuale; misura performance; organizzazioni sanitarie

Introduzione: I Sistemi di Misura delle Performance (SMP) sono raccomandati in letteratura per migliorare le performance organizzative, mentre alcuni SMP (BSC, PRISM, CAF) sono raccomandati dal CIVIT per misurare le performance delle organizzazioni sanitarie. Il Capitale Intellettuale (CI) è considerato la principale fonte di creazione di valore per le organizzazioni. Tuttavia, l'analisi del CI nelle organizzazioni sanitarie ha ricevuto finora scarsa attenzione dagli studiosi. Tutto ciò premesso, il lavoro propone un Nuovo Modello Integrato (NMI) per la Misura delle Performance e del Capitale Intellettuale.

Materiali e Metodi: Il NMI è stato ottenuto integrando nel CAF (Common Assessment Framework) due modelli concettuali rappresentanti il CI e la Leadership. Questi ultimi sono stati proposti rispettivamente dall'Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna (Baccarini et al., 2008) e dal National Healthcare System (NHS, 2013) in UK. L'integrazione è stata condotta comparando i fattori determinanti dei modelli CAF e CI ed eliminando le ridondanze. Per la Leadership, il relativo blocco del modello CAF è stato sostituito con il New Leadership Model del NHS. IL flusso logico del lavoro è illustrato nella figura seguente.

Risultati: Lo sviluppo del NMI (Fase 1 - Concettualizzazione), sinteticamente illustrato nella figura seguente, è stato condotto nell'ambito del Corso di Dottorato in Economia e Management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie, il cui Comitato Direttivo ha deciso di implementarlo (FASE 2) presso l'A.O.U. Federico II di Napoli poiché rispondente ad alcuni preminenti obiettivi strategici aziendali. La Fase 2 è attualmente in corso.

Un sistema di misura unico, come il NMI, riduce le resistenze, investimenti iniziali ed a regime, e le difficoltà di interpretazione dei risultati, generate dalla introduzione e gestione di due distinti sistemi di misura.



INTRODUZIONE DELLO SCREENING PER SIFILIDE NEL PAZIENTE FONTE DI ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE

M. Pozzi^{1*}, C. Baratta¹, R. Murri², M. Fantoni², M. Corbo¹, G. Vangi¹, D. Speciale³, R. Ricci³, F. Berloco¹, M. Bosio⁴

¹ Servizio Radioprotezione e Igiene Ospedaliera Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

² Unità di Consulenza Infettivologica Integrata Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

³ Servizio di Microbiologia e Virologia Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

⁴ Direttore Sanitario Aziendale Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

* Speaker

Parole chiave: post-esposizione, sifilide

Introduzione: Fino a pochi anni fa lo screening per sifilide era effettuato su tutti i pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere. Recentemente studi epidemiologici hanno mostrato una notevole recrudescenza della malattia anche nei paesi occidentali. In Italia l'aumento si è registrato soprattutto nelle regioni e città ad elevata densità urbana.

Dati di prevalenza della sifilide nella popolazione sana e in ospedale non sono però facilmente reperibili. In questo lavoro vengono illustrati i primi risultati dopo l'aggiornamento del protocollo aziendale relativo agli incidenti biologici.

Materiali e Metodi: La gestione della post-esposizione biologica, prima della revisione, prevedeva controlli nel paziente fonte per HIV, HCV e HBV. L'analisi dei dati del biennio ottobre 2012 - settembre 2014, aveva però evidenziato la positività in 5 pazienti su 408 per anticorpi specifici e/o TPHA e/o RPR (VDRL). In 2 casi l'operatore era stato sottoposto a trattamento preventivo con Benzatin Penicillina. La prevalenza registrata sul totale dei pazienti fonte era risultata dell'1, 21%, dato evidentemente sottostimato perché tale screening non veniva effettuato di routine: i 5 pazienti erano stati infatti individuati a seguito di accertamenti eseguiti per altre ragioni.

Tale rilievo, a cui si aggiunge il trend epidemiologico citato, ci ha indotto ad includere il lue screening tra gli esami previsti per i pazienti fonte, con l'obiettivo di rilevare il reale dato di prevalenza interna e rivalutare poi l'opportunità di mantenere tale test. La trasmissione della sifilide da lesioni percutanee è rara, ma non può essere esclusa.

Il follow-up degli esposti prevede oggi un primo controllo basale ed un secondo test a 3 mesi ed in via prudenziale si avvia anche in presenza di una sola positività nei vari test diagnostici (Ab specifici, Ig M specifiche, TPHA, VDRL, FTA-ABS). Contempla inoltre, come prima opzione, il trattamento precoce a 3 mesi in caso di sierconversione, in alternativa al trattamento al tempo 0 di tutti gli operatori esposti. Tale scelta scaturisce dalla contestuale considerazione dei rischi legati alla Benzatin Penicillina e dell'efficacia del trattamento precoce rispetto a quello preventivo. In entrambi i casi viene somministrata un'unica dose di 2, 4 Mil UI intramuscolo.

Risultati: Il test per la sierologia della sifilide è stato introdotto nel giugno 2015.

