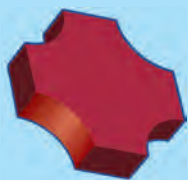


L'OSPEDALE

TRIMESTRALE DI IGIENE, TECNOLOGIA, MANAGEMENT
DEGLI OSPEDALI E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI



ANMDO

associazione nazionale medici direzioni ospedaliere

Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

postatarget
magazine

DCOOS3399
NAZ/185/2008

Posteitaliane

N° 1/11

ETICA PROFESSIONALE

La difesa della riservatezza dei dati nel mondo della Sanità: burocrazia o etica professionale?

ORGANIZZAZIONE

Le conoscenze tecnico-scientifiche per supportare le scelte gestionali

ORGANIZZAZIONE

Il ruolo della Direzione Medica Ospedaliera (DMO) nella sostenibilità ambientale

PREMIAZIONE ANMDO

Policlinico San Donato IRCCS:
"L'Ospedale per Intensità di Cure"
21 gennaio 2011

TECNOLOGIA

L'Health Technology Assessment nell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino: un anno di attività per promuovere la valutazione ragionata delle tecnologie sanitarie

INFORMATICA

Un self service della conoscenza a portata di mouse: il Centro di documentazione biomedica del Niguarda di Milano

INFORMATICA

L'informatica ed il management basato sui dati

NORMATIVA

Implementazione della raccomandazione ministeriale n.3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura: esperienza dell'azienda ulss 18 di rovigò

ORIZZONTI



EDICOM

info@gsanews.it • www.gsanews.it

Servizi Ospedalieri

Partnership per l'eccellenza



Servizi Ospedalieri S.p.A
Via Calvino 33 - 44122 Ferrara
www.serviziospedalieri.it

Una barriera contro le infezioni.



ideogramma.it

Anche una sola infezione è una di troppo.

I prodotti più efficaci e le tecnologie più avanzate: questo è il nostro modo per garantire la massima sicurezza, in ogni momento e durante qualsiasi procedura, all'interno dell'ambiente ospedaliero. Il nuovo Vicryl Plus a prova di colonizzazione batterica e l'innovativa ASP GLOSAIR 400 per la decontaminazione degli ambienti e delle superfici. I vostri pazienti meritano il meglio.



ASP
GLOSAIR™ 400
ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS
a **Johnson & Johnson** company



ETHICON
a **Johnson & Johnson** company

Coated
VICRYL*
PLUS

Antibacterial
(polyglactin 910)
Suture





SO.TR.A.F.
DI MARGUATI & C. s.r.l.



**Pulizia,
Sanificazione
e Servizi di Facility**
per il settore ospedaliero

Sotraf s.r.l.

Sede Legale ed Amministrativa: via Anselmi, 15 - 15057 - Tortona (AL)
Tel 0131 861028/821590 - Fax 0131 821574

Filiale: Scalo Ferroviario, Via Marconi - 27058 - Voghera (PV)
Tel/Fax 0383 41939

Filiale: Via Damiano Chiesa, 16 - 27100 - Pavia
Tel/Fax 0382 303193

sotraf@sotraf.it
www.sotraf.it



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 64 - Numero 1 - gennaio-marzo 2011

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità

EDICOM s.r.l.
Sede legale: via Zavanasco, 2
20084 Lachiarella (MI)
Sede operativa:
Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano
tel. 02 70 63 36 94 - 70 60 21 06
fax 02 70 63 34 29
e-mail: info@gsanews.it - www.gsanews.it

Direttore responsabile: Giovanna Serrano

Direttore editoriale: G. Finzi

Segreteria scientifica: U.L. Aparo

Comitato di direzione: U.L. Aparo, A. Appicciafuoco, S. Brusafiero, V. Castaldo, G. Dal Pozzolo, C. Del Giudice, A.A. De Stefano, C. Di Falco, B. Falzea, K. Kob, U. Podner Komarony, R. Li Donni, A. Marcolongo, A. Battista, G. Paladino, G. Pelissero, S. Pili, A. Pellicano, R. Predonzani, A. Rampa, G. Schirripa, D. Stalteri, M.A. Vantaggiato

Comitato di redazione: U.L. Aparo, K. Kob, C. Catananti, C. Ponzetti, S. Brusafiero

Abbonamenti
italia annuo € 31,00
europa
paesi extra europei € 103,00
Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

Fotolito e stampa:
T&T STUDIO - MILANO
VELAWEB - binasco (mi)

Autorizzazione del tribunale di Milano n°264 del 04/05/2001.

La pubblicità non supera il 45% del numero delle pagine di ciascun fascicolo della rivista.

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

Testata volutamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento C.S.S.T. Certificazione Stampa Specializzata Tecnica per il periodo: 01/01/2007 - 31/12/2007

Tiratura media: N. 5.000 copie

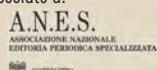
Diffusione media: N. 4.813 copie

Certificato CSST N.2010-2085 del 31 Gennaio 2011

Società di Revisione: METODO

Tiratura del presente numero: 5.000 copie

associato a:



“Ai sensi dell’art. 2 comma 2 del codice di deontologia relativo al trattamento dei dati personali nell’esercizio dell’attività giornalistica, si rende nota l’esistenza di una banca-dati personali di uso redazionale presso la sede di Via Alfonso Corti, 28 - Milano. Gli interessati potranno rivolgersi al responsabile del trattamento dei dati sig. ra Barbara Amoruso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dal D.lgs 196/2003”



In copertina:
Ospedale del Ceppo di Pistoia

La difesa della riservatezza dei dati nel mondo della Sanità: burocrazia o etica professionale?

Paolo Piergentili, Ugo Luigi Aparo, Andrea Aparo

8

Le conoscenze tecnico-scientifiche per supportare le scelte gestionali

Stefano Reggiani

10

Il ruolo della Direzione Medica Ospedaliera (DMO) nella sostenibilità ambientale

Paola M. Antonioni

16

Policlinico San Donato IRCCS: “L’Ospedale per Intensità di Cure” 21 gennaio 2011

22

L’Health Technology Assessment nell’Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino: un anno di attività per promuovere la valutazione ragionata delle tecnologie sanitarie

Arianna Vitale, Silvio Falco, Iolanda Vigna, Barbara Mitola, Silvia Torrenco, Annalisa Gasco, Carmen Siani, Alberto Magnetti, Piero Armano, Michele Stasi, Graziella Costamagna, Paola Malvasio

34

Un self service della conoscenza a portata di mouse: il Centro di documentazione biomedica del Niguarda di Milano

Elisabetta Masturzo, Roberto Cosentina, Gianfranco De Gregoris, Claudio Minella, Gloria Innocenti, Carlo Nicora

42

L’informatica ed il management basato sui dati

Ivano Preseglio

46

Implementazione della raccomandazione ministeriale n.3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura: esperienza dell’azienda Ulss 18 di Rovigo

Maria Alessandra Ravasi, Marzia Milan, Raffaella Marchetto, Lina Canale, Paolo Ligato, Francesca Rossi, Silvia Pierotti

54

ORIZZONTI

63

Leader mondiale nella Ristorazione collettiva

presenta

la sua divisione per i servizi integrati:

Fatturato annuo di 13 miliardi di Euro, 388.000 dipendenti diretti in 55 paesi



**Eurest
Services**

**Pulizie Civili e Industriali
Facility Management**

Pulizia e sanificazione | Pulizie tecniche impianti (criogenica) | Gestione rifiuti
Disinfestazioni e derattizzazioni | Facchinaggio e traslochi | Logistica gestionale
Portierato e reception | Vigilanza non armata | Gestione aree verdi | Servizi alberghieri
Lavanderia | Servizi di postalizzazione | Manutenzioni impianti tecnologici
Servizi generali per uffici | Gestione archivi cartacei e elettronici



Leadership Eccellenza Responsabilità
Competenza al vostro servizio!

IN EVIDENZA NELLA SANITÀ



PADANA EVEREST

detergenza tessile

I SERVIZI:

- Noleggio e gestione biancheria.
- Noleggio e gestione abiti sanitari.
- Noleggio e gestione set sterili chirurgici in tessuti tecnici riutilizzabili (T.T.R.).
- Noleggio e ricondizionamento di materassi e guanciali.
- Disinfezione e sanificazione dei dispositivi a noleggio.
- Sterilizzazione dei dispositivi a noleggio.
- Gestione del guardaroba con logistica integrata.
- Gestione di centrali di sterilizzazione per la committenza, anche con progettazione e realizzazione.
- Ricondizionamento e sterilizzazione strumentario chirurgico.

In tutta sicurezza curiamo la qualità e pensiamo all'ambiente:

UNI EN ISO 9001 – UNI EN ISO 13485 / UNI EN ISO 14001 / BS OHSAS 18001 / UNI EN 14065 / Marcatura CE DIR. 93/42 EEC

Servizio clienti: Travagliato (Bs) - tel. 030 6869311 - fax 030 660507 - sanita@padanaeverest.it - www.padanaeverest.it

La difesa della riservatezza dei dati nel mondo della Sanità: burocrazia o etica professionale?

Riassunto

È corretto il modo con cui è stato deciso di dare attuazione alla difesa della riservatezza dei dati nella Sanità italiana?

Paolo Piergentili*, **Ugo Luigi Aparo****, **Andrea Aparo*****

* *Direttore Sanitario Ospedale di Noale, Ulss13 Mirano (Venezia)*

** *Direttore Sanitario Istituto Dermatologico dell'Immacolata - IRCCS Roma*

*** *Professore di Strategic Management Sapienza Università di Roma*

INTRODUZIONE

Il mondo della sanità non ha una storia cristallina quando si parla di difesa della riservatezza delle informazioni dei pazienti. Sebbene il concetto di segreto professionale sia nato, si può dire, con le professioni stesse (almeno la moderna professione sanitaria), nell'attività di tutti i giorni, fino a qualche anno fa, il rispetto della riservatezza non riceveva l'attenzione che gli era certamente dovuta. Nulla di trascendentale, per carità, cose spicciolate, come per esempio parlare in uno spazio pubblico a voce alta con un paziente dei suoi malanni; una superficialità nella custodia dei documenti sanitari o cose del genere. Una scarsa attenzione che forse rispecchia un atteggiamento abbastanza diffuso fra gli Italiani di non dare attenzione a leggi, disposizioni, norme, decreti attuativi e cose simili. Basti pensare a come sia passata sotto silenzio la norma, emanata ormai più di 20 anni fa, che stabilisce che il codice fiscale venga utilizzato anche come codice sanitario dei cittadini. In altri Paesi questo provvedimento non sarebbe passato così in sordina, praticamente senza nessun dibattito. L'era informatica ha creato nuovi problemi e nuove

occasioni di trascuratezza nella difesa del diritto alla riservatezza avendo prodotto montagne di dati sensibili facilmente accessibili e manipolabili. Sotto la spinta di un dibattito europeo, più che italiano, è dunque certamente un bene che il Parlamento abbia ritenuto di emanare norme di tutela.

LA STRADA INTRAPRESA

Qui, ahinoi, si esaurisce la parte positiva della questione, perché la via scelta per tradurre in pratica i giusti principi affermati non si può dire sia stata delle più felici. Da bravi italiani, infatti, abbiamo scelto la via burocratica. Si è costituita una struttura (il Garante) che altro non è che una burocrazia. Per carità, vi lavorano certamente persone degnissime (solo per fare un nome Stefano Rodotà, il fondatore, persona di valore e qualità indiscusse). Però anche i migliori soccombono quando un apparato si mette in marcia. Si sa, una burocrazia deve produrre atti e procedure per giustificare il fatto di esistere. Infatti la cosa più tangibile che Garante e normativa hanno prodotto per tutti noi è una sfilza di moduli da compilare per ogni cosa che si fa. Parliamo dell'autorizzazione al trattamento dei

dati. Dovete aprire un conto corrente? Allora dovete autorizzare la banca a gestire i vostri dati personali. Il che è ovviamente una sciocchezza. Se per qualche motivo non la autorizzate, la banca, come potrebbe aprirvelo, questo conto? Rispondete a una domanda di lavoro? Allora dovete autorizzare l'azienda che potrebbe assumervi a leggere il vostro Curriculum Vitae. Siamo fuori dai limiti della ragione o della decenza. Montagne di scartoffie. Quanta carta! Quanti alberi sono stati tagliati per ottemperare alla legge sulla privacy? Non ci si rende conto a volte quanto spreco si crei creando procedure. Anche perché, come tutti sappiamo, non è certo quello che ci salva dalla diffusione del nostro indirizzo e dal ricevere valanghe di pubblicità cartacea o, peggio, via e-mail. Per non parlare degli obblighi procedurali di notifica, di registro, conservazione atti e altro ancora che affogano chi possiede o gestisce banche dati. Di nuovo perdite di tempo, costi, sprechi.

DISCUSSIONE

In sanità il tutto è ancora più ridicolo ma anche più tragico. Il medico di famiglia è una delle figure più popolari del mondo sanitario, molto spesso a ragione. Prendiamo i medici di famiglia. Uno si sceglie un medico di famiglia perché si fida di lui. Ebbene, il Garante ha stabilito che egli deve chiedere e ottenere dall'assistito che lo sceglie la famosa autorizzazione al trattamento dei dati, che in questo caso sono anche sensibili, contengono cioè informazioni particolarmente delicate perché relative alla salute. Qualcuno

**PAROLE CHIAVE:**

Burocrazia, etica professionale, privacy

magari ha patologie di cui ci si vergogna, come malattie mentali, o l'AIDS, ma nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di malattie cui non è associata alcuna vergogna: ipertensione, malattie degenerative, magari una semplice bronchite asmatica. Perché dunque questa sciocchezza? Se vado da un medico è ovvio che gli devo dire tutto. Altrimenti che ci vado a fare? E allora a che serve firmare moduli? L'autorizzazione a conoscere tutto di me è implicita nella scelta di fidarmi di lui. Oppure, in caso di ricovero, cosa dovete firmare? L'autorizzazione al trattamento dei dati, ovvio. Come se fosse possibile curarvi senza conoscere tutto di voi. Ci sono però implicazioni ulteriori, gestionali. Uno dei requisiti essenziali per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie è la circolazione delle informazioni. Un medico di famiglia, per esempio, dovrebbe conoscere per filo e per segno la storia dei suoi assistiti: quali analisi fanno, se vanno in ospedale, le diagnosi emesse. I percorsi delle persone che assistono, specie nelle grandi città, sono complessi, e non sempre egli viene a conoscenza di tutto. Per esempio, se una persona, magari anziana e con gravi problemi, viene visitata di notte dalla guardia medica, non sarebbe importante che il suo medico ne fosse prontamente informato la mattina? Con le moderne tecnologie informatiche questo è possibile e facile. Una cosa si mette di mezzo: la privacy. Perché il medico di famiglia venga informato su prestazioni o fatti che accadono ai suoi assistiti fuori dal suo studio, bisogna che questi ultimi diano il loro consenso. Quando il medico di guardia medica arriva a casa

vostra, alle 3 di notte e vi cura, poi dovrebbe sottoporvi il modulo d'autorizzazione alla trasmissione dei dati al vostro medico di famiglia. Magari il paziente è una persona anziana che vive con la moglie anziana, o solo, e potrebbe non avere molto chiaro cosa questo significhi. Ed è il caso nel quale la comunicazione delle informazioni sarebbe più importante. Oppure, per esempio, un'azienda sanitaria che stia organizzando un sistema di refertazione via web delle analisi di laboratorio (cosa comodissima, come si può immaginare, dato che evita a chi ha fatto l'analisi di doversi andare a prendere la risposta) deve chiedere per iscritto a ogni persona se accetta che il referto venga inviato al suo medico di famiglia (che è poi quello che ha chiesto l'analisi), far firmare il solito modulo e poi mettere un flag nel sistema informatico, producendo comunque carta (con relativi problemi di archiviazione, tempo, costi). Su questo poi vengono costruite sovrastrutture burocratico-tecnologiche complesse e di dubbia efficienza. Solo per fare un esempio, la Regione Friuli Venezia Giulia per risolvere questo problema ha dovuto costruire un complesso sistema basato sulle tessere TEAM (quella nuova con il codice fiscale) che vanno attivate ad uno sportello, con relativa autorizzazione al trattamento dei dati, di persona e senza possibilità di delegare qualcuno a farlo (pensate agli allettati), con relativo apparato organizzativo, infrastruttura hardware e software, insomma, una complicata e costosa architettura informatica che rende felici solo gli ingegneri, i consulenti ed i fornitori che devono realizzarla.

CONCLUSIONI

Eppure soluzioni alternative ci sarebbero, e sono semplicissime. Invece dell'approccio burocratico basterebbe adottare l'approccio professionale. Niente moduli né autorizzazioni. Basterebbe affermare il principio che la scelta di un medico o di una struttura sanitaria implicitamente li autorizza a conoscere i dati del paziente ed a farli circolare fra le strutture (molte) che si prendono cura di lui. Basta affidarsi al sano principio deontologico della tutela del segreto professionale e punire (severamente) chi per noncuranza, trascuratezza o, peggio, dolo, viola tale principio. Insomma, invertire il principio. Io non devo riempire moduli per autorizzare chi ne ha bisogno a conoscere tutto quello che gli serve per curarmi meglio, ma devo certamente poter negare a chi non voglio l'accesso alle informazioni che mi riguardano. Si potrebbero così sviluppare sistemi informatici semplici, capaci di fornire un valido supporto al lavoro dei medici e di grande aiuto pratico a chi usufruisce dei servizi sanitari. Attenzione: non stiamo qui parlando di rendere pubbliche informazioni sulla malattia di questa o quella persona, ma di rendere semplice la circolazione di informazioni utili fra professionisti, che è un aspetto essenziale del processo assistenziale. Ai malati del baraccone burocratico proprio non importa nulla. Fatta eccezione forse per l'AIDS o l'interruzione volontaria di gravidanza, e poco altro, i malati (e chi è a contatto con loro quotidianamente sa quanto questo sia vero) ben accettano che le informazioni sanitarie che li concernono circolino fra coloro che hanno scelto per farsi aiutare. Se il loro medico riceve d'ufficio l'informazione che è stato ricoverato, non se ne adombrano affatto, visto che è il loro medico e che comunque glielo direbbero tranquillamente alla prima occasione. Serve solo del buon senso e senso di responsabilità. I moduli non servono. Gli alberi sentitamente ringraziano.

Le conoscenze tecnico-scientifiche per supportare le scelte gestionali

Riassunto

Oggi, a chiunque, a qualsiasi titolo, deve assumere decisioni in ambito sanitario, viene richiesto di descrivere le basi scientifiche sulle quali si fondano le decisioni che assume. Ogni decisione deve quindi basarsi sulla sistematica valutazione della migliore evidenza scientifica al momento esistente.

Un decisore, o meglio un "policy-maker", deve essere, pertanto, capace di valutare la qualità delle prove di efficacia esistenti e deve appurare se i risultati delle ricerche svolte in campo sanitario in termini di politica sanitaria, di modelli organizzativi, di strumenti gestionali, di pratica clinica, possano o meno essere applicati alle specifiche tipologie di organizzazioni che offrono servizi assistenziali. Deve, inoltre, sempre esaminare quale sia l'evidenza scientifica di ciò che viene proposto, cercare se esistano altre evidenze, stimare la qualità dell'evidenza della ricerca nonché gli effetti, positivi e negativi, che le eventuali innovazioni adottate possono causare.

Da qualche tempo, un po' più sistematicamente e formalmente che nel passato, questi singoli "pezzi di evidenza" che derivano da ricerche "primarie", vengono riutilizzati da una serie di altre "discipline", come il decision-making, il Technology Assessment, ecc., che utilizzano il meglio di quanto disponibile al fine di riorganizzare le conoscenze per migliorare i processi decisionali. In particolare "l'Health Technology Assessment" cerca di coniugare la complessa attività di ricerca con la necessità di orientare e supportare le scelte di politica sanitaria.

sulla reale capacità di trasferire in ambito clinico le conoscenze e le innovazioni della ricerca biomedica in grado di cambiare sostanzialmente il management del paziente. In attesa di nuove scoperte dalla ricerca di base e pre-clinica, ci sono evidenze chiare che molte delle «vecchie» scoperte non sono ancora state adeguatamente trasferite in ambito clinico con le conseguenti inevitabili ricadute che esse possono generare anche in ambito gestionale-organizzativo. Esiste, inoltre, una diffusa preoccupazione sul fatto che questo divario tra quanto non conosciamo sui meccanismi delle malattie e quanto mettiamo in pratica per prevenirle e trattarle diventerà sempre più grande.

Abbiamo, infatti, assistito negli ultimi anni a un enorme incremento della quantità e della qualità delle informazioni scientifiche ma anche al loro relativo scarso impatto sulla salute, soprattutto in certe patologie come i tumori. Questo ha confermato la necessità di creare e sostenere una interazione coordinata tra tecnologia, biologia, ricerca clinica, pratica clinica e politica sanitaria, e ha ribadito il concetto che il processo basato sul passaggio passivo e automatico dalla teoria alla ricerca clinica ed eventualmente alla pratica corrente non può essere dato per scontato [1].

Molti pazienti attendono, spesso come un dono divino, l'introduzione di un nuovo farmaco o di una nuova tecnologia che possa risol-

Stefano Reggiani

Direzione Sanitaria Hesperia Hospital Modena S.p.A. Ospedale Privato Accreditato di "Alta Specialità" Gruppo Garofalo

La moderna medicina si affida in modo sempre più massiccio alle soluzioni tecnologiche per rispondere ai bisogni di salute espressi dalla popolazione. Farmaci, devices, apparecchiature insieme alle procedure diagnostico-terapeutiche fino alle moderne tecnologie combinate e a quelle genomiche, identificano un concetto quanto mai ampio e diversificato di "tecnologia sanitaria".

L'avanzamento delle conoscenze scientifiche di base unite allo sviluppo delle competenze nel settore della medicina offrono oggi i fondamenti per un progresso

tecnologico che sembra inarrestabile.

Una parte importante del successo ottenuto negli ultimi decenni nell'aumentare l'aspettativa di vita e dovuto infatti alla ricerca tecnico-scientifica, che ha permesso non solo di mettere a punto nuove terapie per molte malattie e migliori tecniche diagnostiche, ma anche di conoscere i fattori di rischio di molte patologie e conseguentemente di disegnare adeguate strategie di prevenzione. Nonostante ciò, ricercatori medici, esperti di organizzazione sanitaria e politici si interrogano


PAROLE CHIAVE:

Decision making, health technology assessment, conoscenze

vere il proprio problema di salute o che, quando null'altro possibile, una soluzione in grado di alleviare il dolore.

Chi si trova in queste condizioni di debolezza, non solo fisica ma psicologica e morale, guarda alla tecnologia in maniera spesso profetica, e ogni illusione, magari provocata da un ritardo nell'immissione in commercio di una tecnologia che viene propagandata come "risolutiva", e percepita come una punizione.

E per questo che tutti gli attori di questo sistema innovativo, ricercatori, medici, regolatori, politici, manager ospedalieri e industria dovrebbero comprendere le reciproche responsabilità rispetto a una esigenza essenziale: rendere disponibili le nuove tecnologie biomediche ai malati nel modo più tempestivo possibile salvaguardando la loro sicurezza, massimizzando l'efficacia che la collettività può trarre dalle risorse che così vengono allocate escludendo altri possibili utilizzi.

Nei sistemi sanitari pubblici, inoltre, in un contesto di vincoli di bilancio spesso stringenti, la scelta di introdurre e rimborsare una tecnologia, dovrebbe fondarsi su un modello valutativo in grado di stimare con ragionevole certezza il grado di innovatività e la reale utilità incrementale per i pazienti rispetto al costo marginale da sostenere.

In questo contesto sono emerse alcune discipline «ponte», come la Evidence Based Medicine [2-3], la Ricerca Traslazionale (*from*

the bench to the bed) e la Ricerca di Outcome che, se correttamente praticate e ben coordinate nel contesto medico e sanitario, possono dare un valido contributo a razionalizzare il lungo percorso che va dalla produzione delle conoscenze al loro effettivo e appropriato trasferimento nella pratica clinica con le conseguenti ricadute in ambito organizzativo e gestionale.

Stiamo, infatti, assistendo negli ultimi tempi ad un notevole incremento dell'interesse pubblico e politico sull'evidenza su cui si basano le decisioni adottate nell'ambito del sistema sanitario.

Negli ultimi anni sono stati compiuti notevoli passi avanti lungo questa strada e le decisioni cliniche e la scelta di modelli di organizzazione e di gestione delle strutture sanitarie si basano sempre più su informazioni desunte dai risultati della ricerca e sulla base di conoscenze tecnico-scientifiche.

Le decisioni degli operatori professionali in sanità, sia nell'assistenza al singolo paziente che in ambito gestionale-organizzativo, risultano pertanto sempre più come il risultato dell'integrazione tra l'esperienza e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso, delle migliori evidenze scientifiche disponibili.

Questa modalità di agire si basa proprio sulla Evidence-Based Medicine, ovvero la medicina delle evidenze o, come recentemente proposto, la medicina

basata sulle prove di efficacia. Essa insegue l'obiettivo di integrare rapidamente nella pratica clinica i risultati della ricerca, relativamente all'accuratezza dei test diagnostici, alla potenza dei fattori prognostici, all'efficacia/sicurezza dei trattamenti preventivi terapeutici e riabilitativi.

Da qualche tempo, un po' più sistematicamente e formalmente che nel passato, questi singoli «pezzi di evidenza» che derivano da ricerche «primarie», vengono riutilizzati da una serie di altre «discipline», come il decision-making, il Technology Assessment [4-6], ecc., che utilizzano il meglio di quanto disponibile al fine di ri-organizzare le conoscenze per migliorare i processi decisionali. In particolare l'Health Technology Assessment (Hta) [5] coniuga la complessa attività di ricerca con la necessità di orientare e supportare le scelte di politica sanitaria.

Il ruolo di collegamento tra il mondo della ricerca scientifica e quello più pratico di chi è preposto a prendere le decisioni fa assumere pertanto all'Hta una connotazione di innovazione in quanto strumento capace di liberare dai labirinti amministrativi e finanziari limitando la diffusione di cure che risultano avere, nella maggior parte dei casi, un indubbio valore costo-efficacia. Questo approccio come noto, nato negli Stati Uniti nel 1970 [6], si è diffuso solo più di recente nei Paesi Europei.

La domanda fondamentale a cui l'Hta deve contribuire infatti a da-

re risposta al decisore è: “dato un ammontare di risorse per investimenti in nuova tecnologia, dove è più opportuno (appropriato) e più conveniente (rendimento) investire?” o nel caso di politiche sanitarie: “data una patologia, qual è la strategia o la politica da adottare perché l'intervento risulti costo-efficacia?”

La risposta a queste domande impone però competenze multidisciplinari che spaziano dall'epidemiologia alla statistica, alla valutazione economica, all'ingegneria.

L'Hta non è però semplicemente ricerca scientifica: cerca, infatti, di produrre e comunicare informazioni che riflettono non tanto il capriccio o gli interessi di singoli ricercatori, quanto piuttosto il contributo della scienza a servizio dei “policy-makers”. La sua funzione è quella di un grosso imbuto nel quale i vari aspetti clinici, etici, di sicurezza, di efficienza ed efficacia vengono miscelati e analizzati al fine di costruire scenari in cui, per ciascuno degli interventi proposti, risultino chiari i risultati attesi e i costi associati. Infatti l'Hta costituisce la sintesi proveniente dalle diverse fonti di informazione con la finalità di fornire ai decision-makers l'evidenza e le prove necessarie al fine di poter scegliere politiche sanitarie inerenti l'allocazione di risorse e la valutazione costo-efficacia relative all'introduzione delle nuove tecnologie in campo medico.

La valutazione delle tecnologie sanitarie, intese come insieme di metodi e strumenti per supportare le decisioni, si rivolge ai diversi livelli decisionali secondo modelli operativi differenziati, rivolti a fornire supporto a decisioni di politica sanitaria (livello macro), decisioni aziendali di investimento in nuove tecnologie (livello meso),

decisioni cliniche (livello micro). L'applicazione dell'Hta almeno nelle accezioni che le Linee-Guida della “Canadian Agency for Drugs and Technologies on Health” danno, segue un percorso ben predefinito e preciso che prevede l'analisi costo/efficacia, l'impatto sul budget dei servizi del sistema che la tecnologia produce, l'impatto sull'organizzazione, implicazioni etiche, di equità di accesso per gli utenti, riproducibilità dello studio in termini di ripetibilità dello studio effettuato da parte dei vari decisori di spesa. La crescente innovazione tecnologica e la continua introduzione di tecnologie in campo sanitario, a cui si è assistito negli ultimi decenni, rende ormai indispensabile per le organizzazioni sanitarie disporre di uno strumento per misurare la validità e la sicurezza delle tecnologie sanitarie, che comprendono non solo presidi, dispositivi e attrezzature mediche, ma anche farmaci e sistemi di supporto (cartelle cliniche elettroniche, telemedicina, ecc.) e modelli organizzativo-gestionali di servizi assistenziali. Siffatto strumento può essere pertanto individuato nell'Hta ovvero in un processo di valutazione globale, multidisciplinare e multidimensionale delle tecnologie utilizzate per l'assistenza sanitaria, che consiste in una verifica dettagliata delle caratteristiche tecniche, dell'efficacia, della sicurezza clinica, delle indicazioni d'uso, dell'impatto economico nonché degli aspetti etici, sociali e medico legali e che pertanto prenda in considerazione non solo esclusivamente l'analisi costo/efficacia. Infatti, già nel 2004, uno dei padri della valutazione economica in sanità, Michael Drummond dell'Università di York, in un articolo [12] si chiedeva se avesse

ancora senso procedere esclusivamente con valutazioni economiche in sanità.

La riflessione era determinata dall'ancora basso numero di applicazioni che contraddistingueva la tecnica e dal limitato uso che i decisori fanno dei risultati. In effetti, questo strumento, nato per rispondere all'esigenza di identificare, misurare, valutare e comparare i costi e le conseguenze delle alternative sanitarie in osservazione, non è idoneo a valutare, nel suo complesso, le tecnologie a causa della loro natura multidimensionale [13]. In aggiunta, l'origine economicistica della tecnica, in un ambiente applicativo tipicamente aziendalista, non ne ha aiutato lo sviluppo.

A questo proposito e per esemplificare quanto esposto, si ricorda che nella maggior parte degli studi prodotti, i costi da comparare con effetti sanitari vengono identificati dal rimborso regionale (DRG o tariffa a seconda dell'attività valutata) nella giustificazione che per la Regione è questo il costo sostenuto per quell'attività sanitaria.

Tuttavia questo punto di vista non tiene conto del fatto che le tariffe in generale, ma ancor di più i DRG, sono rimborsi medi per l'attività svolta e che la quasi totalità (per non dire tutte) delle aziende sanitarie pubbliche richiedono un ripiano del bilancio, dato che i rimborsi non coprono i costi sostenuti nell'anno. Ad esempio, la tariffa di una prima visita specialistica in Regione Emilia-Romagna non copre nemmeno i costi diretti di erogazione, cioè il costo del medico.

Come ulteriore elemento si ricorda inoltre che sulla base dei risultati che si otterrebbero dalla semplice analisi di costo-efficacia, gli “airbag” non dovrebbero

essere installati sugli autoveicoli. L'Hta risulta in grado di supportare scientificamente diversi livelli decisionali [7-8], dalle Agenzie che autorizzano l'immissione sul mercato di un farmaco o di un'altra tecnologia sanitaria, alle organizzazioni sanitarie che spesso si trovano a doverne valutare l'opportunità di acquisto o la modalità di gestione.

L'Hta è la valutazione sistematica di procedure e tecnologie impiegate nell'assistenza sanitaria alla popolazione, messa in atto raccogliendo e valutando le conoscenze e i dati della ricerca in materia, riassumendoli in un apposito rapporto, traendo le relative conclusioni e fornendo tutti i suggerimenti operativi necessari per il sistema sanitario.

Purtroppo è necessario segnalare come, nonostante l'opinione pubblica mondiale si sia mossa ormai da qualche anno, al fine di creare degli organismi istituzionali appositi, che si occupino specificatamente di approfondire, divulgare e promuovere l'utilizzo dell'Hta, ancora molti passi saranno da compiere, soprattutto in Italia, per rendere effettiva ed utile questa applicazione.

Mancano sicuramente degli standard a cui fare riferimento, soprattutto in termini di appropriatezza delle alternative indagate, elemento che non può essere definito in maniera generale o in termini assoluti, bensì deve essere sempre relativo ad una disamina del livello tecnologico della struttura oggetto di indagine.

Probabilmente ciò genererà un ulteriore elemento di miglioramento permettendo di valutare non solo l'appropriatezza, ma anche la tecnologia, non indagando le alternative singolarmente, ma inserendole nel contesto di complessità dell'ambiente nel quale si

svolgerà l'attività oggetto di studio. E' pertanto necessario creare maggiore consenso intorno alla promozione di questa tipologia di valutazioni sanitarie, sostenendo la formazione di un background conoscitivo riguardo tali problematiche, soprattutto per i decisori che presenta ampi elementi di utilizzo nel settore sanitario.

BIBLIOGRAFIA

1. LENFANT C., SHATTUCK *Letture-clinical research to clinical practice - lost in translation*, in «N Eng J Med.», 2003, 389, pp. 868-874.

2. AXELSSON R: *Towards an Evidence Based Health Care Management*. *Int. J. Health Plann. Mgmt.* 1998; 13:307-317.

3. LIBERATI A, PENNA A., D'AMICO R, TELARO E.: *La Evidence Based Medicine: origini e prospettive*. *Tendenze nuove* 1997; 2:6-9.

4. SA. ARNSTEIN, *Technology Assessment opportunities and obstacles*, *IEEE Transactions on Systems, Man And Cybernetics*, 1977, SMC-7, 571-82.

5. D. BANTA, W. OORTWIJIN, *Technology Assessment and Health Care in the European Union*, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2000; 16 (2): 626-635.

6. H. BROOKS, R. BOWERS, *The Assessment of technology*, *Science*, 1970, 222(2): 13-20.

7. R. BUSSE, J. ORVAIN, M. VELASCO *et al.*, *Best Practice in undertaking and reporting Health Technology Assessments*, *International Journal of Technology Assessment Health Care*, 2002, 18: 361-422.

8. CS. GOODMAN, *Introduction to Health Technology Assessment*, *TA 10 I*, The Lewin Group, 1998.

9. CS. GOODMAN, *Healthcare Technology Assessment methods, framework and role in policy making*, *Am J Manag Care*, 1998, 4, SP200-14.

10. R. MEARS, R. TAYLOR *et al.*, *Review of International Health Technology Assessment*, *Project*.

11. D. CROCE, E. FOGLIA: *Health Technology Assessment: storia, progettazione, applicazioni*. *Sanità Pubblica e Privata*, 2008 n. 2; 14-23.

12. M. DRUMMOND, *Economic Evaluation in Health Care: is it really useful or are we just kidding ourselves?* *The Australian Economic Review*, 2004, volume 37, 3- 1 I.

13. GB. WHITE: *The sky is following... or may be not: the moral necessity of Technology Assessment*, *American Journal of Bioethics*, 2007 October 7 (10): 7-13.

2011
FORUM PA

AL CENTRO DELL'INNOVAZIONE

9 - 12 maggio **2011**

forumpa.it

scopri lo scenario
di FORUM PA 2011



PULITO. SICURO. EFFICIENTE.



LA TUTELA DELLA SALUTE DEI PAZIENTI ATTRAVERSO LA PREVENZIONE DEI RISCHI D'INFEZIONE



Dove: tutti i pavimenti, le superfici e gli arredi in ospedale



Chi: 5.000 clienti in Europa



Come: abbattimento del 79% della carica batterica



Sistema Healthguard®

Sistema integrato di procedure di pulizia e disinfezione basato su un metodo esclusivo Ecolab e certificato da una primaria Università italiana.

Pulito - garantire un ambiente pulito e disinfettato che dia tranquillità a pazienti ed operatori

Sicuro - minimizzare il rischio di infezioni grazie a prodotti e sistemi particolarmente efficaci

Efficiente - conseguire elevatissimi livelli di produttività con l'utilizzo del Sistema HealthGuard

ECOLAB®

Ecolab Europe GmbH
Richtistr. 7 - 8304 Wallisellen - Switzerland

Italian Headquarters
Via Paracelso, 6 - 20864 Agrate Brianza (MB) - Italy
Tel. +39 (0) 39 60501

findesadue

Findesadue s.r.l. - Gruppo Ecolab
Via E. Amaldi, 8/10/12 - 00016 Monterotondo Scalo
Tel. +39 (0) 6 9006121 - Fax +39 (0) 6 90085508

Il ruolo della Direzione Medica Ospedaliera (DMO) nella sostenibilità ambientale

Riassunto

L'autore analizza il ruolo della Direzione Medica Ospedaliera e delle competenze e formazioni necessarie ad affrontare il problema complessivo della gestione degli impatti ambientali dell'ospedale, dove lo specialista in igiene e organizzazione deve lavorare in stretto collegamento e integrazione con le altre direzioni/servizi aziendali per arrivare ad una gestione integrata e di sistema.

Paola M. Antonioli

*Responsabile Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera e Q.S.A.
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara*

Il termine ruolo deriva dal latino *ròtulus* che vuol dire giro. Il *rotulus* era quindi un rotolo di carta, il copione, la parte. In Sociologia, il ruolo è l'azione che un soggetto esercita a seconda del suo ufficio o funzione in un gruppo o processo sociale (ad esempio, la DMO svolge un ruolo nella gestione ambientale) oppure il comportamento che un soggetto mette in atto nella società secondo le regole che questa gli impone (ad esempio, la DMO assolve il ruolo di ...).

Il ruolo, secondo questo significato, svolge una azione attiva nel primo caso, passiva nel secondo.

DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA: RUOLO IGIENICO-ORGANIZZATIVO

Ancora oggi è difficile arrivare ad una corretta collocazione della DMO e permane la "crisi di identità". Siamo medici specialisti in Igiene e Organizzazione, igiene e medicina preventiva. Negli atti aziendali è presente una elencazione chilometrica di competenze e responsabilità. Tanti ruoli ma nessuno proprio,

distintivo, se si esclude lo specifico ambito di Igiene Ospedaliera.

... MA molte le "chiamate" per responsabilità ...

Negli ultimi 15 anni il ruolo della Direzione sanitaria ospedaliera è profondamente cambiato. Sono nati i Dipartimenti, è cresciuto il mondo delle professioni sanitarie, sono nate strutture di staff che hanno progressivamente svuotato di ruoli e competenze la classica DMO (es. qualità accreditamento, controllo di gestione, sicurezza...) ma non delle responsabilità, poiché il ruolo svolto è quello di consulenti.

E spesso per la Direzione Strategica, come se tutto questo rimodellamento non fosse avvenuto, la DMO è il "braccio armato", il "soggetto" dell'ospedale al quale chiedere conto quando c'è il problema...

Per non parlare del classico "Impara l'arte e mettila da parte", quando, dopo aver lavorato e sodo per mettere a regime un ambito di attività "malmesso", che diventa quindi "appetibile", arriva il fiduciario di turno di qualsiasi professionalità - competenza - ruolo, non importa, che ne diventa il nuovo guru e si rimane

svuotati e ci si deve flessibilmente riorientare, reinventare.

Questa è la realtà.. e con questa dobbiamo fare i conti!

Detto che poi se c'è la "grana", se c'è da rispondere di "qualche criticità", avviene il miracolo del ricordo: esiste una struttura aziendale responsabile che si chiama DMO o Igiene ospedaliera, a seconda del caso!

Dall'insalata contaminata (come successe alcuni anni fa ad un giovane collega, che fu denunciato a seguito di un controllo nella mensa aziendale ai rifiuti, acqua, scarichi, il caso di "malasanità" -> NAS, NOE, ARPA, DISP.

E che dire del significato delle nostre Pronte Disponibilità.

E a proposito di rifiuti: sarà forse per la sempre crescente complessità normativa e responsabilistica in materia, ma questo settore di attività rimane per il momento ancora specifico di DMO-Igiene Ospedaliera, sia per responsabilità che per gestione. Stanno nascendo nuove figure, specificamente formate, che possono rappresentare una risorsa di supporto, da integrare tra i collaboratori.

Questa situazione di difficoltà, sebbene molto legata alle decisioni e strategie della singola Direzione generale, è tuttavia anche da attribuire alla DMO stessa, perché non ha saputo fare Horizon Scanning e non ha saputo e voluto cogliere il momento favorevole per cambiare e proporsi per assumere i nuovi ruoli necessari, invece di voler pervicacemente mantenere lo status quo, il "come eravamo prima".



PAROLE CHIAVE:

Sviluppo sostenibile, Direzione Medica Ospedaliera, Approccio Integrato

COMPETENZA E FORMAZIONE SPECIFICA: ACCETTARE LA SFIDA “DA GESTIONE RIFIUTI A GESTIONE AMBIENTALE”

Dal 2002 le DMO-Igiene Ospedaliera dell'Emilia-Romagna hanno iniziato a lavorare con l'Assessorato politiche per la salute sulla gestione dei rifiuti e hanno pro-

dotto le Linee Guida 2003 e 2009, riferimento regionale e unico nazionale sulla gestione dei rifiuti sanitari.

Nel 2007, con l'attivazione del Programma regionale “Il Servizio sanitario per uno sviluppo sostenibile”, si è aperto un nuovo orizzonte: la Gestione Ambientale.

Nel Gruppo regionale gestione ri-

fiuti ne abbiamo discusso e i referenti Gestione Ambientale delle 17 aziende sanitarie regionali sono nell'88% dirigenti medici di DMO-Igiene ospedaliera.

Abbiamo capito l'importanza di esserci e di dare il nostro contributo specialistico, teorico e pratico, in questo nuovo ambito di intervento.

Capacità di coordinamento, gestione gruppi, conflitti interfaccia con gli altri portatori di interesse in ospedale (Attività tecniche, Economato) ma anche conoscenza dell'ambiente ospedaliero e dei processi sanitari core e no core, di supporto trasversale tecnico-

Dalla Gestione dei rifiuti alla Gestione Ambientale

L'esperienza della Regione Emilia-Romagna : strumenti e prospettive



Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera U.S.P.A.

Alla ricerca del RUOLO

Saper essere

Poter essere

Riconoscimento

(R. Brown, 1990)

Cooperazione

(M. Pagès, 1981 et al.)



Totalità dinamica
(G. Speltini et al., 1998)

Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera U.S.P.A.

IL GRUPPO Gestione Ambientale

Finalità, motivazioni, scopo



Emozioni, struttura informale, inconscio collettivo, equilibrio

Interazione, reciproche azioni di influenza, senso di appartenenza

Coesione, adesione, interazione, partecipazione

Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera U.S.P.A.



Sviluppo Sostenibile

- Secondo l'ONU: "Lo sviluppo che è in grado di soddisfare i bisogni della generazione presente, senza compromettere la possibilità che le generazioni future riescano a soddisfare i propri"
- Per il SSR: un'evoluzione del sistema il più possibile rispettosa dell'ambiente, che riduca al minimo gli impatti delle attività sanitarie sull'ambiente e quindi sulla salute → programma "Il SSR per uno sviluppo sostenibile"
- Per un'azienda sanitaria: la gestione dei processi consolidati e delle strutture esistenti orientata al miglioramento continuo delle prestazioni ambientali; applicazione di criteri ambientali nella progettazione di nuove strutture e attività e nell'acquisizione di beni e servizi.

Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera U.S.P.A.

Perché lo “Sviluppo sostenibile”: Benefici

- per la **COLLETTIVITÀ**:
 - o miglioramento della **qualità dell'ambiente**, con effetti positivi sui **determinanti ambientali di salute**;
 - o diffusione della **consapevolezza** che l'evoluzione delle attività umane non può prescindere dalla loro sostenibilità ambientale, economica e sociale;
- per le **AZIENDE**:
 - o maggiore **efficienza** del sistema (utilizzo delle risorse),
 - o migliore **controllo** dei processi, maggiore
 - o **coinvolgimento** delle persone (responsabilizzazione)

11

Gestione Ambientale e sviluppo sostenibile: Valenza pluridimensionale

11

E' una questione di responsabilità ... condivisa

COMPETENZA → **RISORSE**

DELEGA →

- Direttore Generale
- Direttore Amministrativo
- Direttore Sanitario

DELEGA

→

CONTROLLO

→

Soggetti delegati (DMP, DSP, Serv. Tecn.)