Da ottobre 2014, data dell'ultima analisi dei dati, ad oggi, in ben 8 pazienti fonte su 189 (4, 2%) è stata riscontrata la positività sierologica. Il dato di prevalenza per sifilide nella popolazione dei pazienti ricoverati ottenuto unendo il primo biennio analizzato con l'ultimo anno, è pari al 2, 2% (13 casi su 597 pazienti fonte totali). Per tutti è stato avviato il follow-up nell'operatore contaminato. In 3 occasioni è stato praticato il trattamento preventivo (23% degli operatori). Nessuna sierconversione tra i lavoratori esposti è stata riscontrata alla data attuale; 6 follow-up risultano ancora in corso.

Riferimenti: <http://www.cdc.gov/std/syphilis/manual-1998/CHAPT2.pdf>
<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+topics/sexually+transmitted+infection+guidelines/syphilis+diagnosis+and+management#Treatment>
<http://www.australianprescriber.com/magazine/24/4/98/100/>

CONFRONTO TRA METODO BIOLUMINOTETRICO E CONTA DELLE COLONIE AEROBICHE NEL VALUTARE LA SANIFICAZIONE DELLE SUPERFICI IN AMBITO SANITARIO

Raia Daniele Domenico¹, Cannova Lucia¹, Provenzano Sandro¹, Bonanno Valentina¹, Aprea Luigi², Firenze Alberto^{1,2}

¹ Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo; ² Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario Paolo Giaccone, Palermo

Parole chiave: bioluminescenza, sanificazione, infezioni assistenza correlate

Introduzione: la presenza di superfici contaminate in ambito sanitario è correlata all'aumentato rischio di infezioni associate all'assistenza (healthcare associated infections, HAIs), in quanto costituiscono serbatoio ambientale per gli agenti patogeni.

Il monitoraggio dell'efficacia dei processi di sanificazione risulta pertanto cruciale allo scopo di ridurre tale rischio, e la ricerca di un metodo affidabile, economico e rapido è tutt'ora in fase di studio.

Obiettivi: lo scopo di tale studio è stato quello di valutare l'affidabilità di un metodo bioluminometrico basato sulla rilevazione dell'adenosina trifosfato (ATP), come alternativa rapida ed economica alla conta microbiologica delle colonie di batteri aerobi (Aerobic Colony Count, ACC), considerato attualmente il gold standard nella rilevazione della contaminazione delle superfici.

Materiali e Metodi: 614 superfici sono state campionate in modo random in tutte le unità operative dell'ospedale Policlinico Paolo Giaccone dell'Università degli Studi di Palermo, tramite prelievo di un tampone specifico per entrambe le metodiche. Le misurazioni sono state successivamente analizzate tramite il modello di regressione lineare ed il calcolo del coefficiente di correlazione di Pearson.

Risultati: il valore mediano dell'ACC di tutte le superfici campionate è risultato pari a 1.71 Unità Formanti Colonie (Colony Forming Units, CFU)/cm² (range interquartile IQR = 3.8), mentre il corrispettivo valore mediano bioluminometrico ammonta a 59.9 Relative Light Units /cm² (RLU/cm²; IQR = 128.3). Il coefficiente di Pearson R² è pari a 0.09.

Conclusioni: in base ai risultati di tale studio, non sembra esistere una correlazione lineare sufficientemente forte e significativa tra la conta ACC ed i valori bioluminometrici di ATP; pertanto l'impiego della bioluminescenza come fattore predittivo del rischio infettivo non è sufficientemente affidabile. Nonostante le tecniche microbiologiche siano più dispendiose sia in termini di tempo sia di costi economici, esse costituiscono ancora il gold standard per tale genere di valutazione, poiché il rischio di HAIs è maggiormente correlato alla contaminazione delle superfici da parte di agenti patogeni specifici piuttosto che di generico materiale organico rilevato dal bioluminometro.

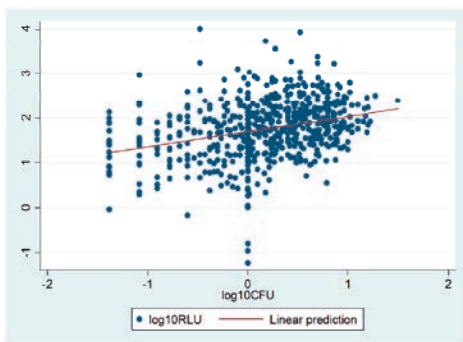


Grafico della regressione lineare tra le trasformate logaritmiche dei valori di ATP ed ACC. Coefficiente di Pearson R² = 0.09 (F-statistic = 64.6; p-value < 0.001).