GARANZIA

11

Le questioni strategiche

- Il consumo di materiali e risorse non rinnovabili
- La questione climatico-energetica e il riscaldamento del pianeta
- L'emissione di sostanze tossiche
- L'emissione di altre sostanze con effetti ambientali rilevanti
- I rifiuti

11

amministrativi e dei servizi esternalizzati: non solo rifiuti, quindi, ma anche struttura, impiantistica, apparecchiature, emissioni, acqua, scarichi liquidi, energia, mobilità, sicurezza, radioprotezionistica e radioattività ecc. Cito ad esempio, il problema della gestione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo e dei rifiuti assimilati agli urbani contaminati con radiofarmaci in AOUFE: in Azienda abbiamo Esperto qualificato, Fisica medica, Medicina nucleare ma, per definire e mettere sotto controllo il problema, è stato necessario che intervenisse la Struttura di Igiene Ospedaliera per stilare una specifica Istruzione

Operativa che è stata inserita come esempio di buona pratica nelle L.G. regionali del 2009. Poiché le responsabilità ci sono e, come ben spiegato dal Generale Comandante dei NAS nel corso del suo intervento al 37° Congresso Nazionale ANMDO di Napoli, se c'è un controllo, se c'è un problema si cerca la DMO-Igiene Ospedaliera, è necessario che in qualità di specialisti e tecnici definiamo un sistema aziendale di “garanzia” che consenta di conoscere-prevenire-migliorare cioè gestire i diversi impatti ambientali. Anche se devo sottolineare che trattasi in realtà di responsabilità

disgiunta da delega e risorse per esercitarla! E quindi non sottrae la Direzione Strategica dalla propria! Dobbiamo quindi essere parte attiva e pro-attiva e prendere il coordinamento delle attività complessive di gestione ambientale e orientare la politica aziendale e i diversi attori aziendali verso questo percorso, di cui abbiamo ormai condiviso le basi culturali, le opportunità e i valori anche nel 37° congresso nazionale ANMDO di Napoli. Vi sono alti significati per l'ospedale ed elevati benefici per la comunità e l'azienda. E' necessario un approccio integrato, di sistema al problema

complessivo della gestione degli impatti ambientali dell'ospedale. Già oggi rifiuti, gas medicinali, acqua e scarichi, appalti servizi no core, gare acquisto farmacia e economali, ristrutturazioni, progettazione, mobilità vedono lo specialista in igiene e organizzazione lavorare in stretto collegamento e integrazione con le altre direzioni/servizi aziendali: il passo è breve per arrivare ad una gestione integrata e di sistema: dobbiamo essere propositivi poiché lo dobbiamo e lo possiamo fare perché lo sappiamo fare!

Ma dobbiamo essere preparati, e avere una formazione specifica, ad es. Master universitario di I° e II° livello EMAS (Ecomanagement Audit Scheme).

DIREZIONE MEDICA – IGIENE OSPEDALIERA E SVILUPPO SOSTENIBILE:

- conoscenza e esperienza in tema di rischio, sicurezza e promozione della salute, dei processi e dei fenomeni, degli strumenti per gestirli
- si colloca trasversalmente alla organizzazione
- si interfaccia e collabora con tutti i livelli e gli ambiti di gestione dell'ospedale
- attraverso percorsi di formazione ormai ampiamente diffusi ha sviluppato competenze specifiche in ambito comunicativo e di gestione dei gruppi, analisi dei processi e analisi organizzativa, problem setting e solving, definizione e lettura degli indicatori
- svolge il ruolo di integratore di sistema e facilitatore di processi. L'obiettivo intermedio che le DMO si pongono è quello di fungere da soggetto integratore per l'avvio di un Sistema di Gestione Ambientale ma l'obiettivo finale de-

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA di Ferrara: ASPETTI da considerare (Dati 2009)	
Popolazione di riferimento (Ferrara)	134.464
Popolazione di riferimento (totale Ferrara e provincia)	357.980
Dipendenti	2.578
Personale totale (dipendente, univertario, studenti, Ditte)	~ 4.000
Posti letto	863
Ricoveri	39.171
Giornate di degenza (ordinaria+DH/DS)	295.239
DRG C (ordinaria+DH/DS)	16.261
Indice di attrazione	20%
Prestazioni specialistiche ambulatoriali	3.134.678
PAC (Day Service)	7.805
Spesa	281.582.767 €
Patrimonio immobiliare (a destinazione sanitaria)	~ 109.000 mq
Apparecchiature Biomediche installate	oltre 4.500
Tipologie di apparecchiature	~ 1.000
Tecnologie informatiche: in incremento esponenziale ...ecc.....ecc....	

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA di FERRARA	
Alcuni IMPATTI AMBIENTALI (anno 2009)	
Energia elettrica acquistata	13.217.259 KWh
Acqua consumata	213.921 m ³
Rifiuti assimilati Urbani (indifferenziato e raccolta differenziata)	648.384 Kg
Rifiuti non pericolosi (compresi fanghi di fossa settica)	2.005.320 Kg
Rifiuti Pericolosi NON a rischio Infettivo*	21.120 Kg
Rifiuti Pericolosi a rischio Infettivo**	561.666 Kg
Rifiuti che richiedono particolari modalità di smaltimento	11.738 Kg

*RPNRI: 0,1 Kg / GD *Costo gestione RPNRI: 28.255 €

**RPRI: 1,9 Kg / GD **Costo gestione RPRI: 707.699 €

Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera e Q.S.A.

conformità
sicurezza
management
governance
marketing sociale

LE LINEE DI AZIONE

- PROGETTO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI
- FORMAZIONE "BASE"
- SCARICHI IDRICI
- ENERGIA
- MOBILITA'
- GPP

anno 2010:

Progetto AOIFE
"A MINORE IMPATTO"

Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera e Q.S.A.



ve essere quello di definire uno standard operativo di DMO, universalmente valido e trasferibile, per mantenere - gestire - migliorare le performance ambientali dell'ospedale

Un approccio orientato alla gestione ambientale promuove la motivazione fra i dipendenti, valorizza l'immagine e rafforza il consenso e le relazioni con la comunità, infonde consapevolezza e coscienza ambientale, produce risultati misurabili incidendo sia sulla produzione che sui costi di gestione. L'integrazione crea valore! E' una opportunità da non perdere: non ce lo possiamo permettere!



Ti aiutiamo a rispettare la normativa!

DOCUMENTO DI VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLA

Obbligatorio secondo D.Lgs. 81/2008 e Linee Guida nazionali e regionali in materia di prevenzione e controllo della legionellosi.



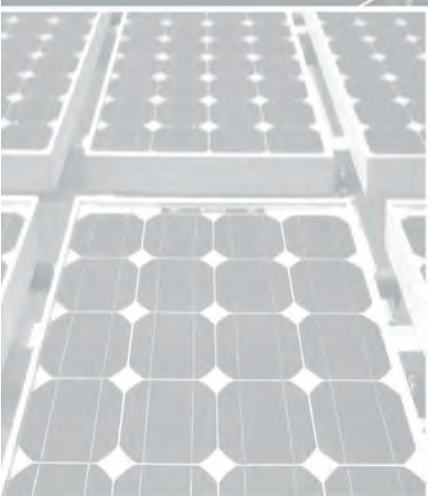
DUE X DUE SRL - Via Volturno, 32 - 36100 Vicenza
Tel/Fax 0444 021909 - E-mail info@duexdue.com
www.duexdue.com

Tanti servizi,
per una sola
grande utilità.



Pulizia Sanificazione e Disinfezione Ambientale

- Servizi di pulizia in ambito sanitario
- Servizi di pulizia civile e industriale



 **PFE SpA**
puligienica facility esco

Pulizia e Sanificazione
Servizi ausiliari e socio sanitari
Servizi Alberghieri
Guardaroba e Lavanderia
Facchinaggio
Reception

Portierato e Vigilanza
Custodia Immobili
Servizio gestione verde
Facility Management
Gestione servizi impianti tecnologici
Servizi energetici

www.pfespa.it

Policlinico San Donato IRCCS: “L’Ospedale per Intensità di Cure” 21 gennaio 2011

In data 21 gennaio 2011, si è tenuto un Convegno presso il Policlinico San Donato IRCCS in San Donato Milanese dal titolo: “L’Ospedale per Intensità di Cure”. L’evento è stato dedicato alla discussione del nuovo modello organizzativo ospedaliero, basato sull’intensità delle cure, nell’ottica del miglioramento della qualità dei servizi. Sono intervenuti sul tema relatori molto esperti che rappresentavano: la 12° Commissione Permanente (Igiene e Sanità), la Regione Lombardia, l’Università e gli Ospedali coinvolti pienamente dal modello. Ci ha onorato della sua presenza il Dott. Gianfranco Finzi, Presidente Nazionale ANMDO. L’ANMDO ha voluto organizzare tale evento per provare a mettere in evidenza che per comprendere le implicazioni del modello “Ospedale per Intensità di Cure”, è necessario adottare una prospettiva di analisi ampia, tenendo conto delle prospettive e dei fattori fondamentali del Sistema, uno dei quali, sicuramente, identificabile nella Direzione Ospedaliera. L’ANMDO – Sezione Lombardia ha bandito un concorso “Premio 2010 per la ricerca medico-scientifica in ambito di Direzione Sanitaria”. Gli ambiti di ricerca sono stati:

- Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza
- Qualità e risk management
- Edilizia ospedaliera
- Farmaco economia – farmacovigilanza.

Al concorso potevano partecipare tutti i medici componenti delle Direzioni Sanitarie di Azienda, di Presidio Ospedaliero sia pubblico sia privato, di Distretto Territoriale ASL nonché di RSA della Regione Lombardia.

L’ANMDO ha voluto quindi erogare un premio ai poster meritevoli della maggiore attenzione perché coerenti con i suoi scopi scientifici e qualitativamente migliori, secondo la valutazione espressa da un’apposita commissione giudicatrice. L’importo dei premi è stato stabilito in € 3.000 al primo classificato, € 2.000 al secondo classificato e € 1.000 al terzo classificato. La classifica globale è di 10 poster di cui i primi tre classificati sono i seguenti e comprendono anche autori non soci ANMDO. Gli altri sette sono nell’ordine decrescente ma riferiti ad autori iscritti ANMDO.

■ Primo classificato: “User evaluation of multifaceted activity monitoring system for all prevention” Istituto Europeo Oncologico di Milano. Irene Lasorsa, Nicholas Caporusso, Leonardo La pietra, Oliviero Rinaldi, Sandra Lai, Loredana Lunghi, Massimo Monturano.

■ Secondo classificato: Prevenzione delle Infezioni nei soggetti in stato vegetativo: l’esperienza di due Residenze Sanitarie As-

sistenziali (R.S.A.).

UO Neurologia – Ospedale Sant’Anna – Como ; Gruppo La Villa S.p.A.

– Area Lombardia

Vidale S., Guarniero C.

■ Terzo classificato: Farmacovigilanza: eccellenza dell’A.O. Fatebenefratelli.

Valentini P., Monza G., Galfrascoli E., Muserra G.

La classifica è di 10 poster di cui gli ultimi sette elaborati esclusivamente da soci ANMDO sono nell’ordine decrescente i seguenti:

■ Progetto Baby Heart; Manuale per l’accreditamento di Eccellenza per la qualità in Cardiologia e Cardiocirurgia Pediatrica. Esperienze di collaborazione tra la Direzione Sanitaria e le Unità Operative cliniche. M. Teresa Cuppone, L. Carpinelli, M. Pinon. Policlinico San Donato IRCCS

■ Approccio integrato nella gestione delle diarree infettive da clostridium difficile: l’esperienza della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

Muzzi A, Marone P, Sacco L., Carretto E., Feletti T., Lanave M., Minoli L., Monti P., Bosio M., Caltagirone P. Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

■ Ricerca pluriennale per la riduzione delle cadute dei pazienti nell’Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna Nadia Cattalini, Francesco De Filippi, Maria Cristina Manca, Remo Pepoli.

■ Quanto pesa la Qualità indagine conoscitiva sulla percezione e sulla ricaduta della qualità nella propria organizzazione sanitaria. Istituto Clinico San Siro – Milano

Lorenza Lapucci, Francesco Pittella, Morena Bissolati.

■ IEO Clinical Audit program: a tool to improve quality and Clinical Governance. Istituto Oncologico Europeo – Milano Deriu P.L., Basso S., Marchese M., La Pietra L.

■ Riprogettare l’Architettura organizzativa per livelli di intensità assistenziale: un modello per la previsione dei fabbisogni ospedalieri di personale medico.

A.O. Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano

Elisabetta Masturzo

■ L’organizzazione di risposte a più livelli per l’influenza AH1N1 come prova generale di contenimento di un evento pandemico.

IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo – Pavia

P. Monti, A. Muzzi, T. Feletti, M. Fiorentini, R. Lodi, C. Spairani, M. Bosio, P. Caltagirone.





User Evaluation of Multifaceted Activity Monitoring System for Fall Prevention

Irene Lasorsa^{1,3,5}, Nicholas Caporusso^{2,5}, Leonardo la Pietra^{3,4},
Oliverio Rinaldi^{3,4}, Sandra Lai⁴, Loredana Lunghi⁴, Massimo Monturano^{3,4}

¹University of Trieste, TS, Italy; ²IMT Institute for Advanced Studies, Lucca, LU, Italy;

³CINEAS, Milan, MI, Italy; ⁴IEO European Institute of Oncology, Milan, MI, Italy; ⁵QIRIS, Caronno P., VA, Italy



Introduction

All the methodological strategies and the technological interventions defined to prevent falls were found to be too restrictive (from a patient's mobility point of view), and limited in terms of efficacy. Moreover, current systems are targeted either on the service provider side (i.e. assessment tools, incident reporting) or on the client side (i.e. technological aids for individuals).

Fallarm applies a multifaceted strategy based on closed-loop information exchange between proactive and reactive methods:

- assessment protocols determine individuals' risk of falling;
- **an interactive device** continuously monitors subjects' activities
 - it provides patients with constant feedback about their actual risk to increase their awareness;
 - it aims at preventing adverse events;
 - it reports any incident.

In this work, we evaluated the usability of our solution in a hospital and in home settings. We compared the wrist and the waist as the preferred position for the fall detector.

Methods



Eight prototypes of the device were developed to demonstrate the applicability of our system. 20 participants (6 males and 14 females, aged 25-88) were recruited for the test, 10 for each scenario (clinical facility, and home setting).

Subjects were equipped with two devices: one on the right hip, and the other on the left wrist. They were required to wear it for 10 hours while carrying out their daily activities.

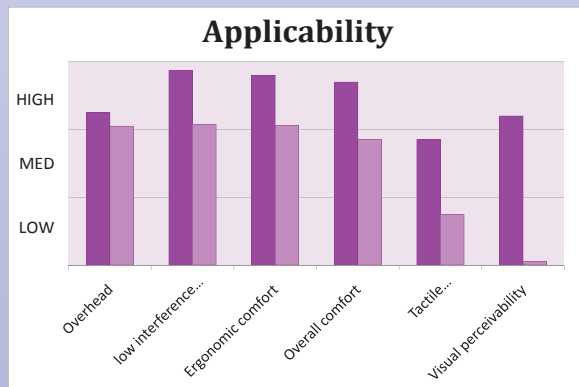
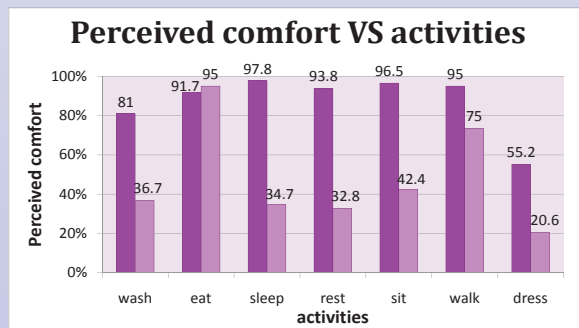
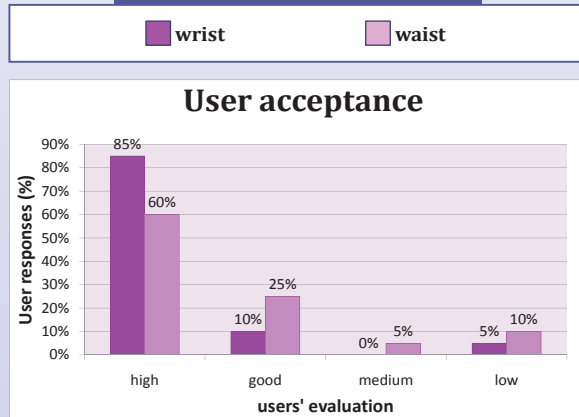
Participants were asked to report on a checklist the times they received an alarm (delivered at random intervals) and to annotate the activities they had performed from the previous alert. At the end of the experiment, subjects filled an evaluation questionnaire to indicate their opinion about the device, and to express their preference between the wrist and the waist. Furthermore, they were interviewed individually to discuss about their experience.

Conclusion

Results confirmed the applicability of the fall detector mounted on the wrist, which is the most comfortable position for the subjects, and the best placement for an activity monitoring device. Moreover the introduction of an interactive device encouraged subjects' mobility because the Risk Awareness Provider helps them to feel safer.

Although the literature suggests that the wrist would not be stable enough to accurately monitor patients' activity, as the integration of knowledge from the Health Care Service improves the reliability of our system, with proper selection of training sets, this location was found to achieve the best trade-off between accuracy and scalability in recognizing subjects' activities.

Results



Further info

N. Caporusso, I. Lasorsa, O. Rinaldi, and L. la Pietra
A Pervasive Solution for Risk Awareness in the context of Fall Prevention
in Proceedings of the 3rd International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare. London . 2009.

Prevenzione delle infezioni nei soggetti in stato vegetativo: l'esperienza di due Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.)

Vidale S, Guarnerio C*

UO Neurologia – Ospedale Sant'Anna – Como

*Gruppo La Villa S.p.A. – Area Lombardia



Premesse: Lo stato vegetativo (S.V.) è la condizione clinica caratterizzata da completa mancanza di consapevolezza del sé e dell'ambiente ma con mantenimento del ciclo veglia-sonno e delle funzioni autonome dell'ipotalamo e del tronco encefalico (1). Questa condizione può essere persistente o transitoria e riconosce numerose cause, le più comuni delle quali rappresentate da traumi cranici e danni ipossico-anossici a livello encefalico. L'incidenza di tale condizione è 60 – 140 /1.000.000 abitanti. La prognosi dello S.V. dipende dalla sua eziologia. Le principali cause di morte sono rappresentate da: età, infezioni, crisi comiziali recidivanti con stato di male, insufficienza multi-organo. Solo pochi studi hanno valutato l'incidenza delle complicanze mediche, che sono rappresentate, per la maggior parte, dalle infezioni, in particolar modo da quelle delle vie urinarie (2).

Obiettivi: Valutare l'efficacia dell'introduzione di procedure codificate per l'assistenza nella riduzione dell'incidenza di infezioni nei soggetti in stato vegetativo ed ospiti di due R.S.A.

Metodi: 24 soggetti in S.V. ospiti delle R.S.A. del Gruppo La Villa S.p.A. di Guanzate (Co) e Legnano (Mi) sono stati osservati per 24 mesi (Settembre 2008 – Settembre 2010) con valutazione clinica mediante le scale di Glasgow (GCS) e del livello di coscienza (LCF) e la registrazione dell'occorrenza di eventi infettivi respiratori e delle vie urinarie (accertamento clinico e/o radiologico e/o laboratoristico con esami colturali). Dopo 12 mesi dall'inizio dell'osservazione (fase 1: 09/2008 – 09/2009 e fase 2: 09/2009 – 09/2010) sono state codificate e messe in atto specifiche procedure per la gestione delle tracheostomie e dei cateteri vescicali (cambio cannula ogni 3 mesi e broncoaspirazione secondo metodo rianimatorio; cambio catetere vescicale ogni 4 settimane e svuotamento del sacchetto di urina ogni 12 ore). Tali procedure sono state introdotte nei protocolli quotidiani di gestione assistenziale degli operatori delle due strutture. L'analisi statistica è stata effettuata mediante test chi-quadro ed analisi della varianza (ANOVA).

Risultati: L'età media dei soggetti osservati è stata di 53 ± 16 anni. La prevalenza di genere è per il sesso maschile (62.5%). L'eziologia più comune è rappresentata da eventi non traumatici (62.5% - prevalenza per danni encefalici ipossico-anossici). Il valore medio della scale di valutazione clinica del coma è stato di 8 ± 3 (GCS) e la mediana per la scala sulla funzionalità cognitiva è stata di 1 (LCF). Per tutto il periodo di osservazione si sono registrati 267 eventi infettivi con predominanza di quelli respiratori con 186 ricorrenze, pari al 69.9%. In totale si sono registrati ben 1862 giorni di consumo di antibiotici per tutti i soggetti considerati nel campione. Confrontando i due periodi temporali, si è assistito ad un decremento globale sia per quanto riguarda le infezioni delle vie urinarie che dei giorni di utilizzo dei farmaci antibiotici ($p < 0.05$; tabella 1). Ad una analisi della varianza delle medie di eventi infettivi e dell'uso di antibiotici per ogni soggetto, si è osservata una differenza statisticamente significativa per ognuna delle variabili considerate ($p < 0.01$; tabella 2).

Discussione e conclusioni: L'introduzione di procedure codificate per la gestione dei dispositivi medici invasivi nei soggetti ad alta complessità assistenziale permette di uniformare le attività quotidiane nell'assistenza infermieristica e non. Dal presente lavoro è stato possibile osservare una riduzione significativa delle principali complicanze mediche dei soggetti in stato vegetativo, associata anche ad un decremento delle risorse economiche impiegate nella gestione delle complicanze stesse. A tal fine la ottimizzazione, la codifica e l'applicazione uniforme di queste procedure dovrebbero dunque permettere di ottenere il massimo beneficio per il paziente (efficacia) con il contemporaneo risparmio di risorse economiche.

Bibliografia

- (1) The Multisociety Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state – first of two parts. NEJM 1994; 330: 1499 – 1508
- (2) NgYS, Chua KS. States of severely altered consciousness: clinical characteristics, medical complications and functional outcome after rehabilitation. Neurorehabilitation 2005; 20(2): 97 – 105

Test	Fase 1	Fase 2	p
Infezione vie urinarie	55	26	0.022
Infezioni respiratorie	118	68	ns
Antibiotici (giorni)	1193	669	0.032

Tabella 1

	Fase 1	Fase 2	p
Infezione vie urinarie	2.3 ± 1.9	1 ± 1.4	0.010
Infezioni respiratorie	4.9 ± 2.8	2.7 ± 2.3	0.005
Antibiotici (giorni)	50 ± 24	26.7 ± 19	0.001

Tabella 2



FARMACOVIGILANZA: ECCELLENZA DELL'A.O. FATEBENEFRAPELLI



Valentini P. (1), Monza G. (1), Galfrascoli E. (2), Muserra G. (2).
1. Direzione Medica di Presidio, A.O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, Milano.
2. Servizio di Farmacia Aziendale, A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano.

INTRODUZIONE. Il corretto uso dei medicinali richiede a tutte le professioni sanitarie una particolare attenzione non solo verso aspetti economico-sanitari, ma soprattutto verso parametri di tollerabilità e tossicità per una maggiore sicurezza del paziente. Nel momento in cui i farmaci sono immessi sul mercato inizia la fase di monitoraggio della farmacovigilanza, che rileva, valuta, comprende e previene le reazioni avverse correlate all'utilizzo dei farmaci.

La Regione Lombardia è tra le più attive nel promuovere iniziative per assicurare ai propri cittadini un uso sicuro dei farmaci. In particolare, la nostra A.O., è da anni posizionata tra i primi posti per numero di segnalazioni, distinguendosi a livello nazionale per l'incisivo coinvolgimento alle iniziative di farmacovigilanza.

MATERIALI E METODI. Nella A.O. sono attivi 5 progetti di Farmacovigilanza finanziati dalla Regione Lombardia (Tab.1).

Tab.1. Progetti di Farmacovigilanza attivi nella A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano.

FARMAMONITO	Presenza di un 'monitor' facilitatore in tutti i reparti della A.O.
FARMAONCO	Monitoraggio delle reazioni avverse a farmaci utilizzati in ambito oncologico.
MEAP	Monitoraggio delle reazioni avverse in Pediatria.
MEREAfAPS	Progetto epidemiologico di reazione ed eventi avversi da farmaci in Pronto Soccorso.
PAC	Profilassi antibiotica in Chirurgia

Fig.1. Scheda di segnalazione ministeriale.

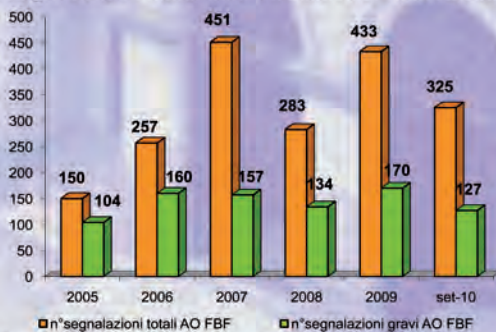
Fig.2. Software specifici per i singoli progetti.

La sensibilizzazione alla farmacovigilanza è stata ottenuta attraverso dei 'monitor' (medici o farmacisti borsisti) che nei reparti supportano gli operatori sanitari nella compilazione della Scheda di Segnalazione ministeriale (Fig. 1). Per ogni progetto è stato predisposto un software specifico, in rete con gli altri ospedali partecipanti ai singoli progetti. La segnalazione di sospetta reazione avversa, su supporto cartaceo, viene inserita in un primo tempo nel software specifico (Fig.2), e successivamente nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza

dell'AIFA, andando così ad incrementare quali-quantitativamente i dati disponibili a livello nazionale. Inoltre, sono state effettuate due giornate formative (marzo e maggio 2010) per una ulteriore sensibilizzazione degli operatori sanitari, e per la diffusione dei risultati finora ottenuti.

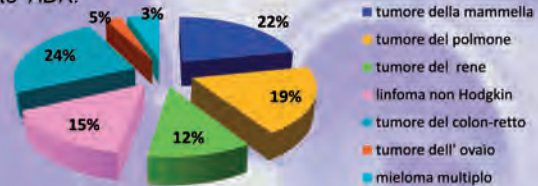
RISULTATI. I progetti hanno, negli ultimi anni, alzato notevolmente i livelli di monitoraggio: dalla nostra A.O., nell'anno 2009 sono state inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza 433 reazioni avverse a farmaci (170 gravi e 263 non gravi): un notevole incremento rispetto alle 283 dell'anno precedente. Per quanto riguarda l'anno in corso, le reazioni avverse inserite al 30 settembre 2010 risultano già 325 (di cui 127 gravi) (Fig. 3).

Fig.3. Segnalazioni Fatebenefratelli inserite in Rete Nazionale.



In particolare è aumentata la soglia di attenzione per i farmaci utilizzati in ambito oncologico: negli ultimi 2 anni nella nostra A.O. sono state segnalate 86 reazioni avverse a farmaci oncologici (nel 24% il farmaco sospetto aveva come indicazione d'uso il tumore del colon-retto, seguito dal carcinoma della mammella nel 22%, e dal tumore del polmone nel 19%). (Fig. 4)

Fig.4. Indicazioni d'uso dei farmaci oncologici che hanno causato ADR.



Per i farmaci pediatrici, le sospette reazioni avverse segnalate dal 2009 da entrambi i presidi ospedalieri della nostra A.O. sono state 48, rispetto alle 4 del 2007 e le 8 del 2008. Il progetto MEREAfAPS ha prodotto, dal 2006 anno della sua attivazione, ben 1.104 schede, di cui 302 nel 2009.

CONCLUSIONI. Visti gli ottimi risultati finora raggiunti, la nostra Azienda sta portando avanti tutte le iniziative volte a sensibilizzare gli operatori sanitari alla Farmacovigilanza. Aumentare la soglia di attenzione per tutte le reazioni avverse che possono svilupparsi in seguito a somministrazione di farmaci significa tutelare la sicurezza e la salute del paziente, oltre che fornire precoci segnali di allarme che possono portare alla rivalutazione del profilo rischio/beneficio dei farmaci coinvolti.



Premio 2010 per la ricerca medico-scientifica in ambito di Direzione Sanitaria

Progetto Baby Heart

MANUALE PER L'ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA

per la qualità in cardiologia e cardiocirurgia pediatrica

Esperienze di collaborazione tra la Direzione Sanitaria e le Unità Operative cliniche

Il progetto Baby Heart (1)

La chirurgia delle cardiopatie congenite in Italia nasce oltre 40 anni fa e, per molti anni, si è sviluppata con una grande quota di "spontaneismo creativo".

La Sezione di Cardiocirurgia Pediatrica e dell'Età Evolutiva della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca e la Società Italiana di Cardiologia Pediatrica riflettono da tempo sull'opportunità di razionalizzare il rapporto tra domanda e offerta in quest'area specialistica.

Nel 2005 nasce il **Progetto Baby Heart**, con l'obiettivo di definire i requisiti minimi di tipo organizzativo-strutturale e gli standard di trattamento e di risultato, quale garanzia per la qualità delle prestazioni erogate dai centri che svolgono la loro attività nell'ambito della cardiologia e della cardiocirurgia in età pediatrica e delle cardiopatie congenite dell'adulto.

Otto centri di cardiocirurgia e cardiologia pediatrica tra i più rappresentativi hanno aderito al progetto e lo hanno sostenuto economicamente attraverso la sottoscrizione di un contratto con CERMET. Ciascun centro ha partecipato al progetto con propri cardiologi e cardiocirurghi che hanno offerto il loro contributo scientifico.

IRCCS Istituto Giannina Gaslini	Genova
IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	Roma
Ospedale G Pasquinucci	Massa
IRCCS Policlinico San Donato	San Donato M.se
Policlinico Sant'Orsola Malpighi	Bologna
Università di Padova	Padova
Ospedale Arnas Civico	Palermo
Ospedale Infantile Regina Margherita	Torino

Sono stati definiti i requisiti per garantire l'eccellenza delle prestazioni specialistiche.

Nel manuale Baby Heart del 2008 essi sono elencati in termini di:

- caratteristiche strutturali e organizzative
- volumi di attività
- prestazioni con indicazione delle caratteristiche di qualità che le connotano
- principali percorsi terapeutici e indici di risultato da conseguire nel trattamento diagnostico e terapeutico cardiologico e cardiocirurgico
- profili professionali necessari e relativi percorsi formativi
- indicatori per la verifica di tali caratteristiche e dei relativi standard di riferimento

Il progetto, riassunto nella figura qui sotto, si sviluppa su tre fasi.

Presso il Policlinico San Donato quest'anno ha avuto luogo una verifica ispettiva sperimentale di Fase C



Una scheda di raccolta dati ha permesso di classificare il PSD tra i centri di III livello B, come segue:

Criteri di identificazione di Centro di III livello	
Centro A	esegue fino a 250 procedure chirurgiche e fino a 150 procedure interventistiche con circa 400 accessi in terapia intensiva
Centro B	esegue fino a 400 procedure chirurgiche e fino a 250 procedure interventistiche con circa 650 accessi in terapia intensiva
Standard Minimi	Attività cardiocirurgia: 200 interventi Attività cardiologica: 120 procedure interventistiche

Il gruppo di lavoro

Per prepararsi alla visita del team di audit, si è deciso di costituire un gruppo di lavoro specifico che comprendeva:

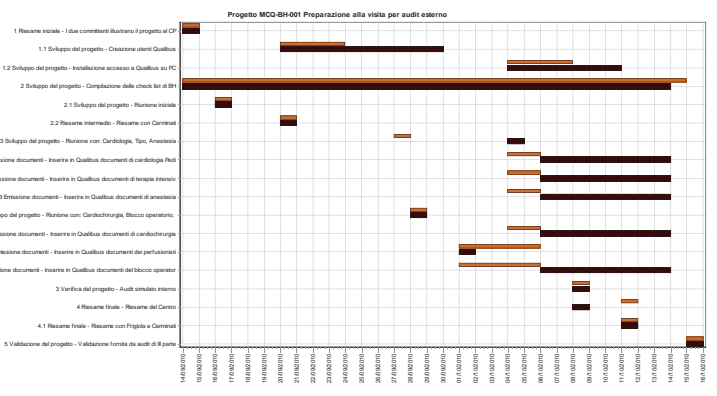
- Il primario della cardiocirurgia pediatrica e tre dirigenti medici
- Il primario della cardiologia pediatrica due dirigenti medici
- Il primario della anestesia-rianimazione
- Il primario della terapia intensiva post-operatoria pediatrica ed un dirigente medici
- La caposala della degenza di cardiologica e cardiocirurgia pediatrica
- La caposala del blocco operatorio
- Il caposala della terapia intensiva post-operatoria
- Il responsabile della Qualità
- Un vicedirettore sanitario

Qualità e processi
 Qualità e processi



Lo stesso software ha permesso la tenuta sotto controllo di tutto il progetto "Baby heart" con la gestione delle singole fasi (come da Gantt qui sotto riportato).

La partecipazione al gruppo di lavoro della Direzione Sanitaria e dell'Ufficio Qualità ha permesso di ricondurre le attività del Centro di Cardiologia e Cardiocirurgia Pediatrica all'interno del più ampio sistema di gestione della Qualità Aziendale, rinforzando i legami tra Direzione aziendale e Direzione delle Unità Operative, rendendo tangibile il valore derivante dalla disponibilità del materiale di knowledge aziendale mediante il Software di gestio-



Le attività svolte

Il gruppo di lavoro si è riunito in sessione plenaria in tre occasioni (pianificazione del progetto, verifica di raggiungimento degli obiettivi intermedi, riesame finale).

Le fasi intermedie sono consistite nella conversione in formato digitale portatile (pdf) di tutti i documenti organizzativi delle Unità Operative coinvolte (Procedure, protocolli medici, infermieristici e tecnici, istruzioni operative, moduli e check list di lavoro) e nella loro organizzazione in uno specifico sottoinsieme dell'albero documentale aziendale all'interno del software comune per la gestione del sistema qualità (Qualibus®).

ne documentale, e, soprattutto, favorendo, a livello di Centro, lo svolgimento dei processi di riesame di direzione.

Conclusioni

Le iniziative come "Baby Heart" richiedono di trovare, nell'ospedale, un momento di indirizzo e di coordinamento dell'attività clinica, forte e autorevole, che sicuramente si può avvalere delle Unità Operative e dei loro Responsabili, ma che a nostro giudizio non può non trovare il proprio punto di forza che nell'azione e nella responsabilità della Direzione Sanitaria.



FONDAZIONE
IRCCS POLICLINICO "SAN MATTEO"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico
C.F. 00303490189 - P. IVA 00580590180
V.le Golgi, 19 - 27100 PAVIA
Tel. 0382 5011



APPROCCIO INTEGRATO NELLA GESTIONE DELLE DIARREE INFETTIVE DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE: L'ESPERIENZA DELLA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA

Muzzi A., Marone P., Sacco L., Carretto E., Feletti T., Lanave M., Minoli L. Monti P., Bosio M., Caltagirone P.

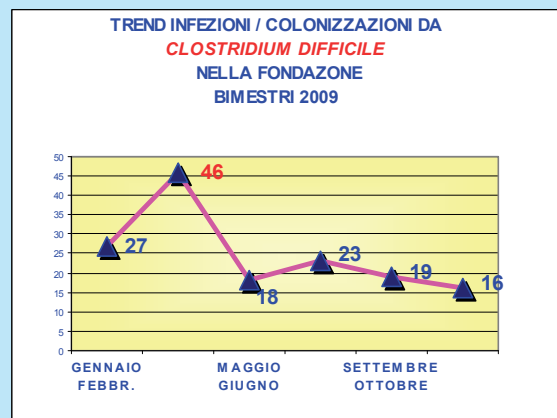
Scopi:

La diarrea infettiva da *Clostridium difficile*, come ampiamente documentato, rappresenta un problema di crescente interesse in ambito assistenziale perché complica il processo di cura del paziente, ne prolunga il ricovero ed aumenta la spesa.

Metodologia utilizzata: Presso la Fondazione IRCCS San Matteo, dalla fine dell'anno 2008, è stato avviato un sistema di sorveglianza e di registrazione dei germi sentinella che coinvolge sin dall'isolamento del microrganismo Laboratorio, Reparto, Gruppo Operativo del CIO e Direzione Medica nella gestione dei casi di infezione/colonizzazione. I microrganismi oggetto della sorveglianza attiva sono stati codificati secondo le linee guida disponibili e adattati al contesto microbiologico locale, in relazione alla loro diffusibilità, alle caratteristiche di sensibilità e resistenza agli antibiotici, nonché alla capacità di determinare focolai epidemici.

La tempestiva trasmissione del referto di laboratorio consente di intervenire fornendo indicazioni alle Strutture interessate circa le misure di isolamento da adottare, sensibilizzando il personale sui comportamenti appropriati, facilitando l'eventuale trasferimento e/o rimodulazione dei posti letto, potenziando l'igiene ambientale.

Il Gruppo Operativo del CIO lavora contestualmente sia sulla formazione del personale, attraverso la pianificazione di incontri sul campo programmati a piccoli gruppi presso i Reparti di volta in volta più direttamente coinvolti, sia attraverso l'elaborazione di documenti finalizzati a definire il corretto approccio diagnostico-clinico-terapeutico dei casi di infezione o colonizzazione.



Risultati ottenuti: La sorveglianza attiva dei patogeni sentinella ha evidenziato nel primo quadrimestre 2009 una casistica pari a 73 episodi di diarrea da *Clostridium difficile* su 580 pazienti ricoverati (pari al 12.6%) nelle aree mediche. Alla luce del trend in crescita di isolamenti di *C.difficile* nelle aree sopracitate, il Gruppo Operativo del CIO ha pianificato un evento formativo rivolto agli operatori, coinvolgendo specialisti in malattie infettive, microbiologi nonché assistenti sanitarie.

I dati riferiti alle diarreie da *C.difficile* nelle aree mediche hanno mostrato una sensibile e costante riduzione dal termine del percorso formativo: dopo il picco di 73 casi/580 ricoveri nel periodo gennaio-aprile 2009 sono infatti stati documentati 41 casi/719 ricoveri nel periodo maggio-agosto (pari al 5.7%) e 35 casi/639 ricoveri nel quadrimestre settembre-dicembre 2009 (pari al 5.47%).



Considerazioni conclusive: L'esperienza della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia mostra come un approccio integrato di sensibilizzazione, formazione, costante supporto e coinvolgimento diretto degli operatori, ha ricondotto entro i livelli fisiologici per tipologia di reparto e di pazienti la casistica delle diarreie da *C.difficile*. Rimane comunque la necessità di ottimizzare il percorso terapeutico, per scelta e per utilizzo degli antibiotici, soprattutto presso le strutture che ospitano i pazienti più fragili.





RICERCA PLURIENNALE PER LA RIDUZIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI nell'AZIENDA OSPEDALIERA della VALTELLINA e della VALCHIAVENNA

Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna
(dr.ssa Nadia Cattalini, dr.Francesco De Filippi, dr.ssa Maria Cristina Manca, dr.Remo Pepoli)

INTRODUZIONE

Nel 2008 l'Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna (AOVV) avviò una ricerca pluriennale che aveva come obiettivo quello di ridurre in maniera considerevole l'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati.

In tal senso la Direzione Sanitaria Aziendale (DSA) effettuò in primo luogo un **BASELINE STUDY**, riguardante gli anni 2005-2007, tramite il quale si rese evidente che la frequenza delle cadute nei quattro presidi dell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna (AOVV) era significativamente inferiore a quanto riportato in letteratura per organizzazioni sanitarie confrontabili (0,04-0,09% in AOVV vs 2-5%* di cadute sul totale dei ricoveri; 0,07-0,12 in AOVV vs 2,8-18,2* Cadute per 1.000 giorni paziente) per verosimile sottostimato reporting.

INTERVENTI

La DSA provide alla tempestiva **PIANIFICAZIONE** di una serie di interventi che possono essere concettualmente raggruppati in 3 fasi.

La **prima fase** biennale 2008-2009 prevedeva l'implementazione di molteplici attività focalizzate su eventi formativi atti a sensibilizzare i professionisti dell'AOVV. Gli **strumenti e metodi** adottati consistevano nella nomina di un Gruppo Aziendale Dedicato all'evento caduta e nella redazione dell'apposita documentazione prescrittiva gestionale, compresa modulistica di registrazione e segnalazione della caduta. Il percorso della citata segnalazione ne prevedeva il transito dalla DSA la quale, dopo le opportune verifiche e nei casi di particolare gravità, convocava gli interessati per lo studio delle cause. La segnalazione veniva successivamente trasmessa all'Ufficio Legale Aziendale che a sua volta provvedeva al periodico inserimento nel database regionale (dati relativi alla tipologia della caduta).

Sulla base dei primi dati raccolti furono individuate le Strutture Complesse con rischio di caduta particolarmente elevato ovvero la Medicina Generale, la Riabilitazione Generale Geriatrica, la Riabilitazione Specialistica e la Psichiatria (di tutti i presidi ospedalieri aziendali); in queste strutture si registrava circa il 50% di tutti gli "Evento Caduta" aziendali.

Durante l'anno 2009 la formazione realizzata affrontò numerose tematiche tra cui le principali furono rappresentate da:

- utilizzo della scala di Conley per la valutazione del rischio cadute per pazienti over-65 (6 domande di cui 3 rivolte al paziente/caregiver per determinare se si fossero verificate precedenti cadute e 3 valutazioni per determinare il grado di deterioramento cognitivo),
- elaborazione della procedura aziendale "Raccomandazioni per la Prevenzione delle cadute dei pazienti",
- adozione di un'innovativa check list per la rilevazione della sicurezza ambientale (verifica effettuata da parte degli operatori del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'AOVV in collaborazione con un operatore sanitario della struttura allo scopo di individuare l'esistenza di fattori di rischio per pavimenti, corridoi, scale di accesso, deambulatori, sedie a rotelle, barelle, ausili per la movimentazione dei pazienti, camere, letti, gradino rimovibile, aste per flebo, comodino, bagni e controllo delle condizioni della luce e della temperatura nei corridoi, camere e scale).

Nella **seconda fase** -anno 2010- oltre all'estensione ed al consolidamento delle attività sopradescritte, sono stati realizzati audit interni per l'analisi delle cadute con esiti più gravi nonché degli eventi sentinella correlati alle cadute. Il riscontro che nell'anno 2009 il 7,9% degli

"Eventi Cadute" si era verificato in pazienti "Dal letto con spondine" (di cui il 48% di "Notte" - vedi

figura 1 a lato) ha dato l'avvio ad un percorso di confronto cadute-contenzione che si è concretizzato nell'applicazione di un protocollo aziendale denominato "Gestione per la contenzione del paziente anziano in ambito ospedaliero". Tale protocollo puntualizzava le modalità di utilizzo dei mezzi di contenzione fisica (quali la fascia per carrozzina/ poltrona, la fascia pelvica, il tavolino per carrozzina, le spondine per il letto, i bracciali di immobilizzazione e le fasce di sicurezza per il letto).

I dati raccolti hanno permesso di procedere nuovamente al calcolo dell'incidenza dell'evento caduta. La constatazione dell'incremento delle segnalazioni di tale evento (vedi grafico -figura 2 -riportato a seguire) ha permesso di verificare una migliore comparabilità dei dati riscontrati in AOVV con quelli riportati in letteratura.



Fig.2 -Dal grafico si evince che la sensibilizzazione realizzata nel 2008 ha portato ad un incremento delle segnalazioni delle Cadute.



Nella **terza ed ultima fase** si è proceduto alla definizione di un PROGETTO finalizzato al miglioramento continuativo della gestione del paziente a rischio di caduta.

Le principali attività previste per l'anno 2011 sono schematizzabili in:

1. approfondimento della formazione permanente con ricorso a nuove metodologie didattiche di training on the job quali la realizzazione di audit interni con tutor;
2. elaborazione di istruzioni operative mirate alla standardizzazione del trattamento del paziente a rischio;
3. estensione della procedura aziendale "Raccomandazioni per la Prevenzione delle cadute dei pazienti" a tutte le strutture aziendali;
4. prosecuzione del monitoraggio ed analisi dei dati relativi agli eventi caduta con individuazione di ulteriori indicatori di processo e di esito.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'approccio al problema delle cadute in ambito ospedaliero non può che essere multidimensionale e deve prevedere soluzioni appropriate al singolo paziente. Certamente risulta evidente come la contenzione non si raffiguri come una soluzione del problema.

La formazione rappresenta, invece, una leva indispensabile per la prevenzione e la gestione degli eventi avversi; tutto il personale -a tutti i livelli professionali- deve essere coinvolto al fine di costituire un'equipe multidisciplinare.

L'incomprimibilità del "rischio caduta" non deve demotivare nel perseguire l'obiettivo della riduzione delle cadute.

*Hill KD, Vu M, Walsh W. Falls in the acute hospital setting – impact on resource utilization. Aust Health Rev. 2007;31:471-477

ISTITUTO CLINICO SAN SIRO - MILANO

QUANTO PESA LA QUALITÀ?

Indagine conoscitiva sulla percezione e sulla ricaduta della qualità nella propria organizzazione sanitaria

Dr.ssa Lorenza Lanucci - Dr. Francesco Pittella - Dr.ssa Mirella Bissolati

Disegnato e illustrato dal Dott. Francesco Pittella

- Prima del diffondersi delle politiche della qualità, spesso più enunciate che realmente attuate, le attività fino allora svolte, i servizi e le prestazioni erogati, non rispondevano a standard di qualità più o meno strutturati?
- Non esistevano servizi di livello qualitativamente elevato, eccellenti?

Evidentemente sì; la nozione di qualità è un presente che viene da lontano, che possiede antico spessore; la categoria della Qualità in realtà è sempre esistita. Anche l'uomo delle caverne era in grado di discernere tra un anese buono e uno scadente



Nella sostanza, allora, si tratta di una questione di metodo? Anche questo è vero solo in parte. Ricercare la Qualità, perseguire il miglioramento continuo è qualcosa di diverso che enunciare principi metodologici. Se rileggiamo in chiave moderna i principi fondamentali del Discorso sul Metodo di Cartesio, vi possiamo agevolmente scorgere il concetto di processo, le modalità del ciclo: plan, do, check, act, e finanche tracce di norme Iso e prelude di benchmarking.

- Non accattare mai altro che idee chiare e distinte.
- Sottile il problema in seno per quanto necessario a risolverlo.
- Organizza i tuoi pensieri controllandoli da ciò che è semplice verso ciò che è complesso.
- Controlla sempre bene che non vi siano state svolte.



"Non basta con la sintesi aver ricomposto il problema iniziale ora risolto, ma bisogna controllare che, durante l'analisi, non si sia trascurato alcun elemento e infine la revisione, il controllo della sintesi: solo questa assicura che il risultato ottenuto sia valido."