BENCHMARKING FUNZIONALE E RECIPROCAL LEARNING PER IL BED MANAGEMENT

R. Riente¹, R. Novati², M. Nelli³, R. Appignanesi⁴, S. David⁵, M. Rizzo⁶, A. Piazza⁷, V. Pastorino⁸, A. Pasqualucci⁹, E. Ostorero¹⁰, L. Audisio¹¹, P. Bertoli¹², F. Dinelli¹³

¹ Dirigente Medico D.M.P.O. ASL2 Savonese Presidio Levante; ² Dirigente Medico Direzione Medica Ospedale Regionale di Aosta; ³ Dirigente Medico Direzione Sanitaria EO Ospedali Galliera Genova; ⁴ Direttore Medico di Presidio INRCA-IRCCS Ancona 5; ⁵ Direttore Medico di Presidio Madonna del Soccorso ASUR - Area Vasta; ⁶ Dirigente Medico Direzione D.M.P.O. - A.O. "S. Maria" di Terni; ⁷ Sostituto Direttore Sanitario ASL2 Savonese; ⁸ Infermiera Bed Manager P.C.P.S. ASL2 Savonese Presidio Levante; ⁹ Direttore Sanitario Ospedali Riuniti di Rivoli; ¹⁰ Coordinatore Infermieristico Bed Manager Ospedale di Rivoli; ¹¹ Coordinatore Infermieristico Responsabile Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Ospedali Riuniti di Rivoli; ¹² Sostituto Direttore Medico Ospedale F. Tappeiner Merano (Bz) Comprensorio sanitario di Merano - Azienda sanitaria dell'Alto Adige; ¹³ Dirigente Medico S.C. Direzione Medica H Lucca

Parole chiave: bed management

Introduzione: La riduzione dei posti letto per acuti e l'aumento della popolazione anziana dipendente con patologie croniche hanno determinato diverse problematiche tra cui il sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso, il difficile controllo del patient-flow, la dilatazione dei tempi di attesa e l'incremento delle dimissioni difficili con conseguente aumento della degenza media. A seguito delle difficoltà sopracitate, è nato il nostro progetto che prevede il coinvolgimento delle Direzioni Mediche ed Infermieristiche di alcuni Ospedali che in Italia si stanno occupando di gestione metodica e scientifica, nei limiti del possibile, della risorsa posto letto in Ospedale: il cosiddetto Bed Management (BM). Attualmente gli Ospedali coinvolti sono dieci, dislocati in varie regioni e con realtà organizzative differenti. L'obiettivo è imparare dalle diverse realtà ed esperienze, e arrivare quanto più vicino possibile a uno standard condiviso per questa attività che ha rilevanza quotidiana nelle funzioni delle Direzioni Mediche di Presidio.

Materiali e Metodi: Il taglio proposto è di tipo operativo e il metodo è quello delle visite reciproche (benchmarking tra pari) con l'ausilio di una scheda di rilevazione dati formulata e concordata dai partecipanti del gruppo, al fine di consentire la comparazione dei dati tra le varie realtà degli Ospedali coinvolti nel progetto. La scheda descrive in dettaglio le attività dell'Ospedale inerenti la gestione dei posti letto ed in particolare cerca di analizzare tutte le componenti strutturali, organizzative e funzionali di BM. L'Ospedale in esame viene sottoposto ad audit attraverso l'osservazione e conseguente compilazione del questionario. Dopo la prima visita nell'Ospedale di Lucca, capofila del progetto dove è stato testato il modello, si è predisposto un calendario di visite nei vari Ospedali a cui afferiscono i componenti del gruppo. Ogni realtà ospedaliera verrà visitata da almeno un rappresentante di ogni Ospedale facente parte del progetto. Dopo ogni audit di BM viene elaborata una relazione di sintesi con i punti di forza e di debolezza dello stesso, oltre che i suggerimenti per il miglioramento. A seguito verranno analizzati i dati ottenuti e formulata una proposta riassuntiva e condivisa di un modello standard di BM ed un set di indicatori di efficacia del sistema, applicabile negli Ospedali partecipanti e ad altre realtà italiane che vorranno aderire al progetto. Il gruppo ha inoltre in programma di costituire un'associazione alla quale, inizialmente, aderiranno i componenti degli Ospedali attualmente coinvolti.

Risultati: Ad oggi è stato effettuato un solo audit, nell'Ospedale San Luca di Lucca. Il gruppo si è impegnato a concludere gli audit presso gli altri Ospedali entro fine anno. Al termine degli audit le relazioni di sintesi saranno raccolte, confrontate ed elaborate e, a completamento dell'attività svolta, sarà organizzato un convegno di presentazione dei risultati, per il quale sarà richiesto il patrocinio di alcune società scientifiche di riferimento.

SVILUPPO DEL MODELLO DI DIPARTIMENTALIZZAZIONE PER INTENSITÀ DI CURA E DI GESTIONE PER PROCESSI PRESSO L'AOU SAN LUIGI GONZAGA

F. Ripa¹, S. Manfredi²

¹ Direttore Sanitario; ² Direttore Generale

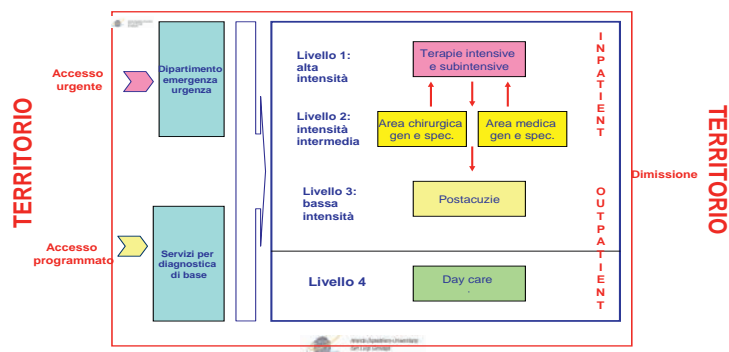
Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga Orbassano (Torino)