Attualmente la Qualità è definita come l'insieme delle caratteristiche che conferiscono a un prodotto, a un processo di lavorazione o ad un servizio, la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite.

Si può individuare un livello assoluto di qualità?

Gestire la qualità ha assunto valori diversi, in diverse aree geografiche e diversi periodi storici. Sono gli utilizzatori che di volta in volta definiscono le caratteristiche del prodotto o del servizio necessarie a soddisfarli.



È stato distribuito un questionario all'interno dell'Istituto e ad altre nove strutture del gruppo, al fine di rilevare, in particolare, il grado di comprensione e di compliance del Sistema di Gestione per la Qualità. Per ogni struttura, il questionario è stato sottoposto al Direttore Sanitario, al Responsabile della Gestione della Qualità, ad un Responsabile Medico e ad un Responsabile Infermieristico.

Dare una definizione di "qualità" non è affatto facile. Nel corso degli anni, però, molte persone ci hanno provato. Dia un giudizio numerico:

- | | |
|------------------|--|
| Certamente NO | 1 - Affermazione per nulla condivisa |
| Forse NO | 2 |
| Forse SI | 3 |
| Absolutamente SI | 4 - Affermazione assolutamente condivisa |

AFFERMAZIONE: "la qualità è..."	GIUDIZIO
V1 "Amore per il cliente" (Alberto Galgano)	
V2 "Il grado con cui uno specifico prodotto soddisfa le esigenze di uno specifico utilizzatore finale" (Jurjan)	
V3 "Il livello di eccellenza che possiede un prodotto o un servizio"	
V4 "Assenza di varianza"	
V5 "È l'opinione del cliente" (Feigenbaum)	
V6 "Qualcosa che riguarda le persone, i comportamenti, la cultura, cioè quegli elementi che non possono essere né coperti né certificati"	
V7 "Un prodotto/servizio che ha qualcosa che gli altri prodotti/servizi simili non hanno"	
V8 "Garantire la soddisfazione delle esigenze esplicite ed implicite dei clienti, al costo minimo e confrontandosi di continuo con la concorrenza"	
V9 "Cercare sempre il modo migliore per fare una cosa"	
V10 "Porsi degli obiettivi realistici, misurabili, misurati e migliorati costantemente"	
V11 "Conformità ai requisiti" (Crosby)	
V12 "La qualità deve essere raggiunta in cinque aree fondamentali: persone, mezzi, metodi, materiali e ambiente per assicurare la soddisfazione dei bisogni del cliente" (Newell & Dale)	
V13 "Il fondamento su cui costruire il proprio business"	
V14 "Il grado prevedibile di uniformità e affidabilità"	
V15 "A win-win formula" ("una formula lo vinco-tu vinci") (Bill Clinton)	
V16 "Mantenere le deviazioni entro le tolleranze stabilite" (Toyota)	

Questa prima tranne di domande, indicate come variabili da V1 a V16, rappresenta il grado di comprensione della filosofia stessa della qualità. La valutazione varia dal negativo (1) al molto positivo (4).

La serie successiva di domande, indicate come variabili da V17 a V23 e da V24 a V26, rappresenta invece la percezione della ricaduta che l'introduzione del Sistema Qualità ha rappresentato per la propria organizzazione. La valutazione varia dal negativo (1) al molto positivo (4), fatta eccezione per la prima domanda (V17), i cui valori, per omogeneità di analisi, sono stati invertiti nell'elaborazione statistica.

V17 La difficoltà di attivazione del SQA è stata ...
V18 Il "ritorno" sul clima aziendale è stato ...
V19 Il "ritorno" in "trasparenza" è stato...
V20 Il "ritorno" in efficienza è stato...
V21 Il miglioramento sulla governance clinica è stato....
V22 L'abbattimento dei costi è stato...
V23 La qualità ha offerto un'opportunità per rimettere in discussione l'assetto organizzativo in maniera
V24 Suggestirebbe ad un suo Collega di avviare il SQA nell'Azienda da lui diretta ?
V25 La qualità è davvero qualcosa di più di un'ingombrante suppellettile da spolverare solamente in occasione delle verifiche ispettive dell'ente certificatore
V26 È possibile attraverso il SQA ricreare un cusciotto per la gestione aziendale

- Molto inferiore alle aspettative
- Inferiore alle aspettative
- Superiore alle aspettative
- Molto superiore alle aspettative

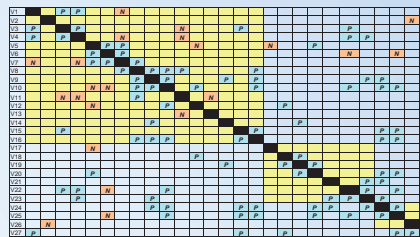
- Certamente No
- Forse No
- Forse Si
- Certamente Si

L'ultima domanda -V27- in pratica rappresenta la sintesi di tutto il questionario, in quanto, nell'espressione di un giudizio globale, indubbiamente, influiscono anche gli individuali livelli di cultura della qualità.

Anche in questo caso la valutazione varia dal negativo (1) al molto positivo (4)

V27— Complessivamente il giudizio sul Sistema Qualità Aziendale è

Negativo <input type="checkbox"/>	Appena Positivo <input type="checkbox"/>	Appena Negativo <input type="checkbox"/>	Abbastanza Positivo <input type="checkbox"/>	Molto Positivo <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	--	--	---



CORRELAZIONE BIVARIATA GLOBALE PER TUTTE LE FUNZIONI AZIENDALI

Rappresenta lo studio dell'andamento del valore di una variabile rispetto alle altre. L'area in giallo, corrisponde alle correlazioni interne i tre gruppi di domande (1° da V1 a V16; 2° da V17 a V23; 3° da V24 a V26; come già espresso V27 è una domanda consuntiva), all'interno del gruppo medesimo - intragruppo - L'area in bianco, rappresenta le correlazioni che possono intercorrere fra domande di un gruppo e domande dell'altro - intergruppo -.

La P indica una correlazione parallela e significa che al crescere di una variabile, l'altra tende ugualmente a crescere; nel nostro caso riveste anche un significato di positività. N è correlazione negativa: significa che al crescere di una variabile, l'altra tende a decrescere. N assume dunque un significato di negatività.

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	
POS	3	0	4	3	2	3	5	6	7	1	2	0	2	5	4	0	3	3	4	2	5	4	2	5	4	7	1	5
NEG	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
CONV	4	1	5	4	4	5	5	5	4	7	4	3	1	2	5	4	3	3	3	4	2	3	4	2	4	3	5	5
MAX	24	24	24	27	27	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29

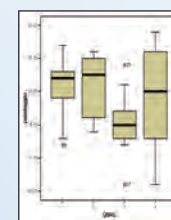
Per la Direzione Sanitaria, il dato saliente, è rappresentato dal miglioramento dell'aspetto organizzativo, a seguito dell'implementazione del sistema qualità.

Per il Responsabile della Qualità, oltre al miglioramento della pianificazione e organizzazione, la qualità rappresenta l'adeguatezza delle attività.

La Qualità per il Responsabile Medico, rappresenta un aiuto nell'esplicazione dei propri compiti, soprattutto in termini di definizione delle regole (procedure, protocolli...), il cui rispetto, seppur oneroso, conferisce sicurezza all'individuo.

Il Responsabile infermieristico, in prima, enfatizza il ruolo del cliente, apprezzando l'implementazione del sistema qualità, soprattutto per quanto riguarda l'obiettivo di assicurare la soddisfazione del cliente e, in particolare, come sistema capace di garantire l'efficacia delle cure.

DIAGRAMMA A SCATOLA

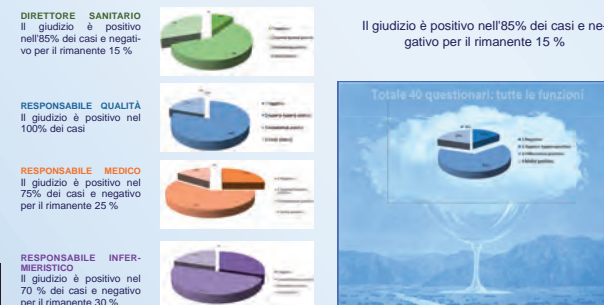


Studio della frequenza media delle risposte: In ascissa il numero di soggetti, in ordinata il percentile, assumendo che 100 corrisponde alla valutazione massima (4) per tutte le domande.



Discreta omogeneità di risposte per i Direttori Sanitari e, in particolare per i Responsabili Medici. Discrepanza di risposte per i Responsabili Infermieristici e per i Responsabili della Qualità.

Giudizio complessivo sul Sistema Qualità Aziendale



IEO Clinical Audit program: a tool to improve quality and Clinical Governance

Deriu P.L., Basso S., Marchese M., la Pietra L.

Introduction

Audit lies at the core of Clinical Governance. Clinical audit is the process by which doctors, nurses and other health professionals regularly and systematically review, and where necessary change, their clinical practice. The audit cycle consists of five stages:

- 1.Preparing for audit
- 2.Selecting criteria for audit review
- 3.Measuring level of performance
- 4.Making improvements
- 5.Sustaining improvements

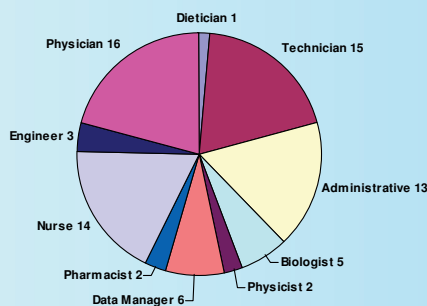
IEO Audit program developed over time:

1st step 2002. There were ten audits conducted by four auditors. The focus was on ISO-certified units and processes and procedures

2nd step 2006 There were 35 audits carried out by 20 auditors. The focus was on adherence to procedures, Joint Commission standards and Regional Accreditation standards.

3rd step 2009: there were 54 audits conducted by 70 auditors. The focus was on outsourcing processes and we started the clinical audits.

At present the Audit Team is made up of 77 professionals. It is a multidisciplinary group, the most represented groups are: Physicians, Nurses and Technicians (fig. 1).



Results

Over the last 3 years: in 208 audits we found 589 critical issues to be addressed and gave 504 recommendations (Tab.1)

Year	No. audits	Critical findings	Recommendations
2006	41	80	120
2007	55	152	145
2008	52	204	117
2009	60	153	122
Total	208	589	504

Over time audit has gained increasing recognition by the management of IEO as a tool to improve quality and governance .

Its development has been greatly encouraged, especially in terms of improvement projects derived from critical findings.

Some major changes regard: reduction (66%) of blood bags wasted, decrease of storage length for hospital waste (from 10 to 3 days), management of emergency carts (95% precision and accuracy of the procedure) and improvement of quality of clinical records (87% of standards met) .

In 2010 38 audits have been planned (for example: emergency management, appropriate methodology in autopsies, use of blood and use of experimental drugs).

Conclusions

Strengths:

- Staff involvement in the process reviews
- Alternative professional point of view
- Implementation of Joint Commission standards

Weaknesses:

- Time-consuming
- Limited involvement of Clinical Directors
- Difficulties in the implementation of certain improvement actions.

The IEO Management and Quality Control intend to give increasing support to this program as it has proved itself to be an effective tool to improve and enhance quality and clinical governance.





Riprogettare l'architettura organizzativa per livelli di intensità assistenziale: un modello per la previsione dei fabbisogni ospedalieri di personale medico

Elisabetta Masturzo
 Direzione Medica di Presidio
 A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano

PREMESSA

Negli ultimi anni si sta, infatti, assistendo ad un progressivo mutamento dei modelli organizzativi dominanti con il passaggio da strutture tradizionalmente fondate sulla compartimentazione delle attività assistenziali secondo ambiti disciplinari a strutture che ricompongano i processi affidandone la responsabilità a gruppi polifunzionali di lavoro, secondo logiche di economia di scala e di scopo.

A partire da queste premesse, si è tentato di quantificare i fabbisogni di personale medico alla luce del mutato contesto culturale che vede emergere nuove configurazioni architettoniche ed organizzative per gradienti di intensità assistenziale.

Il modello elaborato ricava le dotazioni rapportando il fabbisogno orario annuale necessario a coprire i livelli minimi di funzionamento delle strutture con il debito orario unitario annuale (debito orario giornaliero x giorni lavorativi).

Sappiamo, infatti, che i medici non lavorano 365 giorni all'anno e che sono mediamente assenti per 150 giorni l'anno per i seguenti motivi:

- 52 giorni per riposi settimanali;
- 11 giorni per festività infrasettimanali;
- 36 giorni per congedi ordinari;
- 21 giorni per malattie, congedi straordinari, altri incarichi;
- Circa 30 giorni per aggiornamento professionale.

RISULTATI

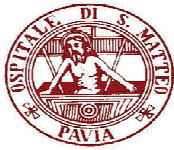
	descrizione modulo			dotazioni modulo		fabbisogno orario del modulo																								debito orario																	
	Regime	Disciplina	Descrizione attività	Dotazione		Unità teoriche																								fabbisogno ore/die	gg di apertura	fabbisogno ore/anno	Debito orario giornaliero	gg lavorativi	debito orario annuale	Unità teoriche											
				Unità / dotazione str.	Unità teoriche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24																		
PER DOTAZIONE STRUTTURALE	DO	M	Degenza	10	0,10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	365	8.760	6,3	215	1.355	6							
	DO	C	Degenza	15	0,13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	48	365	17.520	6,3	215	1.355	13							
	CO	C	Sala operatoria	1	3,00	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	72	365	26.280	6,3	215	1.355	19							
	DS	C	Day surgery	1	2,00	2							2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	261	6.264	6,3	215	1.355	5								
	DH	M	Day hospital	10	0,10	1							1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	261	3.132	6,3	215	1.355	2							
	AMB		Ambulatorio	1	1,00	1							1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	261	3.132	6,3	215	1.355	2							
	AMB		Pronto soccorso	1	1,00	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	365	8.760	6,3	215	1.355	6							
PER NUMERO PAZIENTI																				giorni feriali																											
	Regime	Disciplina	Descrizione attività	pazienti	Unità / paziente	Unità teoriche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	fabbisogno ore/die	gg di apertura	fabbisogno ore/anno	Debito orario giornaliero	gg lavorativi	debito orario annuale	unità teoriche										
	DO	M	Degenza	10	0,10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	261	6.264	6,3	215	1.355	5							
	DO	C	Degenza	15	0,60	9	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9	9	9	9	9	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	64	261	16.704	6,3	215	1.355	12							
																				giorni festivi																											
	DO	M	Degenza				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	104	2.496	6,3	215	1.355	2							
	DO	C	Degenza				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	104	2.496	6,3	215	1.355	2							
																				anno																											
	DO	M	Degenza																																365	8.760	6,3	215	1.355	6							
	DO	C	Degenza																																	365	19.200	6,3	215	1.355	14						

CONCLUSIONI

La trasformazione del contesto socio-culturale, economico ed epidemiologico sollecita le organizzazioni sanitarie ad un continuo riallineamento delle strategie gestionali.

Ne deriva come la necessità di disporre di strumenti di ponderazione dei fabbisogni affidabili ed adattativi costituisca un interesse primario per il management aziendale.

L'esperimento qui condotto traduce in termini quantitativi gli indirizzi previsti dalla Regione Lombardia all'interno delle norme sull'accreditamento.

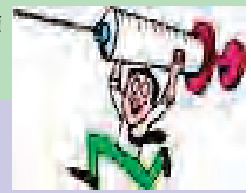


L'organizzazione di risposte a più livelli per l'influenza AH1N1 come "prova generale" di contenimento di un evento pandemico

P. Monti, A. Muzzi, T. Feletti, M. Fiorentini, R. Lodi, C. Spairani, M. Bosio, P. Caltagirone
IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo. Pavia

Introduzione:

Lo stato di allerta emesso dalle autorità europee nei confronti della pandemia da **influenza AH1N1**, l'elevato numero di potenziali pazienti in arrivo e l'individuazione del Policlinico come uno degli ospedali di riferimento per la gestione del paziente con grave insufficienza respiratoria hanno indotto la Direzione Medica di Presidio a prevedere, in sinergia con le strutture coinvolte, una serie di risposte multiple in relazione ai diversificati bisogni connessi al probabile arrivo di pazienti in stadi diversi della malattia.



Contenuti:

Nel Policlinico San Matteo per fronteggiare le diverse criticità che ci si poteva aspettare di fronte alla pandemia da influenza AH1N1 sono state attivate risposte organizzative multiple che hanno coinvolto la maggior parte dei dipendenti dell'area sanitaria del Policlinico. Le misure adottate si possono così riassumere:

misure preventive: corso di formazione al personale della Fondazione, soprattutto allo scopo di implementare la risposta alla vaccinazione e di fornire corrette informazioni sulla patologia; dotazione di dispositivi di protezione individuale con spiegazione circa l'uso corretto; comunicazioni circa i comportamenti da adottare dal punto di vista della protezione individuale, della diagnosi (uso degli esami colturali) e delle cure dei pazienti; percorsi diversificati per i pazienti con sospetta influenza nei diversi punti di Pronto Soccorso del Presidio: pediatrico, per adulti e ostetrico; allestimento di punti di prevenzione (denominati stop ai germi) in pronto soccorso, nei punti di ingresso e nei corridoi dei reparti e distribuzione di indicazioni scritte ai visitatori; effettuazione di vaccinazione al personale dipendente anche attraverso ambulatori itineranti nei vari padiglioni; predisposizione di servizi di vaccinazione ai pazienti ambulatoriali in carico, in particolare ai pazienti con patologie croniche.

misure di diagnosi: supporto alla virologia per attivazione diagnosi microbiologica, organizzazione pronta disponibilità; organizzazione del supporto infettivo logico ai reparti, in particolare al pronto soccorso e alla ostetricia; diffusione materiale circa appropriatezza nella richiesta degli esami.

misure di trattamento: sensibilizzazione disponibilità reparto malattie infettive, predisposizione depliant informativi circa l'uso degli antivirali, in particolare per le donne gravide; gestione dell'eventuale isolamento del paziente a cura della direzione medica di presidio; acquisto ECMO per ospedali Regione Lombardia; organizzazione dei gruppi itineranti per valutazione paziente con insufficienza respiratoria acuta; organizzazione trasferimento ed accoglimento pazienti.

Conclusioni:

L'organizzazione di risposte multivariate in relazione al potenziale evento pandemico quale avrebbe potuto essere l'influenza AH1N1, ha consentito di sviluppare una sensibilità specifica nei confronti di eventi infettivi di importanti dimensioni, che, se ulteriormente standardizzati, possono costituire una sorta di linea guida verificata sul campo, per predisporre a sostenere situazioni pandemiche; una sorta di "prova generale" e di coinvolgimento di una importante quota parte della popolazione sanitaria, come sta diventando consuetudine effettuare soprattutto nei confronti di eventi potenzialmente a rischio di gravi danni alla popolazione (incendi, prove protezione civile o prefettura).



Parole chiave: Influenza AH1N1; risposta multipla; prove generali.



PULIZIE & SANIFICAZIONI A PROVA DI PAZIENTE

La pulizia degli ambienti dove ci si prende cura degli ammalati o delle persone non autosufficienti è doppiamente importante. Le buone condizioni igieniche sono, infatti, la prima barriera contro le infezioni e il primo indicatore di qualità del servizio sanitario percepito dai pazienti.

Il know how di Coopservice, maturato in oltre trent'anni di attività, offre in proposito le più ampie garanzie, in virtù di una sperimentata gamma di servizi progettati a misura del committente e forniti anche nelle modalità *global service* e *project financing*.

Un'attitudine che fa di Coopservice non un semplice fornitore ma un partner di fiducia.

Negli ospedali, nelle cliniche, nelle case di riposo, Coopservice è in grado di risolvere qualsiasi problema d'igiene, come dimostra l'esperienza acquisita nella pulizia e sanificazione di ogni tipo di ambiente, compresi i comparti che richiedono interventi di alto profilo, come le sale operatorie. Svolti secondo procedure rigorose, i servizi prestati da Coopservice sono sottoposti a costanti controlli di risultato da parte del committente, attraverso analisi strumentali e di laboratorio.

COOPSERVICE. MOLTO PIÙ DI UN SEMPLICE FORNITORE



L'Health Technology Assessment nell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino: un anno di attività per promuovere la valutazione ragionata delle tecnologie sanitarie

Riassunto

L'HTA è uno strumento di clinical governance che permette alle Aziende Sanitarie di valutare secondo il profilo rischio beneficio l'introduzione di tecnologie sanitarie innovative. Attivare l'HTA è oggi imprescindibile per garantire una valutazione razionale ed efficace delle tecnologie sanitarie e per investire in modo appropriato le risorse economiche sempre più limitate. Presso l'AO Ordine Mauriziano, dopo analisi e benchmarking svolti nel 2009, a marzo 2010 nasce la Commissione HTA, con il relativo Regolamento che disciplina il flusso delle richieste dei clinici per acquisire tecnologie sanitarie innovative. L'obiettivo è valutare le tecnologie in modo evidence based, condiviso tra decisori aziendali e utilizzatori clinici. Per implementare l'attivazione dell'HTA la strategia scelta è di diffonderne la cultura promuovendo la comunicazione tra organizzatori e clinici, partendo dalla compilazione dei moduli previsti supportata dalla DMPO. La Commissione HTA si è riunita a giugno 2010, con la partecipazione dei clinici, per la valutazione dell'acquisizione di 4 tecnologie e 2 cessioni in prova. Attraverso l'HTA l'AOOM ha realizzato quindi un processo partecipato di allocazione delle risorse, il quale garantisce il miglioramento dell'appropriatezza di introduzione di tecnologie innovative e la tutela della salute del cittadino.

Arianna Vitale*, **Silvio Falco****, **Iolanda Vigna***, **Barbara Mitola***, **Silvia Torrenzo[^]**, **Annalisa Gasco^{^^}**, **Carmen Siani[^]**, **Alberto Magnetti[^]**, **Piero Armando[^]**, **Michele Stasi^{^^^}**, **Graziella Costamagna^{***}**, **Paola Malvasio***

AO Ordine Mauriziano di Torino - Ospedale Umberto I, *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero,

Direzione Sanitaria, *SITRO, [^]Dipartimento Tecnico Logistico, ^{^^}Farmacia, ^{^^^}Fisica Sanitaria

INTRODUZIONE

L'Health Technology Assessment (HTA) trova oggi in Italia fondamento nella normativa nazionale che prevede già nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 la valutazione ragionata e basata su evidenze scientifiche delle tecnologie sanitarie innovative che si vogliono introdurre nelle Aziende Sanitarie (1,2,6).