Parole chiave: dipartimentalizzazione, intensità e gradualità di cura, processi

Introduzione: Nel processo di riorganizzazione della Azienda Ospedaliera San Luigi Gonzaga si è ritenuto che il nuovo atto aziendale fosse uno strumento ma un concreto supporto metodologico ai fini della riprogettazione aziendale, verso la dipartimentalizzazione per intensità e gradualità di cura di cura e la gestione per processi.

Materiale e metodi: Nella figura seguente viene riportato il modello di dipartimentalizzazione per intensità di cura e gestione per processi teorizzato nell'atto aziendale e in fase di sviluppo presso l'Ospedale San Luigi.

L'Ospedale San Luigi riorganizzato per intensità e gradualità di cura e per processi



Il modello si concretizza su quattro livelli differenziati e presuppone che il Dipartimento sia il contesto ottimale per lo svolgimento delle principali funzioni gestionali (gestione letti, gestione risorse, ecc.), in chiave di intensità e gradualità di cura.

Ad indicare il setting più appropriato è innanzitutto la componente clinica che attribuisce al paziente un preciso livello nel quale esso riceverà le cure prescritte, secondo uno specifico grado di intensità definito in base alle migliori evidenze disponibili.

Funzioni specifiche come il bed management e l'operatory room management garantiscono un contesto adeguato per gestire i pazienti secondo la logica dei processi clinici ed assistenziali.

Risultati: In particolare il modello è stato avviato con l'attivazione di:

- un'area di cure intermedie per pazienti che hanno terminato il percorso per acuti provenienti dai reparti ospedalieri di area medica ed ortopedica, bisognosi di un basso livello clinico-assistenziale, ma ancora non dimissibili; si tratta di una fase di degenza in cui l'utilizzo di prestazioni è meno intenso;
- un'area di degenza a ciclo breve "week/day surgery", ambito multidisciplinare dove vengono ricoverati pazienti chirurgici di tutte le specialità con degenza attesa inferiore ai cinque giorni.

Come primo step di ulteriore implementazione del modello risulta fondamentale la strutturazione della day care, attraverso l'evoluzione in forma integrata tra loro dei diversi modelli di ospedalizzazione diurna attualmente già presenti.

RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA NELLA RIORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA SECONDO IL DETTATO DELLE SCHEDE DI DOTAZIONE OSPEDALIERA - REGIONE VENETO. TRA HTA, MANAGEMENT DEL CAMBIAMENTO ED INDICATORI DI PERFORMANCE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE. RIMODULAZIONE DEI POSTI LETTO, DEI PDTA DELLE SPECIALITÀ INTERESSATE E DELLE FUNZIONI

M. Salemi¹, M. De Martin², N. Turbian³, A. Cesca⁴

¹ Dirigente Direzione Medica Ospedaliera; ² Coordinatore inf. Direzione Medica Presidio Ospedaliero;

³ Dir. Servizio Tecnico Aziendale; ⁴ Dir. Servizio Amministrativo Ospedaliero.

Parole chiave: HTA, indicatori di performance sanitarie, management PDTA.

Introduzione: L'applicazione del dettato delle schede di dotazione ospedaliera, emanate dalla Regione Veneto in seguito all'applicazione del dettato del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, ha comportato per l'Ospedale dell'Ulss7, ancora oggi operativo su n. 3 P.O. collocate su sedi diverse, l'occasione per rinnovare i processi funzionali utili a garantire, e migliorare dove possibile, la qualità, l'efficienza e l'umanizzazione dei servizi offerti garantendo oltre all'adeguamento tendenziale del numero dei posti letto previsti (*diminuzione p.l. specialità chirurgiche ed aumento p.l. area medica*) un miglioramento degli indicatori di performance (*indicatori Age.n.a.s., Progetto Bersaglio*) oltre che il raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale.

Dopo aver individuato con chiarezza quali gli obiettivi, si è costituito un board ristretto, con potere decisionale, costituito da sole n. 4 figure professionali diverse, coordinato dalla direzione medica con servizio amministrativo e servizio tecnico. Applicando i moderni strumenti dell'HTA è stata modificata l'organizzazione classica delle attività clinico assistenziali delle singole unità operative interessate, passando da una gestione "autonoma", ciascuna con aree di degenze ed ambulatoriali dedicate a nuovi modelli multidisciplinari ed omogenei.

Tale gruppo ha inoltre organizzato/gestito la:

- presentazione del progetto alle varie figure/anime aziendali con n. 18 specifici incontri;
- creazione di gruppi di progetto, di lavoro e di analisi dati distinti e mirati;
- HTA, l'analisi, la definizione e l'attivazione dei meccanismi di funzionamento del progetto;
- definizione delle "assunzioni di base vincolanti" (organizzativi, strutturali e professionali);
- definizione ed il monitoraggio del *master plan* di progetto;
- governance della *task force*;
- gestione e lo sviluppo delle *focus contesto* di progetto per fasi di attività, con monitoraggio e reporting dell'impatto delle azioni attuate;
- realizzazione di nuove aree di degenza omogenee per intensità di cura di day e week surgery, day service e ricovero ordinario con nuova ricollocazione delle attività assistenziali delle specialità interessate;
- revisione dei flussi pazienti con realizzazione di nuovi e specifici PDTA;
- ricollocazione del personale (dirigenti medici, personale di comparto, ecc);

Quanto sopra applicando sia modelli organizzativi presenti in letteratura sia nuovi modelli/cruscotti di reporting personalizzati con particolare attenzione all'analisi dell'impatto dei nuovi *setting assistenziali* alla luce del *performance measurement* riassumibili nelle due principali categorie dell'*effort substitution* e del *gaming*.

Risultati: Ad oggi si è registrato:

- ottimizzazione del tasso di occupazione per i ricoveri alla soglia del 90 % con degenza media non superiore a i 6 giorni;
- sviluppo di modelli organizzativi innovativi per le degenze di day/week surgery e day service. Un particolare focus ha interessato l'area chirurgica con maggiore impatto per le per le UU.OO. di Oto-

rinolaringoiatria, Ortopedia, Chirurgia, Ginecologia, Senologia interessate da un'importante riduzione dei posti letto;

- una novità organizzativa ulteriore ha interessato l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia che ha visto distinguere in due presidi ospedalieri diversi le attività specialistiche con distinzione dell'attività in emergenza urgenza traumatologica per acuti in un P.O., incorporando l'attività programmabile di ortopedia protesica in un'altro P.O.;
- crescente attenzione alla accountability delle performance;
- significative *differenze* % su molti indicatori (es; aumento % indice di tur over, tasso occupazione posti letto effettivo, peso medio DRG trattati, degenza media, aumento del numero di prestazioni in day e week surgery, ecc.);
- risparmio economico rispetto all'atteso con ottimizzazione delle risorse umane e dei percorsi amministrativo-contabili;
- migliore umanizzazione dell'intera filiera assistenziale con maggiore coinvolgimento degli operatori;
- *aumento iniziale della conflittualità*, tra la componente medica, all'interno di una U.O.;
- *maggior resistenza al cambiamento per la componente medica rispetto a quella infermieristica.*

Per quanto sopra pur considerando i dati ad oggi in nostro possesso positivi, utili a validare materiali e metodi utilizzati ai fini della riorganizzazione, vista la durata a tendere del progetto iniziato nel 2012 con attuazione finale prevista per il dicembre 2015, altri risultati dettagliati potranno essere presentati in sede congressuale.

LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DELL'OSPEDALE: IL PATIENT FLOW MANAGEMENT

R. Sfogliarini¹, M.L. Sinatra², G. Melilli³, S. Lunghi³

¹ Direttore medico; ² Dirigente medico; ³ Flussi Inf sanitari - Direzione Medica di Presidio, AO "Ospedale Maggiore" di Crema - Regione Lombardia

Parole chiave: sovraffollamento, patient flow management

Introduzione: Alti livelli di efficienza dell'Ospedale (riduzione posti letto, incremento del Tasso di occupazione e gestione flessibile del p.l.) si accompagnano a fenomeni crescenti di sovraffollamento. È necessario implementare azioni di Patient Flow management: complesso delle attività di gestione del presidio ospedaliero che ha come obiettivo la salvaguardia delle attività di emergenza ed urgenza e di attività elettiva; comprende la gestione dell'accesso al DEA, le relazioni con la Rete dell'Emergenza-Urgenza, l'accesso e la degenza nei Reparti, le relazioni con i servizi, il governo del ricovero, la gestione delle dimissioni ed i rapporti col territorio.

- 1) Revisione bibliografica;
- 2) Analisi nel periodo ott-febbr. e febbr-mag 2014-15 dei seguenti fattori: a) fabbisogno di p.l. minimo, massimo e mediano per acuti per aree medica e chirurgica e delta con la disponibilità di p.l. effettivi ed organizzativamente disponibili; b) ricoveri dal DEA e per attività programmata; c) verifica gestione del percorso del pz in PS; d) analisi dei frequent users; e) equilibrio accessi/dimissioni; f) trend degenze medie per area e per drg; g) stima gg perse in attesa di trasferimenti e dimissioni; h) tasso di riammissioni in PS e H; i) trend accessi over 65aa; l) tempi di risposta dei servizi diagnostici; m) pianificazione delle valutazioni e rivalutazioni del pz e delle dimissioni; n) trend tipologia di dimissione e mortalità intraospedaliera; o) revisione sistema informativo di gestione dei p.l. e di gestione flessibile dei p.l.;
- 3) Individuazione di aree di intervento fattibili.