Tale normativa si colloca perfettamente tra un mercato tecnologico in continuo aggiornamento ed evoluzione - che produce apparecchiature elettromedicali e dispositivi medici sempre più sicuri per

operatori e pazienti e un budget di spesa sanitaria sempre più ridotto, considerate le limitazioni da parte dello Stato alle Regioni per la spesa sanitaria e la conseguente riduzione dei fondi distribuiti per l'innovazione tecnologica alle aziende sanitarie (8). Nella Regione Piemonte, in applicazione al D.Lgs 229/1999 (5) e al Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010, è stata individuata quale priorità per le Aziende Sanitarie la necessità di dotarsi di un Governo Clinico (clinical governance), cioè di un sistema improntato al miglioramento della qualità dei servizi, assicurando l'appropriatezza, l'ef-

ficacia e la sicurezza delle prestazioni erogate (3,4,7). Tra gli strumenti della clinical governance è stato individuato l'Health Technology Assessment, a supporto delle decisioni aziendali e regionali per l'acquisizione di tecnologie sanitarie. Il termine "tecnologie sanitarie" si riferisce non solo ai dispositivi medico chirurgici e alle apparecchiature biomedicali, ma anche alle procedure cliniche, ai trattamenti farmaceutici ed ai sistemi organizzativo-gestionali.

In sintesi si può distinguere tra: tecnologie sanitarie materiali

- Dispositivi (pacemaker cardiaci, cateteri venosi centrali, ecc)
- Apparecchiature (tomografia computerizzata, ecc.)
- Farmaci (vaccini, beta-bloccanti, ecc.)

tecnologie sanitarie immateriali

- Procedure medico-chirurgiche (angiografia coronarica, ecc.)
- Sistemi sanitari (unità sanitarie particolari quali l'unità di terapia intensiva, programmi di screening, ecc)
- Sistemi di supporto (archiviazione elettronica delle cartelle cliniche, ecc.)
- Sistemi organizzativi e gestionali
- Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali.

Data la dinamicità dell'innovazione tecnologica e vista l'evoluzione della ricerca di base, il processo di valutazione delle tecnologie è necessariamente dinamico: questa peculiarità obbliga ad aggiornare le valutazioni nel tempo e, di

**PAROLE CHIAVE:**

Health Technology Assessment, appropriatezza, profilo rischio beneficio

conseguenza, le decisioni, prese a riguardo di un farmaco, di una tecnologia elettromedicale o di una procedura medica o chirurgica. L'approccio metodologico e tecnico dell'HTA aziendale è fondamentale per garantire una corretta programmazione delle acquisizioni di tecnologie sanitarie previste nel Piano acquisti aziendale, secondo priorità basate sulle evidenze scientifiche riferite alle tecnologie sanitarie. L'introduzione dell'HTA si afferma nell'ambito della programmazione della Azienda Ospedaliera in quanto fornisce una possibile soluzione alla criticità della limitatezza delle risorse, problematica oggi aggravata da fenomeni sociali e demografici come l'invecchiamento della popolazione, la crescita in volume e consapevolezza della domanda di assistenza, così come le nuove opportunità di cura derivanti dallo sviluppo tecnico e tecnologico (9). L'HTA assicura un processo partecipato nella creazione di quelle evidenze che guidano decisioni difficili riguardo l'allocazione delle risorse, secondo criteri di appropriatezza e di priorità. Tanto più è integrato il processo decisionale tra clinici utilizzatori delle tecnologie e decisori aziendali tanto maggiore è l'implementazione dell'introduzione di tecnologie innovative appropriate, efficaci e sicure (10).

In Piemonte il comitato di attivazione HTA dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS) ha condotto nel biennio 2008-2009 un'indagine conoscitiva sullo sta-

to dell'arte dell'HTA nelle aziende sanitarie regionali per valutare l'attuazione della normativa che richiedeva che ogni azienda sanitaria fosse dotata di un nucleo di valutazione HTA. Il risultato dell'indagine condotta ha evidenziato, a livello regionale, una situazione molto disomogenea tra le varie aziende e tuttora quelle dotate di commissioni HTA che attuano la valutazione delle tecnologie sanitarie con modalità operative diffe-

renti. Pertanto la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero (DMPO) della Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano (AOOM) ha avviato un'indagine di benchmarking tra le Aziende del territorio di Torino per individuare procedure e modalità di attivazione dell'HTA efficaci e ottimali.

OBIETTIVI

L'obiettivo fondamentale della costituzione del gruppo multidisciplinare e multiprofessionale di HTA (denominato Commissione HTA) presso l'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino è quello di acquisire le tecnologie sanitarie dopo aver valutato le stesse tecnologie sulla base di

**Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano
di Torino**

Sede legale: Via Magelano, 10125 TORINO
Tel: +39 011 505.1111
www.imauriziano.it

OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I **PI/Cod. Fisc. 09059340019**

**Alla C.A. della Commissione Aziendale HTA
c/o Direzione Medica di Presidio**

Modulo A MODULO RICHIESTA TECNOLOGIA SANITARIA

DIPARTIMENTO _____ S.C. _____
CENTRO DI COSTO _____ DATA _____

1) TECNOLOGIA SANITARIA RICHIESTA: _____

2) IMPIEGO PER:
 MONITORAGGIO
 TERAPIA
 DIAGNOSTICA
 ALTRO specificare _____

3) INDICAZIONI CLINICHE/MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA
 n.b.: per le apparecchiature di alta tecnologia si prega voler allegare relazione specifica seguendo lo schema "alta tecnologia e/o innovativa"
 L'apparecchiatura richiesta è prevista dal programma di accreditamento?
 SI
 NO

se conosciuto
 COSTO PRESUNTO: _____ EURO
 DISPONIBILITA' DI FONDI: SI NO PARZIALE
 se disponibili allegare documentazione specifica

figura 1

4) L'APPARECCHIATURA RICHIESTA E' DA VALUTARE COME:

INNOVAZIONE (apparecchiatura non presente in azienda) n.b.: in questo caso si prega voler allegare relazione specifica seguendo lo schema "alta tecnologia e/o innovativa"

POTENZIAMENTO

INTEGRAZIONE TECNOLOGIA (apparecchiatura già presente ma in numero insufficiente): in questo caso segnalare il numero delle apparecchiature presenti: _____

NUOVA TECNOLOGIA (apparecchiatura non presente nella S.C.)

AGGIORNAMENTO TECNOLOGIA (up-grade)

SOSTITUZIONE PER FUORI USO (allegare il modulo di fuori uso)

SOSTITUZIONE PER INDISPONIBILITA' PARTI DI RICAMBIO in questi casi segnalare se è presente un' apparecchiatura in sua sostituzione temporanea
 SI NO

SOSTITUZIONE PER ADEGUAMENTO A NUOVE NORME in questo caso segnalare i Riferimenti Normativi: _____

SOSTITUZIONE PER OBSOLESCENZA E/O LIVELLO TECNOLOGICO INADEGUATO ALL'USO CUI E' DESTINATA in questo caso illustrare le motivazioni: _____

è segnalare se l'apparecchiatura può essere ricollocata:
 SI NO
 se SI:
 come riserva
 in altra sede se possibile specificare quale _____

FIRMA DEL MEDICO PROPONENTE _____

FIRMA DEL DIRETTORE DI STRUTTURA SEMPLICE/COMPLESSA _____

FIRMA DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____

figura 1 bis

evidenze scientifiche per garantire un'acquisizione appropriata in termini di efficacia e di efficienza, evitando ripetizioni o duplicazioni di tecnologie in azienda. Inoltre, la commissione HTA fornisce pareri anche in merito alle cessioni in prova richieste dai clinici e alle istanze di donazione.

In particolare gli obiettivi di HTA nell'ottica della Mission Aziendale dell'AO Ordine Mauriziano sono:

1. valutare efficacia, sicurezza, costo-efficacia delle tecnologie sanitarie in uso e di nuova introduzione
2. pianificare acquisto, manutenzione, dismissione delle tecnologie sanitarie
3. integrare HTA con PDTA e Clinical Governance
4. controllare e monitorare – anche in termini di sicurezza e rischio per pazienti e operatori - i comodat d'uso e le cessioni in prova

5. proporsi come strumento di valutazione della tecnologia sanitaria innovativa e, in modo evidence based, della relativa implementazione in ospedale.

MATERIALI E METODI

Il processo di costituzione e attivazione del team di HTA ha richiesto un intero anno di lavoro, dall'1 luglio 2009 al 30 giugno 2010.

Fase 1 – Analisi del contesto locale (luglio-dicembre 2009)

È stata condotta un'attenta analisi delle modalità operative con le quali venivano richieste dai clinici le innovazioni tecnologiche da acquisire in azienda oltre che un dettagliato monitoraggio dei flussi e dei percorsi che seguivano tali richieste. In particolare si è valutato:

- a chi veniva inviata la richiesta

(Provveditorato , Direzione Medica di Presidio, Farmacia, Ufficio Tecnico)

- da chi veniva compilata
- quali pareri era necessario acquisire prima di dare parere favorevole
- quali tempistiche richiedeva l'intero processo.

Fase 2 – Aggiornamento e benchmarking sul territorio (ottobre - novembre 2009)

La DMPO ha partecipato alla giornata di presentazione dell'indagine ARESS sullo stato di attivazione e funzionamento dei gruppi HTA nelle aziende sanitarie del Piemonte. Da tale indagine sono emersi gli esempi virtuosi da seguire sul territorio di Torino Pertanto, in seguito a questo workshop, la DMPO della nostra Azienda ha contattato la DMPO di altre AO per conoscere quali procedure erano state elaborate e quali provvedimenti erano stati implementati per garantire il corretto funzionamento dell'HTA. Sulla base di tali esperienze la DMPO ha convocato un tavolo di lavoro promuovendo la partecipazione delle figure che avrebbero dovuto costituire in seguito il gruppo HTA. Il nucleo iniziale del gdl ha espresso il proprio percepito delle criticità legate all'acquisizione delle tecnologie sanitarie e ha formulato un'ipotesi di lavoro per la costituzione della commissione HTA e per la elaborazione/formalizzazione del regolamento HTA.

Fase 3 – Formazione specifica (dicembre 2009)

La DMPO ha partecipato al Corso di Formazione GIMBE (Bologna) relativo alla valutazione delle tecnologie sanitarie e all'introduzione dei concetti di base dell'HTA. Tale corso è stato fondamentale sia per effettuare benchmarking nell'ambito

delle pratiche di HTA delle varie realtà sanitarie nazionali sia per testare e discutere in una sede di ampio respiro le ipotesi di soluzione locale già valutate per l'Azienda.

Fase 4 – Elaborazione regolamento e formalizzazione Gruppo HTA (gennaio-marzo 2010)

Il gruppo HTA è stato costituito contestualmente alla approvazione del regolamento HTA, elaborato e condiviso tra le varie strutture componenti la commissione, adottato con Delibera Aziendale n. 210 del 23 marzo 2010 (“Costituzione del Gruppo multidisciplinare Health Technology Assessment e approvazione procedura aziendale Regolamento di HTA per l'acquisizione delle tecnologie sanitarie presso l'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino”).

Fase 5 – Diffusione (aprile - maggio 2010)

Il documento è stato diffuso a tutti i clinici via mail, messo a disposizione su Intranet ed illustrato in un seminario-incontro esplicativo dei contenuti del regolamento stesso. Sono state chiarite le modalità operative di compilazione dei moduli di richiesta per l'acquisizione di tecnologie sanitarie e sono state descritte le fasi di lavorazione della Commissione HTA nei confronti di tali richieste, per promuovere la trasparenza del processo decisionale. Inoltre, la DMPO si è resa disponibile a supportare i clinici a compilare i moduli di richiesta di acquisizione per favorire la diffusione della cultura HTA e la comunicazione tra organizzatori e clinici in materia di valutazione di appropriatezza.

Fase 6 – Inizio lavori (giugno 2010)

La commissione HTA si è riunita il 30 giugno 2010 per discutere l'acquisizione di quattro tecnologie sanitarie e due cessioni in prova.

Schema "alta tecnologia e/o innovativa"	
BENEFICI ATTESI	CLINICI = efficacia ed efficienza della tecnologia (bisogno di salute, aumento dell'appropriatezza, aumento dell'efficacia, minore invasività, ecc.)
	GESTIONALI = miglioramento qualitativo inerente all'introduzione della tecnologia (minore impiego di personale, riduzione tempi diagnostici, riduzione tempi di assistenza, riduzione ricorso ad altre prestazioni, utilizzo in ambito dipartimentale dell'attrezzatura, ecc.)
	STRUTTURALI/ IMPIANTISTICI= adeguamenti strutturali e impiantistici (necessità di adeguamenti strutturali nel rispetto del DPR 14/1/97, necessità di spazi o impianti aggiuntivi, ecc.)
	SICUREZZA (riduzione dei rischi per i pazienti, riduzione dei rischi per gli operatori, ecc.)
PRESUPPOSTI CLINICI	BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO (allegare almeno 3 studi clinici)
	ESISTENZA DI LINEE GUIDA PER L'IMPIEGO DELL'APPARECCHIATURA (allegarne una)
ESIGENZE PER L'INTRODUZIONE DELLA ATTREZZATURA	PERSONALE= numero eventuale di operatori coinvolti e loro qualifica professionale e necessità di risorse aggiuntive umane (presenza di personale dedicato, standard numerici disposti per profilo professionale, necessità di esperto esterno per avvio della procedura, ecc.)
	FORMAZIONE (necessità di formare/aggiornare/addestrare il personale, con quali modalità e tempi, ecc.)
	RICADUTE SUL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE (durata di degenza, necessità di ulteriori prestazioni, variazione della tipologia di ricovero, ecc.)
	MATERIALE DI CONSUMO (tipologia, quantità, costo per procedura, costo per paziente, esclusività, compatibilità con altre attrezzature già presenti, necessità di disinfezione/sterilizzazione, particolari necessità di smaltimento, ecc.)
	ESPOSIZIONE A RISCHI PARTICOLARI (radiologico, chimico, laser, ecc.)
ULTERIORI INFORMAZIONI	CODICE PRESTAZIONE
	NUMERO PRESUNTO DI PRESTAZIONI/ANNO = stima prestazioni/esami effettuabili
	ORE DI UTILIZZO SETTIMANALE
	PREVISIONE DI UN UTILIZZO DIPARTIMENTALE
	COSTO DELL'ATTREZZATURA ALTRI COSTI

figura 2

LA COMMISSIONE, LA DELIBERA E IL REGOLAMENTO IN BREVE

Il Regolamento - all'interno dell'AO Ordine Mauriziano- pone l'HTA come uno specifico approccio alla gestione manageriale della programmazione sanitaria e delle acquisizioni di tecnologie sanitarie. Tale approccio si caratterizza per la ricerca di una maggiore razionalità nelle decisioni, facendo ricorso all'evidenza scientifica quale fondamentale supporto alla decisione stessa e alla ricerca di un consenso tra le diverse componenti aziendali (clinico-sanita-

ria, tecnico-logistica, direzionale, amministrativa). Il regolamento descrive l'attività del Gruppo multidisciplinare HTA aziendale (denominato in seguito Commissione HTA) e le modalità di richiesta di acquisizione di tecnologie sanitarie. Nel regolamento sono sintetizzate e racchiuse le principali modalità di gestione delle acquisizioni di tecnologie sanitarie che si riassumono nelle seguenti fasi:

- richiesta da parte del Direttore Clinico alla Commissione HTA di introduzione di nuova tecnologia sanitaria (oppure di acquisizione di tecnologia sanitaria già in uso per obsolescenza

Modulo B SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

COMMISSIONE AZIENDALE HTA del...../...../.....

TECNOLOGIA SANITARIA RICHIESTA								
DATI PER VALUTAZIONE HTA	Dati Direzione Sanitaria d'Azienda / DMPO	Dati Sistemi Informativi	Dati Ufficio Tecnico/ Ingegneria e clinica	Dati Farmacia	Dati Provveditorato	Dati SITRO	Dati RSPP	Dati Fisica Sanitaria
BENEFICI ATTESI								
PRESUPPOSTI CLINICI								
ESIGENZE PER L'INTRODUZIONE DELLA ATTREZZATURA								
PRIORITA'								
ULTERIORI INFORMAZIONI								
Parere commissione HTA:								

Torino,

La Commissione Aziendale HTA

figura 3

dell'attuale o per aggiornamento tecnologico), con dettagliata motivazione e dati bibliografici relativi ad evidenze scientifiche, che supportino la richiesta secondo il modulo A (figura 1, 1bis) e lo Schema Alta tecnologia (figura 2)

- valutazione da parte della Commissione HTA della tecnologia sanitaria di cui è stata avanzata richiesta ed elaborazione di un report della Commissione, contenente il parere della Commissione stessa (favorevole o sfavorevole) secondo il modulo B (figura 3).

Sulla base del parere della Commissione HTA si effettua la programmazione delle acquisizioni da inserire nel Piano Acquisti aziendale, secondo le modalità che si ritengono più opportune ed appro-

priate (comodato d'uso, in service/leasing, acquisizione) e seguendo un ordine di priorità che consideri la rilevanza delle ricadute clinico assistenziali della tecnologia sanitaria da introdurre, concordemente agli obiettivi aziendali assegnati dal livello regionale.

All'interno della Commissione HTA vengono discusse anche le acquisizioni dei dispositivi medici, ma non dei farmaci il cui acquisto/introduzione in Prontuario Terapeutico Ospedaliero è valutato nella Commissione Farmaceutica Aziendale, già esistente presso l'AO. Oggetto del parere della Commissione HTA sono anche le richieste di Cessione in prova di dispositivi medici o di elettromedicali.

L'attività della Commissione Aziendale dell'Health Technology Assessment è finalizzata alla va-

lutazione dei vantaggi delle nuove acquisizioni, delle priorità di acquisto e di impatto economico-organizzativo, in ambito aziendale, mediante un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. La Commissione HTA Aziendale è composta da:

- Direzione Sanitaria d'Azienda
- SC Direzione Medica di Presidio
- Dipartimento Tecnico Logistico (SC Sistemi Informativi, SC Provveditorato ed Economato,
- SC Ufficio Tecnico- Ingegneria Clinica)
- SC Servizio Infermieristico Tecnico della Riabilitazione e della Professione Ostetrica
- SC Farmacia
- SS Servizio Prevenzione e Protezione
- SC Fisica Sanitaria.

La Commissione HTA Aziendale si avvale, di volta in volta e sulla base delle varie necessità emergenti, delle diverse professionalità cliniche presenti in Azienda e della collaborazione del Gruppo HTA istituito presso l'AReSS della Regione Piemonte. Il ruolo e le responsabilità dei diversi membri della Commissione sono esplicitati nella matrice delle responsabilità che è parte integrante del regolamento HTA (tabella 1).

La Commissione HTA Aziendale valuta le richieste di acquisizione di tecnologie biomedicali in termini di (11):

- caratteristiche tecniche
- efficacia ed efficienza
- sicurezza clinica
- indicazioni d'uso
- impatto economico
- impatto organizzativo
- impatto strutturale e impiantistico
- precisa e accurata pianificazione strategica.

L'evidenza di attività della Commissione HTA è garantita da un set di indicatori che sono:

Tabella 1 - MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	Direzione Sanitaria d'Azienda	Direzione Medica di Presidio	Dipartimento Tecnico Logistico	Farmacia Fisica Sanitaria	SS.CC./SS.SS./Dipartimenti clinici	S.I.T.R.O	RSPP
Coordinamento Commissione HTA	R/C	R/C	R/C				
Aggiornamento Procedura Regolamento HTA		R	R			C	
Analisi appropriatezza sanitaria	R	R			C	R	
Analisi appropriatezza economica			R				
Supporto Tecnico			R (Ing Clinica)	R			
Valutazione rischi per operatori sanitari		C				C	R
Richieste acquisizione tecnologie		A	A	A	R		

R = responsabile azione C = collaboratore A = approvazione

- presenza dei verbali delle riunioni della Commissione stessa
- presenza dei report di HTA
- elaborazione di un Piano di Acquisti Aziendale basato sulle evidenze scientifiche
- evidenza di un flusso standardizzato di richieste di acquisizioni di tecnologie biomediche che segue le indicazioni del regolamento HTA
- procedure standard per la funzione di HTA (regolamento)
- database dei report rilasciati dalla Commissione.

RISULTATI

La riunione della Commissione del 30 giugno 2010 ha valutato:

- l'introduzione di due tecnologie sanitarie innovative richieste dall'Otorinolaringoiatria (una per la sinusectomia non invasiva e una per il trattamento della disfonia/disfagia refrattaria a riabilitazione logopedico-foniatrica)

- l'acquisizione di due tecnologie sanitarie di aggiornamento in sostituzione di due fuori uso per obsolescenza individuati dal Laboratorio Analisi (uno spettrometro a infrarosso per il laboratorio di calcolosi, analisi del calcolo renale, e una stazione di pipettaggio automatico per il laboratorio di ormonologia, analisi della ioduria)
- la cessione in prova di uno strumento software per il Laboratorio Analisi (elettroforesi delle proteine)
- la cessione in prova di una colonna laparoscopica per la Ginecologia e Ostetricia, da provare all'interno delle sale operatorie generali.

La DMPO ha presentato le tecnologie richieste in acquisizione fornendo una proposta di priorità di acquisizione sulla base dei dati epidemiologici e di letteratura relativi al profilo rischio-beneficio.

I clinici richiedenti sono stati con-

vocati alla riunione per la parte iniziale relativa alla presentazione della tecnologia in termini di impatto clinico, benefici, costi, sicurezza, necessità di formazione del personale addetto. I clinici non erano presenti nella parte decisionale che ha visto coinvolti la Direzione Sanitaria, il Dipartimento Tecnico Logistico e la Farmacia. I pareri della commissione sono stati favorevoli per tutte le acquisizioni, tranne che per il sistema per il trattamento della disfonia/disfagia. Per le cessioni in prova si è dato parere favorevole con riserva in attesa di ricevere la dichiarazione di certificazione CE per il software e di ottenere spiegazioni maggiormente dettagliate dal clinico richiedente per quanto riguardava la colonna laparoscopica, considerato l'elevato impatto nell'organizzazione della sala dedicata alla Ginecologia. Si sono acquisiti i pareri di obsolescenza dall'Ingegneria Clinica

per quanto riguardava i fuori uso delle apparecchiature del Laboratorio Analisi.

È stato elaborato un verbale della riunione inviato via mail dalla DMPO a tutti i membri della Commissione e i pareri sintetici forniti dalla Commissione sono stati inviati in cartaceo ai singoli clinici richiedenti, su modulo dedicato contenente tutte le osservazioni espresse dai diversi membri della Commissione HTA.

La Direzione Sanitaria d'Azienda ha comunicato al Direttore Generale e a quello Amministrativo il parere tecnico della Commissione prima di richiedere alla Regione Piemonte l'autorizzazione all'acquisto delle tecnologie valutate.