Risultati: Dalla analisi e valutazione del fenomeno emerge che:

- 1) Ospedale sottodimensionato per il bacino di utenza: il tasso di pl è pari a 2 pl /1000 ab (std 3);
- 2) H efficiente: T.O. annuo: Area critica 80%-medica 90% -chirurgica 75% -Ostetrica 87% -Riabilitativa 100%, SubAcuti 100%; picchi del TO del 100% dei posti letto di area medica e chirurgica;
- 3) Significativo incremento di: ricoveri per fascia di età avanzata, mortalità intraospedaliera e degenza media in genn-febbr.;
- 4) Trend in aumento costante dei ricoveri dal DEA: 60% sul totale;
- 5) Riduzione critica del gap fra p.l. disponibili (aree medica-chirurgica) e ricoverati pur attuando i meccanismi di flessibilità con raggiungimento della saturazione massima;
- 6) Indisponibilità servizi territoriali 7 gg su 7.

AZIONI e risultati al 30.8.15:

- 1) Declinazione negli obiettivi di budget delle azioni individuate: fatto;
- 2) Sostituzione S.I. per gestione p.l.: in corso;
- 3) Piano di gestione del sovraffollamento in P.Soccorso: redatto, approvato da Asl ed Areu ed applicato;
- 4) attivazioni di percorsi di rivalutazione fast-track in dimissione dal PS per ridurre il ricovero: attuato;
- 5) gestione proattiva del pz con scompenso: attivata;
- 6) Tempi massimi di risposta servizi diagnostici entro 48h nel 100% casi: TC nel 100% dei pz; RMN nel 70%;
- 7) Riserva di posti presso le Riabilitazioni e le Sub Acute (obiettivo: t. max attesa 3 gg): t. medio attesa 2,5 gg;
- 8) Riduzione degenza media Sub Acute: da 29 gg a 25 gg;
- 9) Determinato il fabbisogno mediano giornaliero di posti letto per UUOO per ricoveri dal DEA e programmati: in corso applicazione;
- 10) Redatte regole organizzative di continuità assistenziale del paziente in appoggio extradipartimentale: applicazione in corso, parzialmente soddisfacente;
- 11) Ricettività dei servizi extraospedalieri: insufficiente;
- 12) Avvio di percorsi di gestione proattiva del paziente domiciliare: in sperimentazione.

I CONTROLLI SULL'APPROPRIATEZZA COME CHIAVE DEL CAMBIAMENTO: U.O DI NEUROLOGIA - AUSL PARMA

F. Spagnoli¹, M.C. Aliani², M. Ferrari³, P. Camia¹, E. Montanari⁴, C. Signorelli⁵, L. Marchesi⁶, E. Brianti⁷

¹ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali- Unità di Sanità Pubblica, Parma; ² Direttore Medico, Direzione Medica, Ospedale di Fidenza, AUSL Parma; ³ Dirigente Medico, Direzione Medica, Ospedale di Fidenza, AUSL Parma; ⁴ Direttore Dipartimento Medico Presidio Ospedaliero Aziendale e Direttore dell'Unità Operativa di Neurologia, Ospedale di Fidenza, AUSL Parma; ⁵ Direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali- Unità di Sanità Pubblica, Parma; ⁶ Presidente Società Italiana Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica; ⁷ Direttore Sanitario, AUSL Parma

Parole chiave: controlli, DRG, appropriatezza

Introduzione: L'Azienda Sanitaria Locale è al centro del sistema dei controlli sulle prestazioni sanitarie erogate: ne è il soggetto operativo ed anche il primo regolatore. I controlli sui ricoveri ospedalieri valutano: completezza e qualità della cartella clinica, congruità (corrispondenza tra le variabili amministrative e sanitarie nella SDO e cartella), appropriatezza organizzativa (livello assistenziale di erogazione delle prestazioni più adeguato) e clinica (miglioramento della qualità assistenziale). Con la DGR 354 del 2012, sono state definite le linee di indirizzo circa i controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna (RER). Il nostro studio si propone, partendo dagli esiti dei controlli di appropriatezza effettuati sui ricoveri ordinari presso U.O di Neurologia dell'Ospedale di Fidenza-AUSL Parma, di analizzare elementi migliorativi in ordine agli aspetti organizzativi ed operativi.

Materiali e Metodi: Sono stati utilizzati gli esiti dei controlli effettuati dal Nucleo Aziendale Controlli al fine ad assicurare per ogni erogatore un verifica analitica annua di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO, come previsto dalla normativa vigente. Si è proceduto alla comparazione nell'U.O di Neurologia del numero di ricoveri ordinari con DRG compresi nell'elenco dei potenzialmente inappropriati (p.i), come stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, relativi agli anni 2012, 2013, 2014 e primo semestre 2015 ed all'analisi contestuale sia dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) introdotti e/o implementati, che delle istruzioni operative per l'attività ambulatoriale.

Risultati: Nel 2012 su un totale di 594 pz dimessi dall'U.O di Neurologia, i DRG p.i erano il 24% del totale, diminuiti nel 2013 (21, 4%, tot. DRG 598), 2014 (20, 5%, tot. DRG 597) e nel primo semestre 2015 (16, 9%, tot. DRG. 272). Tale trend si comprende considerando diversi aspetti: istituzione di Day service (DS), di percorsi semplici e sistematicità dei controlli sull'appropriatezza che hanno permesso il trasferimento di attività in regime ambulatoriale. L'avvio dei DS di Sclerosi Multipla (SM) e di Malattie Neuromuscolari (MN) (2014), modelli di assistenza specialistica ambulatoriale complessa, è stato previsto dai PDTA concordati con i professionisti del settore e revisionati negli ultimi 5 anni. Il loro successo si evince dal numero accresciuto degli accessi, passati dal 2012 al 2014 rispettivamente da 121 a 160, per DS SM, con un ulteriore incremento nel primo semestre 2015. Stesso trend in aumento si riscontra per DS MN (39 pz nel 2014 vs 31 solo nel primo semestre 2015). Si sottolinea anche l'introduzione a Maggio 2013 del percorso di terapia infusiva di immunoglobuline e sostanze terapeutiche, il numero di pz ambulatoriali è quasi raddoppiato dal 2013 al 2014, passando da 453 a 801. Le istruzioni operative introdotte per migliorare la gestione delle attività ambulatoriali hanno supportato il processo, facendo registrare un aumento degli accessi (per i potenziali evocati da 294 pz a 357 e per centro prelievi neurologico da 94 pz a 190 negli anni 2013-2014). Si comprende quindi che, l'uso più efficiente di risorse ed i controlli sull'appropriatezza, abbiano migliorato l'appropriatezza organizzativa, riducendo il tasso di ospedalizzazione e permettendo il trasferimento di attività dal regime di ricovero ordinario ad un modello assistenziale alternativo di tipo ambulatoriale.

DAL POSTO LETTO FLESSIBILE AL REPARTO TRADIZIONALE: LA VISIONE DEL CLINICO NELL'IRCCS POLICLINICO SAN DONATO (PSD)

V. Villa¹, M.T. Cuppone¹, G. Campioni², A. D'Acquisto¹, F. Ramondetti¹, G. Gallo³, L. Carpinelli¹

¹ Medici Direzione Sanitaria IRCCS Policlinico San Donato

² Psicologo IRCCS Policlinico San Donato

³ Responsabile Sistema di Gestione per la Qualità IRCCS Policlinico San Donato

Parole chiave: organizzazione sanitaria, intensità di cura, posti letto

Introduzione: A seguito del mutato contesto epidemiologico e finanziario, gli ospedali hanno modificato la gestione dei posti letto implementando nuovi modelli come l'organizzazione per Aree Omogenee dove in un unico spazio o reparto vi è l'accorpamento di specialità ad uguale intensità assistenziale. Il PSD già da diversi anni ha promosso un sistema di occupazione dei posti a "fisarmonica" ovvero non garantendo letti a ciascuna specialità ma occupandoli sulla base delle tipologie cliniche in entrata soprattutto dal Pronto Soccorso. Tuttavia, a causa di un numero sempre crescente di malati internistici e delle rimostranze del personale sanitario, si è optato per un ritorno alla struttura classica del Reparto di Medicina Generale: questo studio ha lo scopo di comparare l'efficienza dei due modelli e la valutazione dei clinici.

Lo studio retrospettivo è stato condotto dalla Direzione Sanitaria in collaborazione con la psicologia clinica del PSD nell'U.O. di Medicina Generale/Pneumologia su tutte le degenze ordinarie.

Inoltre ogni medico afferente a tale UO ha risposto ad un questionario di soddisfazione composto da due domande aperte e cinque con risposta chiusa da 0 (insoddisfatto) a 5 (molto soddisfatto).

I periodi in esame sono: Aprile-Agosto 2014 per il modello "Aree Omogenee" e Aprile-Agosto 2015 per il "Reparto".

Sono stati confrontati il numero di letti occupati quotidianamente, la mediana della lunghezza della degenza, la mediana dei giorni di attesa in Pronto soccorso prima del ricovero e il grado di soddisfazione medio dei clinici.

Risultati: Lo studio ha esaminato 437 ricoveri nel 2014 e 533 nel 2015.

La mediana dei giorni di attesa in PS prima del ricovero non ha subito variazioni attestandosi a 1 giorno sia per i 426 pazienti del 2014 che per i 517 del 2015.

L'occupazione quotidiana dei posti letto è rappresentata nel grafico 1 (media 2014=43,7; media 2015=41,2). La mediana della lunghezza della degenza non ha differenze significative tra i due modelli.

Il 100% dei 16 medici afferenti all'unità ha risposto al questionario con un grado di soddisfazione medio pari a 4,7 per il modello del Reparto tradizionale. Hanno sottolineato una minor dispersione d'energie (69%), un'ottimizzazione del lavoro (56%), un miglior rapporto con il personale infermieristico (44%), un aumento del tempo dedicato al paziente (31,3) e l'omogeneizzazione delle cure (19%).