Per la prossima riunione della Commissione è stato già elaborato l'ordine del giorno preliminare che prevede la valutazione di 10 acquisizioni e 4 cessioni in prova: la compilazione della modulistica è stata effettuata congiuntamente tra i professionisti della Direzione Medica di Presidio e i clinici richiedenti.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dal momento dell'introduzione del Regolamento HTA e della costituzione e insediamento della Commissione il flusso di richieste di acquisizione viene filtrato interamente dalla segreteria della DMPO che svolge il ruolo di segreteria della Commissione stessa. In tal modo si evitano le criticità che prima determinavano difficoltà di comunicazione tra clinici e servizi trasversali (Farmacia, Provveditorato, Ingegneria Clinica, Sistemi Informativi) oltre che tra gli stessi servizi trasversali e si riduce la dilatazione dei tempi di acquisizione delle tecnologie innovative ad elevato impatto clinico. I pareri non

vengono più richiesti ripetutamente da diverse strutture (Direzione Sanitaria, Provveditorato) ai servizi tecnici (Farmacia, Ingegneria clinica) e pertanto si garantisce la valutazione complessiva e validata scientificamente della tecnologia da acquisire, poichè i pareri tecnici vengono forniti in sede unica, in modo condiviso e comprensibile a tutti, senza necessità di ulteriori chiarimenti.

I clinici si sentono più motivati a fare richieste appropriate, giustificate da un reale beneficio per il paziente o per l'operatore, e non semplicemente indotte dal fascino di un mercato tecnologico in continuo aggiornamento ed evoluzione.

I professionisti sanitari sono coinvolti nel processo decisionale di acquisizione delle tecnologie innovative poichè sono chiamati in prima persona a esporre in modo responsabile gli elementi di efficacia, efficienza e sicurezza che caratterizzano la tecnologia in oggetto. Implementare l'HTA promuovendo la comunicazione tra clinici e organizzatori diventa un momento di crescita culturale dei professionisti della salute che condividono un processo unico per la valutazione delle tecnologie sanitarie, facendo convergere differenti prospettive verso l'obiettivo comune di migliorare l'appropriatezza sanitaria e di garantire la salute del cittadino.

BIBLIOGRAFIA

Normativa

1. *Carta dei Servizi di Trento sulla Valutazione delle Tecnologie Sanitarie, 2003*
2. *Conferenza Stato Regioni 20 settembre 2007*
3. *D.D.R.n. 330 del 29/07/2007*
4. *D.G.R. n. 43-5233 del 05/02/2007*

della Regione Piemonte

5. *D.Lgs.229/1999*

6. *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*

7. *Piano Socio - Sanitario Regionale 2007-2010*

8. *Progetto Mattoni Ministero della Salute (Conferenza Stato Regioni 10/12/2003)*

Riviste

9. *Catananti C, Cicchetti A, Marchetti M. Hospital-based health technology assessment: The experience of Agostino Gemelli HTA in Italy. Ital J Public Health 2005;3:23-28.*

10. *Favaretti C, Cicchetti A, Guarrera G, Marchetti M, Ricciardi W. Health technology assessment in Italy. Intl. J. of Technology Assessment in Health care 2009; 25-Supplement 1: 127-133*

11. *Hailey D, Toward transparency in Health Technology Assessment - A Checklist for HTA Reports. Intl. J. of Technology Assessment in Health Care 2003; 19:1-7*



New Trolley System

Creato da esperti, ideato da voi

La rivoluzione nella pulizia professionale



Modulare e Versatile



Sostenibile, Sicuro ed Ergonomico



Robusto e Maneggevole

La prima postazione di lavoro per l'impresa che può essere configurata secondo l'area di utilizzo e che può ospitare tutti i metodi di pulizia, anche contemporaneamente.

Visita il nostro sito dedicato www.taskitrolley.com e prova a costruire il carrello che più soddisfa le tue esigenze.

Un self service della conoscenza a portata di mouse: il Centro di documentazione biomedica del Niguarda di Milano

Riassunto

È indubitabile che l'adozione di soluzioni self service ha spesso lo scopo di ridurre i costi aziendali, ma mettere l'utente in grado di servirsi da sé può anche essere il modo per consentirgli di usufruire più velocemente e senza limitazioni logistiche e temporali di un servizio. Questa filosofia ha improntato il nuovo *Centro di Documentazione Biomedica del Niguarda di Milano* che ha operato un salto di anni luce nella modalità di fruizione della informazione medico scientifica, in larga parte ancora mediata dalla figura dell'esperto documentalista, ma volta alla piena autosufficienza del professionista nella consultazione delle banche dati bibliografiche, anche grazie alla introduzione di sistemi informativi esperti. L'articolo descrive la configurazione della biblioteca biomedica dell'Ospedale.

Elisabetta Masturzo, Roberto Cosentina, Gianfranco De Gregoris, Claudio Minella, Gloria Innocenti, Carlo Nicora

A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano

INTRODUZIONE

È indubitabile che l'adozione di soluzioni *self service* ha spesso lo scopo di ridurre i costi aziendali, ma mettere l'utente in grado di servirsi da sé può anche essere il modo per consentirgli di usufruire più velocemente e senza limitazioni logistiche e temporali di un servizio.

Questa filosofia ha improntato il nuovo *Centro di Documentazione Biomedica del Niguarda di Milano* che ha operato un salto di anni luce nella modalità di fruizione della informazione medico scientifica, in larga parte ancora mediata dalla figura dell'esperto documentalista, ma volta alla piena autosufficienza del professionista nella consultazione delle banche dati bibliografiche, anche grazie alla introduzione di sistemi informativi esperti.

In questo senso, il sito web della biblioteca ha svolto una funzione di primo piano sostituendo, anche se

per ora solo parzialmente, lo spazio fisico con un ambiente virtuale in cui, di fatto, il centro è in ogni luogo poiché l'accesso è garantito ovunque, al letto del malato, tramite il portale di reparto od il palmare, come a casa connettendosi ad un proxy server con una password.

Va da sé che con l'avvento di Internet anche il ruolo del documentalista è cambiato poiché è cambiato nella sostanza il modo di fare ricerca da parte degli utenti che hanno la possibilità di accedere incondizionatamente alla rete, che forse anche per questo sono a rischio di una sovraesposizione informativa e che spesso appaiono disorientati nella fitta giungla della produzione scientifica.

Nella nostra esperienza tale figura ha svolto una funzione pedagogica preminente consentendo, attraverso un percorso di formazione *evidence based* durato anni, il passaggio da una modalità di ricerca totalmente

demandata alla figura storica del bibliotecario ad una autodeterminata dal professionista.

Grazie al suo lavoro molti medici ed infermieri sono diventati investigatori esperti di banche dati bibliografiche e a loro volta dei moltiplicatori di sapere e di cultura poiché, al di là di ogni attesa, hanno trasferito molte delle conoscenze e dei metodi di ricerca acquisiti durante i seminari di formazione all'interno dei reparti e nella quotidianità.

EVOLUZIONE NEGLI ANNI DEL SERVIZIO

Alla sua nascita, avvenuta nel 2003, il Centro ha ereditato il ricco, ancorché in alcune parti lacunoso, patrimonio bibliografico preesistente, comprendente anche riviste di elevato interesse storico e culturale, ma di ormai scarso valore scientifico alcune delle quali risalenti alla prima metà degli anni 40, anni di fondazione dell'Ospedale. Oltre a quello in periodici e volumi, vi era un lascito forse ancora più difficile da riordinare, ovvero, quello legato alle consuetudini tipiche di ogni ospedale di vecchio stampo abituato, inutile negarlo, a selezionare le riviste anche sulla base delle preferenze o attitudini peculiari del singolo professionista, oltre che sull'onda della moda del momento o, più prosaicamente, della convenienza economica.

La lievitazione della relativa voce di spesa avvenuta negli anni dell'abbondanza e la congestione degli archivi, di sempre più difficile e costosa manutenzione, hanno eviden-

**PAROLE CHIAVE:**

Biblioteca biomedica, medicina basata sulle evidenze, formazione

temente imposto, in anni più recenti di austerità, una razionalizzazione del servizio.

In prima battuta, si è definito un piano annuale degli abbonamenti che tenesse conto oltre che degli indici di qualità delle riviste (la scelta è caduta su quelle con *impact factor* almeno superiore a 2), del loro effettivo livello di consultazione da parte degli utenti. A ciò ha fatto seguito la graduale, ma pressoché integrale, sostituzione delle riviste in formato cartaceo con quelle in formato elettronico. Ciò, pur producendo un sensibile risparmio di denaro e di spazi, non ha costituito un limite alla disponibilità effettiva di periodici che, anzi, è addirittura aumentata grazie agli abbonamenti alle collezioni e, soprattutto, con la

partecipazione dell'Azienda al circuito delle strutture sanitarie associate del *Sistema bibliotecario biomedico lombardo* (SBBL) che, tra l'altro, garantisce attraverso rapporti di interscambio un servizio gratuito di *document delivery* (tabella 1).

La biblioteca on line comprende anche una selezione delle banche dati e delle riviste *open access* più qualificate (Biomedcentral, Free Medical Journals, Directory of open access journal).

La maggiore offerta e fruibilità del servizio hanno determinato una crescita costante del livello di consultazione delle banche dati e del *full text* che, come si evince dalle tabelle 2 e 3, si attesta oggi su valori decisamente ragguardevoli.

Ovviamente questi risultati non si

sarebbero potuti ottenere senza una radicale modernizzazione del sistema informativo di supporto che, oggi, è in grado di garantire la consultazione sia sul luogo di lavoro e, in alcuni casi addirittura al letto del malato, sia dall'esterno attraverso una connessione remota (*proxy server*) alla biblioteca o direttamente alla rivista in abbonamento, previa preventiva autorizzazione ed abilitazione degli utenti.

Le statistiche sui livelli di consultazione evidenziano che gli utilizzatori sembrano privilegiare nella misura dell'81% quest'ultima modalità di fruizione rispetto alla forma tradizionale con una durata media della connessione "fuori orario di servizio" superiore a trenta minuti nel 56% dei casi e ad un'ora nel 43% dei casi.

La ricerca all'interno del sito è favorita non soltanto da un accesso per così dire ubiquitario, ma anche da strumenti di metanavigazione e da menu di ricerca estremamente semplificati e fruibili.

In generale, i primi per quanto ben

Tabella 1 – Offerta negli anni di periodici scientifici e trend della spesa

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
riviste in formato cartaceo	347	252	211	143	128	116
riviste on line	-	704	1.344	2.702	2.855	6.745
spesa annuale in Euro	216.188	170.554	110.486	90.211	85.470	78.210

Tabella 2 – Ricerche bibliografiche effettuate nel 2008

Banca dati consultata	Numero di ricerche bibliografiche
Medline	44.318
Cochrane	2.906
Cinahl	13.365
Totale	60.589
Dynamed	3.013
Micromedex	6.623
Codifa	16.863

Tabella 3 – accessi al full text

Accessi	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Totali	14.642	21.396	32.054	36.922	47.929	59.909
Pro capite	20	29	43	45	59	73

Home	Pagina principale del portale
Chi siamo	Contiene i riferimenti relativi all'organizzazione del servizio ed ai suoi referenti
Contatti	Contiene informazioni su come contattare i responsabili del sito
Cerca	È collegato a motori di ricerca per l'individuazione di contenuti specifici all'interno del sito
Mappa del sito	Indica l'articolazione del sito in tutte le sue directory
Multimedia	È un supporto alla produzione di strumenti di comunicazione dell'attività scientifica da parte dei professionisti dell'Azienda
Statistiche attive	sui livelli di consultazione del sito




Figura 1 – Strumenti di metanavigazione e menù di ricerca

progettati, possono infatti rivelarsi insufficienti al reperimento veloce e affidabile della informazione da parte dell'utente, che può avere anche la necessità di contattare il sito (cioè l'organizzazione) sulla base di una informazione reperita durante la navigazione oppure nel caso in cui una informazione non sia presente.

Per mettere a disposizione dell'utente strumenti di aiuto pronti all'uso è stata, pertanto, riservata in ogni pagina una zona, posta in testa, contenente elementi per la comuni-

cazione rapida e le funzionalità di base.

Fermo restando che in generale gli strumenti di metanavigazione sono di carattere discrezionale, ve ne sono, a nostro avviso, alcuni più utili di altri e che, pertanto, dovrebbero essere sempre previsti già in fase di progettazione.

Nel merito dei contenuti specifici del sito, il menu di ricerca contiene le funzioni di ricerca libera per autore, titolo, soggetto e descrizioni di classificazione, di ricerca di base e avanzata (figura 1).

Il sito comprende inoltre una sorta di repository degli articoli pubblicati dai dipendenti e una selezione dei casi clinici più significativi e di largo interesse a testimonianza di una politica di sviluppo della cultura scientifica aziendale proattiva e partecipata; non a caso è stato concepito un collegamento senza soluzione di continuità con la sezione intranet relativa alla formazione ed all'aggiornamento del personale.

IL FUTURO

Non vi è dubbio che la smaterializzazione dei documenti, resa possibile dalla informatizzazione, porti ad un decentramento e ad una condivisione della conoscenza che inevitabilmente influiscono non soltanto sul modo di fruire del servizio da parte degli utilizzatori finali, ma anche sul servizio stesso che, di qui ad un futuro speriamo prossimo, potrà essere concepito non più come una entità monocentrica e per sua natura statica, ma come una sorta di snodo informativo collocato all'interno di un sistema in rete intrinsecamente dinamico grazie al quale sarà possibile condividere risorse materiali ed immateriali nell'ottica di uno sviluppo delle economie di scala e di scopo.

Nella nostra esperienza non è un caso che tale processo sia coinciso

con la dissoluzione degli spazi fisici delimitati dei reparti, viepiù sostituiti da spazi aperti, seppure connotati da gradienti di intensità assistenziale, in vista di una radicale modificazione dell'organizzazione del lavoro, del percorso di cura e persino e forse soprattutto, del modo di pensare che per aprirsi alle novità ed alle opportunità della modernizzazione dovrà essere sempre meno autoreferenziale e sempre più dialettico e pronto al confronto. Spingendoci più in là possiamo immaginare che il futuro delle nuove biblioteche virtuali sia quello di portare alla condivisione multicentrica del patrimonio bibliografico e delle conoscenze. In questo senso stiamo già sperimentando e progettando nuove formule di collaborazione/cooperazione quali le convenzioni, i consorzi ed i servizi bibliotecari hub and spoke.

Nel primo caso, la convenzione fra la nostra Azienda e la AULSS 6 di Vicenza si è rivelata essere molto proficua e convincente sia sotto il profilo economico, sia rispetto alla possibilità di interscambio di servizi e prestazioni di alto contenuto specialistico.

Allargando il fuoco si potrà pensare a forme "consortili" in cui più aziende sanitarie uniscono le forze per coordinare e regolare iniziative comuni, sotto l'egida delle istituzioni sovraordinate, come nel caso del SBBL, o sotto forma di aggregazioni spontanee.

Il passo successivo potrà essere addirittura quello teorizzato nel modello hub and spoke con un "centro di eccellenza" delle competenze in materia di catalogazione delle riviste e degli e-book, di ricerca bibliografica e di formazione sul campo e con presidi satellitari che garantiranno funzioni, altrimenti ad oggi non vicariabili, di supporto locale alle ricerche.

IMPEGNO E PASSIONE

PER UN MONDO FATTO DI PERSONE



Clean



Food



Facility



Senior



Markas Service s.r.l.

Via Macello 73 | - 39100 Bolzano - [T] +39.0471.307611 [F] +39.0471.307699

www.markas.it - info@markas.it

L'informatica ed il management basato sui dati

Riassunto

Viene presentata l'esperienza dell'IRCCS San Matteo di Pavia relativa al percorso del paziente dall'ambulatorio specialistico alla sala operatoria, partendo dalla Lista d'Attesa, strumento di organizzazione dei ricoveri di elezione con pre-ospedalizzazione e visita anestesiologicala. La Lista Operatoria e la Check-List contengono informazioni relative all'intervento per tipologia, durata, necessità trasfusionali, strumentazione e materiale protesico, prevenzione eventi sentinella, ecc.. Il Registro Operatorio contiene i dati paziente, diagnosi/procedure con codifica ICD-9-CM, equipe, tempi operatori, atto chirurgico. La Cartella di Anestesia contiene tra gli altri i dati relativi alla gestione temporizzata di farmaci, presidi ed emoderivati, eventi avversi e complicanze. Sono presenti inoltre moduli relativi ad impianti protesici, conteggio garze e sterilizzazione strumentario, invio di materiale in Anatomia patologica, esposizione a radiazioni ionizzanti, scheda infezioni. Vengono presentate alcune statistiche relative a dati ed eventi avversi (4,6%) registrati nel database dal 2001 al 2008 con 187.726 records estratti dal registro operatorio (Ormawin 2000), 118.043 cartelle di anestesia e 8.726 valutazioni anestesiologicalhe in pre-ospedalizzazione.

Ivano Preseglio

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

INTRODUZIONE

L'attività chirurgica è in continua espansione in Italia, come in tutto il mondo per il grande incremento della day surgery e della chirurgia ambulatoriale, il diffondersi delle pratiche mini-invasive ed endoscopiche, la riduzione della degenza media, la riduzione del rischio operatorio che ha consentito di estendere l'indicazione chirurgica anche a pazienti sempre più anziani e/o compromessi (6,10,18).

L'ottimizzazione delle risorse umane, strumentali e logistiche ha comportato una profonda modifica dei modelli organizzativi e gestionali di tutta l'attività chirurgica con graduale deospedalizzazione della fase diagnostica per tutti gli interventi di elezione o programmati e

conseguente limitazione dei tempi di degenza negli "ospedali per acuti" al solo periodo operatorio e postoperatorio immediato affidando l'eventuale fase rieducativa ad apposite strutture di degenza (1,31). Questa nuova organizzazione ha comportato un enorme sviluppo della cosiddetta pre-ospedalizzazione, finalizzata all'esecuzione di indagini chimico-strumentali e visite specialistiche ed in particolare alla valutazione anestesiologicala preoperatoria che in genere conclude l'iter o "percorso" di pre-ricovero (11,25). Questo nuovo modello organizzativo comporta un notevole sforzo di efficienza alla base del quale gli strumenti informatici appaiono assolutamente fondamentali (5).

In Italia il processo di informatizzazione della pubblica amministrazione

rimane lento. Negli ospedali si sono fatti molti passi in avanti per quanto concerne ADT, SDO, esami di laboratorio e PACS, ma la situazione è ancora estremamente arretrata per quanto concerne la Lista d'attesa, la Cartella Clinica e la Refertazione Ambulatoriale. Anche la sala operatoria è un settore in cui l'informatica è scarsamente presente. Sono ancora pochi gli ospedali che hanno informatizzato il Registro Operatorio e pochissimi quelli che hanno una Cartella Anestesiologicala completamente informatizzata, sia per quanto concerne la valutazione preoperatoria che l'inserimento di dati nella fase intra e postoperatoria immediata nella recovery room (32,39).

D'altro canto con sempre maggiore interesse si parla di "percorsi assistenziali", di continuità terapeutica, di clinical risk management e di fascicolo sanitario elettronico (7,26). Gli errori medici sono oggetto di attenzione anche in Italia, anche se non esistono dati attendibili come negli Stati Uniti, Australia e Gran Bretagna dove vengono pubblicate statistiche periodiche e dove gli eventi avversi sono raccolti con il sistema di Incident Reporting (15,28,33). In una recente review viene riportata 1 morte per anestesia su 220.000 casi (4), simile a 0,7 su 100.000 casi di uno studio francese del 1999 (8). L'Australian Incident Monitoring Study (AIMS), fondato nel 1987, rappresenta il principale database di eventi avversi in anestesia. Uno studio basato su questo archivio riporta 896 errori con morte o gravi sequele nel periodo 1988-2001, di cui 5%

**PAROLE CHIAVE:**

Clinical risk management, adverse events, informatized database, preoperative evaluation, mortality-related anesthesia

era dovuto ad errori da farmaci in ambito anestesilogico (2). Dai dati della letteratura risulta che gli eventi avversi correlati con l'anestesia sono in diminuzione e che quelli gravi sono molto rari (3,14). L'opinione pubblica è comunque turbata dagli eventi tragici che colpiscono soggetti giovani e sani a causa di errori anche se l'anestesia è considerata una disciplina particolarmente attenta per la sicurezza del paziente. Ogni ospedale dovrebbe adottare strumenti adeguati per ridurre il rischio e gli errori, adottando sistemi

come quelli in uso nell'aviazione civile con monitoraggio ed analisi degli eventi critici e checklist per le procedure più pericolose (17,24). L'informatica rende disponibili, a tutti gli utenti autorizzati, in modo rapido ed in ogni luogo tutti i dati memorizzati nei database aziendali dei vari ospedali. Oltre ai dati richiesti per obblighi di legge, normative ministeriali e regionali (registro operatorio e dei parti, cartella clinica, ecc.), vanno considerati quelli richiesti per obblighi amministrativi (flussi relativi alle liste d'attesa, ai ricoveri e SDO

chirurgici, all'occupazione delle sale operatorie, agli impianti protesici, ecc.), considerando anche la rendicontazione periodica delle attività delle sale e del personale, compresi i curricula operatori, dei consumi di materiale, presidi e farmaci.

Ci è sembrato quindi interessante presentare l'esperienza iniziata nel marzo 2001 nell'IRCCS San Matteo di Pavia relativa all'informatizzazione dell'intero percorso del paziente dall'ambulatorio specialistico alla sala operatoria, partendo dalla Lista d'Attesa, strumento di organizzazione dei ricoveri di elezione con pre-ospedalizzazione e Visita Anestesiologica e terminando col Registro Operatorio e la Cartella di Anestesia che comprende anche una sezione dedicata alle complicanze ed eventi avversi occorsi durante l'intervento ed il risveglio.