Mediana LOS	2014	2015
Aprile	7.5	7.5
Maggio	9	9
Giugno	10	9
Luglio	9	9
Agosto	8	8
0-6 giorni	5	5
7-13 giorni	10	9
14-21 giorni	18	17

MONITORAGGIO DELLE CADUTE DEI PAZIENTI PRESSO L'OSPEDALE MONALDI DELL'AO DEI COLLI DI NAPOLI

L. Vittorioso¹, G. Saggiocco², E. Raiola³, E. Bamonte², L. Pagano⁵, A. Rispo⁶, M. Malinconico⁷, M.V. Diana⁸, M.C. Boccia⁹, A. Bernardo⁹, G. Longo⁴, N. Silvestri¹⁰, A. Giordano¹¹

¹ Medico specialista ambulatoriale – Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi

² Dirigente Medico – Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi

³ Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva – Direzione Sanitaria Ospedale Monaldi

⁴ Direttore Sanitario – Ospedale Monaldi

⁵ Infermiera epidemiologa – Direzione Infermieristica Azienda Ospedaliera Specialistica dei Colli

⁶ Dirigente ff Servizio Infermieristico e Tecnico – Azienda Ospedaliera Specialistica dei Colli

⁷ Responsabile Ufficio Infermieristico – Ospedale Monaldi

⁸ Medico specialista ambulatoriale – Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Specialistica dei Colli

⁹ Dirigente Medico – Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Specialistica dei Colli

¹⁰ Direttore Sanitario – Azienda Ospedaliera Specialistica dei Colli

¹¹ Direttore Generale – Azienda Ospedaliera Specialistica dei Colli

Parole chiave: caduta del paziente, indicatore di sicurezza, qualità assistenza

Introduzione: La caduta del paziente ospedalizzato rappresenta una tematica rilevante, come dimostrano l'allerta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e la scelta dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico e dell'Agency for Health Research and Quality di includerla tra gli indicatori di sicurezza. È un problema significativo sia per le conseguenze per il paziente, che per la valenza fortemente negativa in termini di qualità dell'assistenza.

Secondo alcuni studi italiani la percentuale delle cadute, calcolata sul totale dei ricoveri ospedalieri, oscilla tra 0,4% ed 1,2%, se si considerano esclusivamente pazienti geriatrici, e contribuisce ad aumentare la spesa sociale e sanitaria.

La rilevanza del fenomeno ha spinto il Ministero della Salute a redigere un protocollo di prevenzione, gestione e monitoraggio delle cadute, considerando la morte ed i gravi danni ad esse conseguenti come *eventi sentinella*. Nel V Rapporto di monitoraggio questi ultimi risultano al primo posto della graduatoria degli eventi segnalati tra il 2005 ed il 2012 in Italia e, in particolare, in Campania.

In tale scenario l'Ospedale Monaldi dell'AO dei Colli di Napoli ha redatto ed implementato una procedura per la prevenzione delle cadute dei degenti che prevede, tra l'altro, la valutazione del grado di rischio di caduta con l'ausilio della scala di Conley al momento del ricovero del paziente nelle varie unità operative di degenza ed ogniqualvolta le sue condizioni cliniche si modificano, oltre alla consegna di un opuscolo informativo al paziente e a chi lo assiste. Tale procedura è supportata da un sistema di segnalazione delle cadute, fondamentale per il monitoraggio delle misure preventive attuate.

Risultati: Dal monitoraggio delle segnalazioni di cadute occorse nell'arco del 2014 (tabella 1) si rileva un quadro in linea con quello nazionale, dal quale si evince che la maggioranza dei pazienti coinvolti è di sesso maschile ed ultrasettantenne e che l'evento si verifica soprattutto durante le ore notturne all'interno della stanza di degenza, scivolando sul pavimento asciutto nel tentativo di scendere dal letto. I traumi conseguenti ad esse sono maggiori nel 20% dei casi e minori per il restante 80%; non si è mai verificato l'exitus del paziente.

Conclusioni: La valutazione del rischio di caduta appare rivestire, dunque, un ruolo di primaria importanza ed essere legata in modo significativo al successo dei programmi di prevenzione.

Tabella 1. Risultati del monitoraggio delle cadute dei degenti presso l'Ospedale Monaldi nel 2014.

GENERE	maschi	60%
	femmine	40%
ETÀ	<70 anni	-
	70-80 anni	80%
	>80 anni	20%
MODALITÀ DELLA CADUTA	dalla posizione eretta	12,5%
	seduto sulla seggiola	12,5%
	seduto sul letto	-
	dal letto	-
	dal letto con sponde	25%
	mentre scendeva dal letto	50%
	mentre saliva sul letto	-
MOTIVO DELLA CADUTA	altro	-
	perdita di forza	12,5%
	perdita di equilibrio	-
	perdita di coscienza	-
	ostacolo alla marcia	12,5%
	scivolamento su pavimento asciutto	50%
	scivolamento su pavimento bagnato	-
	ignoto	12,5%
altro	12,5%	
CONSEGUENZE DELLA CADUTA	trauma minore	80%
	trauma maggiore	20%
	morte	-
LUOGO DELLA CADUTA	stanza di degenza	75%
	bagno	12,5%
	altro	12,5%
FASCIA ORARIA DI ACCADIMENTO	8,00 - 14,00	12,5%
	14,00 - 21,00	25%
	21,00 - 8,00	62,5%