Tabella 1. Fattori di rischio

	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
n. casi	19393		21171		24192		26534		27364		28079		28733	
età >65	6466	33,3	6752	31,9	7772	32,1	8359	31,5	8773	32,1	8815	31,4	9083	31,6
età >80	1562	8,1	1531	7,2	1646	6,8	1606	6,1	1762	6,4	1841	6,6	1918	6,7
n. casi	14435		16072		17240		17601		18415		18641		18687	
kg > 80	2254	15,6	2591	16,1	2863	16,6	2986	17,0	3184	17,3	3274	17,6	3332	17,8
kg >100	289	2,0	340	2,1	344	2,0	342	1,9	405	2,2	381	2,0	418	2,2
kg >120	64	0,4	79	0,5	78	0,5	72	0,4	47	0,3	48	0,3	57	0,3
	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
ASA 1	7.085	48,4	7.849	48,8	8.333	48,3	8.223	46,7	8.240	44,7	8.064	43,3	7.868	42,1
ASA 2	5.014	34,2	5.737	35,7	6.271	36,4	6.595	37,5	7.133	38,7	7.864	42,3	8.119	43,4
ASA 3	2.013	13,7	1.980	12,3	2.101	12,2	2.353	13,4	2.603	14,1	2.271	12,2	2.330	12,5
ASA 4	448	3,1	428	2,7	460	2,7	361	2,1	369	2,0	372	2,0	321	1,7
ASA 5	82	0,6	78	0,5	75	0,4	69	0,4	70	0,4	37	0,2	50	0,3
TOT.	14.642	100	16.072	100	17.240	100	17.601	100	18.415	100	18.608	100	18.688	100
RO basso	7.565	52,5	8.815	54,9	9.645	55,9	9.440	53,6	9.992	54,3	10.304	55,4	10.066	53,9
RO discreto	4.078	28,3	4.250	26,5	4.532	26,3	4.862	27,6	5.019	27,3	5.170	27,8	5.418	29,0
RO elevato	2.243	15,6	2.475	15,4	2.420	14,0	2.553	14,5	2.648	14,4	2.502	13,4	2.523	13,5
RO molto e.	517	3,6	528	3,3	643	3,7	746	4,2	758	4,1	638	3,4	683	3,7
TOT.	14.403	100	16.068	100	17.240	100	17.601	100	18.417	100	18.614	100	18.690	100

Tabella 2. Complicanze ed eventi avversi in sala operatoria

Procedure anestesiolgiche	14609	13290	17157	17428	18415	18620	18742
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ALLERGICHE	13	21	27	31	38	30	23
ANESTESIA REGIONALE	0	0	71	90	97	58	67
CARDIO-CIRCOLATORIE	152	242	394	319	420	314	369
INTUBAZIONE	63	50	68	86	114	90	82
NEUROLOGICHE	7	12	15	11	7	9	12
RESPIRATORIE	65	107	162	139	131	103	112
ALTRE COMPLICANZE	20	82	99	84	58	56	36
TOTALE COMPLICANZE	320	514	836	760	865	660	701
(%)	2,2	3,9	4,9	4,4	4,7	3,5	3,7
ALTRI EVENTI	69	58	80	119	101	101	103
EVENTI + COMPLICANZE	389	572	916	879	966	761	804
(%)	2,7	4,3	5,3	5,0	5,2	4,1	4,3

Tabella 3. Eventi del risveglio

Procedure anestesiolgiche	14.609	13.290	17.157	17.428	18.415	18.620	18742
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
RISVEGLIO RITARDATO	0	51	174	168	204	165	176
RISVEGLIO AGITATO	0	96	96	122	122	106	106
BRIVIDO	71	52	97	54	83	67	42
PONV	52	27	28	45	37	40	47
CEFALEA	0	0	0	1	0	0	1
IPOSSIA	1	1	5	6	5	2	4
IPOTERMIA	0	0	2	1	0	0	1
COMA	0	0	0	0	1	3	2
TOTALE	124	227	402	397	451	380	377
(%)	0,8	1,7	2,3	2,3	2,4	2,0	2,0

MATERIALI E METODI

Dal marzo 2001 nell'IRCCS San Matteo di Pavia è in uso un software gestionale (Ormawin 2000) del percorso per la sala operatoria. La Lista d'Attesa rappresenta lo strumento di gestione/organizzazione dei ricoveri di elezione secondo modalità di accesso (ambulatoriale/day hospital/ordinario), tipologia d'intervento (codifica ICD-9-CM) e criteri di priorità da codifica regionale. Il ricovero avviene ordinariamente con la pre-ospedalizzazione

che accorpa in un unico accesso l'esecuzione di esami di laboratorio, predefiniti per tipologia di intervento, esami strumentali (Ecg, Rx torace, ecc.) e visite specialistiche, compresa la valutazione anestesiolgica con raccolta dei dati anamnestici, esame obiettivo, valutazione/esito esami pre-operatori ed eventuale richiesta di esami o consulenze specialistiche, programmazione del tipo di anestesia, delle necessità trasfusionali, del ricovero in PACU (post anesthesia care unit), definizione del rischio operatorio, raccol-

ta del consenso informato e che si conclude con un giudizio d'idoneità al ricovero e all'intervento. La Lista Operatoria e la Check-List contengono informazioni relative all'intervento per tipologia, lato/sede/equipe, durata, necessità trasfusionali, strumentazione e materiale protesico, personale od attrezzature accessorie, prevenzione eventi sentinella, ecc. Il Registro Operatorio, strutturato per Unità Operativa, contiene i dati paziente, diagnosi/procedure con codifica ICD-9-CM e testo libero, composizione equipe, tempi, descrizione dell'atto chirurgico, esecuzione in elezione/urgenza, sala operatoria, ecc. La Cartella di Anestesia contiene tra gli altri i dati relativi alla gestione temporizzata di farmaci, presidi ed emoderivati, eventi avversi e complicanze ed un modulo opzionale di registrazione dei trends intraoperatori. Nel registro operatorio possono essere inseriti moduli accessori relativi ad impianti protesici e presidi, conteggio garze e sterilizzazione strumentario, invio di materiale in Anatomia patologica, esposizione a radiazioni ionizzanti, scheda infermieristica ed infezioni, gestione immagini e video.

RISULTATI

Vengono presentate alcune statistiche relative a complicanze ed eventi avversi (4,3% nel 2008) registrati nel database Oracle dell'IRCCS San Matteo di Pavia dal 2001 al 2008 con 187.726 records estratti dal registro operatorio (Ormawin 2000), 118.043 cartelle di anestesia (12,7% urgenze, 14,3% ASA>2, 19,1% rischio elevato) e 8.726 valutazioni anestesiolgiche in pre-ospedalizzazione.

Sono analizzati i dati relativi ad alcuni fattori di rischio: età avanzata, obesità e classificazione ASA (Tabella 1). Nel periodo considerato vi è stato un andamento piuttosto co-

Tabella 4. Ricovero in Terapia Intensiva (TI)

Ricovero in TI	N.casi	prev.TI	No prev. TI	%	elez	prev.TI	No prev. TI	%	urg	prev.TI	No prev. TI	%
2002	183	123	60	32,8%	65	43	38	20,8%	118	80	38	20,8%
2003	508	350	158	31,1%	210	145	65	12,8%	298	205	93	18,3%
2004	512	354	158	30,9%	196	149	47	9,2%	316	205	111	21,7%
2005	552	376	176	31,9%	227	169	58	10,5%	325	207	118	21,4%
2006	588	418	148	25,2%	245	170	53	9,0%	418	248	170	28,9%
2007	532	396	136	25,6%	239	188	51	9,6%	293	208	85	16,0%
2008	551	377	174	31,6%	224	165	59	10,7%	263	212	51	9,3%
Totale	3426	2394	1010	29,5%	1406	1029	371	10,8%	2031	1365	666	19,4%

Tabella 5. Urgenze ed emergenze

	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
Urg. in orario	581	3,0	766	3,6	956	4,0	1.467	5,5	1.227	4,5	1.413	5,0	1.245	5,8
Urg. fuori orario	1.730	8,9	1.874	8,9	1.980	8,2	1.927	7,2	1.974	7,2	1.824	6,5	1.392	6,5
Emergenze	18	0,1	22	0,1	42	0,2	72	0,3	93	0,3	72	0,3	77	0,4
Tot. Urgenze	2.329	12,0	2.662	12,6	2.978	12,3	3.466	13,0	3.294	12,0	3.309	11,8	2.714	12,7
Elezione	17.067	88,0	18.508	87,4	21.213	87,7	23.198	87,0	24.258	88,0	24.754	88,2	18.710	87,3
TOTALE	19.396	100	21.170	100	24.191	100	26.664	100	27.552	100	28.063	100	21.424	100

stante sia per l'età > 65 anni (range 31,4%-33,3%) che per quella > 80 anni (range 6,1-6,8% negli ultimi 5 anni). Anche la classificazione ASA mostra una relativa stabilità negli anni, con una discreta percentuale di pazienti in condizioni generali scadenti o molto compromesse (ASA >2 dal 14,4% al 17,4% dei casi), che trova riscontro nel rischio operatorio giudicato elevato o molto elevato nel 16,9-19,2% dei casi.

Anche l'obesità rappresenta una percentuale sempre più elevata (dal 18,1% del 2002 al 20,3% del 2008) con una discreta quantità di pazienti che supera i 100 kg (range 2,3%-2,6%).

Nella Tabella 2 sono riportate le complicanze e gli eventi avversi occorsi in sala operatoria nel corso degli ultimi 7 anni, dove risultano più frequenti quelli cardiocircolatori e respiratori (rispettivamente 2,0% e 0,5% nel 2008), mentre sono rare le complicanze neurologiche, allergiche e quelle relative all'anestesia

loco-regionale (rispettivamente 0,06%, 0,12% e 1,20% nel 2008). Le complicanze dell'intubazione tracheale mostrano un andamento bifasico con un incremento dal 0,43% del 2002 al 0,62% del 2006, con successivo decremento fino al 0,44% del 2008. In questi anni l'intubazione tracheale è stata definita difficile o molto difficile nel 3,3%-3,8% dei casi, anche se è fallita solo in 5 casi negli ultimi 3 anni. Va segnalato il progressivo aumento di registrazione degli eventi avversi, passati dal 2,7% del 2002 al 5,3% del 2004 per una maggiore "disponibilità" degli anestesisti a documentare i problemi e gli errori occorsi in sala operatoria.

Le complicanze del risveglio, sono rimaste stabili negli ultimi 5 anni (range 2,0-2,4%), con una bassa incidenza di risveglio ritardato o agitato (complessivamente 1,4-1,8%), a riprova di una migliore qualità delle tecniche, dei farmaci e presidi di anestesiológicos e della maggiore

cura ed efficienza degli anestesisti (Tabella 3).

I ricoveri in Terapia Intensiva risultano variare dal 2,2% al 2,9%. Particolare attenzione meritano i casi non programmati (range 25,2%-32,8%), ed in particolare quelli per interventi di elezione (range 9,0%-20,8%), come illustrato nella Tabella 4. Questo può essere considerato un segno indiretto di evento avverso, insieme ai reinterventi (3,25% nel 2008), alla durata eccessiva dell'intervento chirurgico o del risveglio, alla trasfusione non programmata di emoderivati, ecc. Tra i fattori di rischio vanno anche considerate il tasso di urgenze/emergenze (range 12,0-13,0%), riportato in Tabella 5, la previsione di intubazione difficile (range 3,6%-3,8% negli ultimi 5 anni), la presenza di patologie associate (5,4% diabete, 4,6% BPCO, 4,1% cardiopatia ischemica nell'ultimo anno considerato), di allergie (14,7%) e di terapie in atto (54,6%).

Tabella 6. Tipo di anestesia

	2002	%	2.003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
AG inalatoria	1347	11,1	1.110	8,5	1.158	8,5	1.116	8,3	861	5,8	608	4,5	705	5,2
AG ev	2318	19,2	1.735	13,3	1.555	11,4	1.562	11,6	1.563	10,4	1520	11,3	1676	12,3
AG bilanciata	7614	63,0	9.366	71,9	9.910	72,5	9.469	70,1	10.997	73,5	9483	70,2	8880	65,2
AG Mista	386	3,2	247	1,9	286	2,1	189	1,4	88	0,6	524	3,9	605	4,4
Sedazione	416	3,4	564	4,3	765	5,6	1.177	8,7	1.452	9,7	1366	10,1	1755	12,9
Tot. A.Generale	12081	82,7	13022	80,6	13674	77,3	13513	76,6	14961	77,9	13501	74,1	13621	73,2
ALR peridurale	184	7,3	407	13,0	383	9,5	316	7,7	343	8,1	591	12,5	815	16,4
ALR plessica	339	13,5	425	13,5	571	14,2	619	15,0	692	16,3	786	16,6	759	15,2
ALR tronculare	912	36,2	919	29,3	1.319	32,8	1.208	29,3	1.212	28,6	1308	27,7	1037	20,8
ALR subarac.	1084	43,0	1.389	44,2	1.745	43,4	1.974	47,9	1.998	47,1	2042	43,2	2372	47,6
Tot. ALR	2519	17,3	3140	19,4	4018	22,7	4117	23,4	4245	22,1	4727	25,9	4983	26,8
TOTALE	14600		16162		17692		17630		19206		18228		18604	

Come ultimo dato significativo riportiamo il progressivo decremento dell'anestesia generale, passata dal 82,7% del 2002 al 73,2% del 2008, una variazione del 9,5% a favore dell'anestesia loco-regionale, passata dal 17,3% al 26,8% negli stessi anni.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

In molti ospedali si registra un progressivo incremento dell'attività operatoria con graduale spostamento verso i regimi di day-surgery ed ambulatoriale. Il progressivo aumento dell'età media e dell'obesità nella popolazione si ripercuote anche sui pazienti ricoverati negli ospedali con aumento del rischio operatorio, anche se contenuto dai progressi delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche con maggiore diffusione da un lato delle tecniche

chirurgiche mini-invasive ed endoscopiche e dall'altro dalla diffusione di attrezzature sofisticate con sistemi di monitoraggio che hanno decisamente aumentato la sicurezza in sala operatoria(36).

Grazie a questi elementi si sono ridotte grandemente le complicanze respiratorie e neurologiche ed anche quelle cardio-circolatorie più gravi (ischemia e scompenso) difficilmente risultano fatali ed il decesso in sala operatoria, al di fuori delle emergenze traumatologiche ed emorragiche, è quasi del tutto scomparso tranne che per gli errori e gli incidenti tecnici od organizzativi (16).

Mortalità e complicanze maggiori, una volta frequenti all'induzione dell'anestesia si sono ridotte grandemente, grazie all'introduzione di farmaci più sicuri, meno allergizzanti e soprattutto alle metodiche

di riconoscimento e trattamento dell'intubazione difficile (12). La diffusione sistematica della pre-ospedalizzazione a tutta la chirurgia di elezione consente infatti uno studio meticoloso ed appropriato di tutti i maggiori fattori di rischio, chirurgico ed anestesologico, con la predisposizione di linee guida e protocolli di prevenzione degli eventi più pericolosi.

In questo contesto organizzativo la valutazione anestesologica ambulatoriale assume un valore straordinario nel definire tutti gli elementi critici e nel programmare i comportamenti adeguati, in merito alla scelta della tecnica anestesologica, alla programmazione delle necessità trasfusionali, alla richiesta di presidi e attrezzature particolari ed infine alla programmazione del ricovero postoperatorio nella post anestesia care unit (PACU). Gra-

zie a questi elementi si possono contenere anche gli eventi avversi della fase di risveglio, pur in assenza della recovery room. Anche la maggior diffusione delle tecniche di anestesia loco-regionale possono giocare un ruolo importante nella riduzione delle complicanze anestesologiche in quanto complessivamente queste tecniche si accompagnano quasi esclusivamente ad eventi minori o comunque quasi mai mortali (23).

L'aumento delle attività di sala operatoria, con relativo aumento di produttività, richiedono modelli organizzativi basati su blocchi operatori di notevoli dimensioni, con 8-10 o più sale operatorie, in funzione per 12-14 ore al giorno e nelle quali deve essere prevista la sala delle urgenze e possibilmente la sala di risveglio (21,35). Per gestire centinaia di persone (anestesisti ed infermieri) che partecipano ogni giorno a diverse decine di interventi chirurgici che richiedono enormi risorse economiche per l'acquisto di materiali, farmaci e presidi, un ruolo fondamentale la disponibilità di strumenti informatici. Solo l'informatica infatti consente una rendicontazione precisa ed efficiente dei flussi informativi, in particolare quelli relativi alla percentuale di utilizzo delle sale operatorie, alle urgenze/emergenze, all'inserimento di impianti protesici oltre a consentire l'elaborazione e la consultazione dei documenti (registro operatorio e dei parti, cartella clinica, SDO, ecc.), ed infine la definizione e gestione del rischio clinico (9,30,34).

Tra i vari indicatori di qualità vogliamo sottolineare quelli relativi al tasso di reinterventi e di ricoveri non programmati in terapia intensiva. Anche a questo fine è indispensabile informatizzare il Registro Operatorio e la Cartella di Anestesia. Quest'ultima, attra-

verso la valutazione pre-operatoria ambulatoriale, effettuata nella fase di pre-ospedalizzazione, rappresenta a nostro avviso il cardine organizzativo come ampiamente riconosciuto da molti studi che oltre a documentare la riduzione delle cancellazioni dalle liste operatorie e la riduzione della degenza media, riportano anche un aumento di qualità come espresso dalla riduzione delle complicanze (20,38). La definizione del rischio operatorio, anche considerando solo mortalità e complicanze maggiori, rimane molto difficile e non può prescindere dalle diverse tipologie di ospedale, specialità chirurgica e soprattutto tipologia di intervento secondo la codifica ICD-9-CM (13).

I dati più significativi della letteratura si riferiscono a report di 5-10 anni di attività o 50-100.000 interventi, più spesso ad alcune migliaia raggruppamenti di interventi (22,29).

Il Registro Operatorio può fornire dati aggiuntivi all'esito SDO (decesso e/o complicanze) oltre età, sesso e tipo intervento, quali durata, tipo anestesia e modalità in elezione/urgenza (19).

Questi dati, integrati con quelli provenienti da altri flussi informativi quali la segnalazione di eventi sentinella o di incident reporting, possono contribuire ad una migliore mappatura del rischio clinico ed operatorio e contribuire in modo significativo ai vari progetti di risk management (27,37).

In questa ottica, in assenza della cartella clinica informatizzata, la Lettera Dimissione Ospedaliera (LDO) può rappresentare in prospettiva uno dei documenti fondamentali del Fascicolo Sanitario Elettronico (EPR), secondo i piani regionali, di rete ospedaliera e gruppi di patologie.

L'adesione al progetto SISS e Con-

tinuità Terapeutica della regione Lombardia preconfigura un passo importante verso il progetto EPR (Electronic Patient Record) a livello nazionale ed europeo.

BIBLIOGRAFIA

Abenstein JP, Warner MA: Anesthesia providers, patient outcomes, and costs. Anesth Analg 1996; 82:1273-83.

Abeyssekera A, Bergman IJ, Kluger MT, Short TG. S Drug error in anaesthetic practice: a review of 896 reports from the Australian Incident Monitoring Study database. Anaesthesia 2005; 60: 220-7.

Aders A, Aders H. Anaesthetic adverse incident reports: an Australian study of 1,231 outcomes. Anaesth Intensive Care. 2005;33:336-44.

Aitkenhead A.R. Injuries associated with anesthesia. A global perspective. Br J Anaesth 2005; 95; 95-109.

Amarasingham R, Plantinga L, Diener-West M, Gaskin DG, Powe NR. Clinical information technologies and inpatient outcomes. A multiple hospital study. Arch Intern Med 2009;169 :108-14.

Barbone G, Oreste N, Pagliarulo R et al. Procedure chirurgiche e anestesologiche ed esito per i pazienti in un grande ospedale universitario, in un grande ospedale cittadino, e in un ospedale di provincia. Minerva Anestesiol 2006;72:223-34.

Chaudhry B, Wang J, Wu S et al. Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care Ann Intern Med 2006;144:742-52.

Clergue F, Auroy Y, Pequignot, F, Jouglu E, Lienhart A, Laxenaire MC. French Survey of Anesthesia in 1996. Anesthesiology 1999; 91: 1509-20.

Dexter F. Deciding whether your hospital can apply clinical trial results of strategies to increase productivity by reducing anesthesia and turnover times. Anesthesiology 2005; 103:225-8.

Di Filippo A, Giunta F, Paolocchi A, Bressan F, Mastronardi P. Anestesia in Italia nel 2000. Minerva Anestesiol 2002; 68:

751-63.

Fersch MB, Tung A, Sweitzer BJ, Huo D, Glick DB. Preoperative Clinic Visits Reduce Operating Room Cancellations and Delays. *Anesthesiology* 2005; 103:855-9

Frova G, Sorbello M. Algorithms for difficult airway management: a review. *Minerva Anestesiologica* 2009; 75:201-9.

Gibby GL. How preoperative assessment programs can be justified financially to hospital administrators. *Int Anesthesiol Clin* 2002;40:17-30.

Haller G, Stoelwinder J, Myles PS, McNeil J. Quality and Safety Indicators in Anesthesia: A Systematic Review. *Anesthesiology* 2009; 110:1158-75.

Hove LD, Nielsen HB, Christoffersen JK. Patient injuries in response to anaesthetic procedures: cases evaluated by the Danish Patient Insurance Association. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006; 50: 530-35.

James RH. 1000 anaesthetic incidents: experience to date. *Anaesthesia*. 2003;58:856-63.

Javitt JC, Steinberg G, Locke T et al. Using a Claims Data-Based Sentinel System to Improve Compliance With Clinical Guidelines: Results of a Randomized Prospective Study. *Am J Manag Care* 2005;11:93-102.

Kenyon TA, Urbach DR, Speer JB et al. Dedicated minimally invasive surgery suites increase operating room efficiency. *Surg Endosc* 2001; 15:1140-3.

Lagasse R. Anesthesia safety: Model or myth? A review of the published literature and analysis of current original data. *Anesthesiology* 2002; 97:1609-17.

Levati A, Bevilacqua L, Torri G, Tufano R. Error in medicine. *Minerva Anesthesiol*. 2006;72:881-90.

Leykin Y, Costa N, Gullo A. Analisi e confronto delle linee guida riguardanti la gestione della Recovery-Room. *Minerva Anesthesiol* 2001; 67: 563-71.

Li G, Warner M, Lang BH, Lin H, Sun LS: Epidemiology of anesthesia related mortality in the United States, 1999-2005. *Anesthesiology* 2009; 110:759-65.

Lienhart A, Auroy Y, Pequignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, Jouglu E: Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006;105:1087-97.

Lingard L, Regehr G, Orser B et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg* 2008;143:12-7

Lucchetti M, Cazzaniga P, Domeneghetti F, Bonacquisti M, Marraro GA. Monitoraggio dell'attività di sala operatoria e sviluppo di un database informatizzato / Monitoring of operating room activity and development of a computerized database. *Acta Anaesth Italica* 2005;56:221-31.

Lucchetti M, Moretti C, Marraro G. Errori in anestesia. Impegnarsi per rendere il volo il più sicuro possibile. Errors in anesthesia. Striving to make the flight as safe as possible. *Acta Anaesth Italica* 2006;57:230-39.

MacRae MG. Closed claims studies in anesthesia: a literature review and implications for practice. *AANA J*. 2007;75(4).267-75.

Marjamaa R, Vakkuri A, Kirvela O. Operating room management: why, how and by whom? *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52:596-600.

Montanini S, Puliatti F. Come sono cambiate le procedure perioperatorie anestesilogiche? Monitorizzare di più è meglio? *Questione di buon senso. Minerva Anesthesiol* 2003;69:1-4.

Overdyk FJ, Harvey SC, Fishman RL, Shippey F: Successful strategies for improving operating room efficiency at academic institutions. *Anesth Analg* 1998; 86:896-906.

Peduto VA, Chevallier P, Casati A. Studio multicentrico sulla pratica anestesilogica in Italia. *Minerva Anesthesiol* 2004;70:473-91.

Preseglio I, Un esempio di database quale gestione delle sale operatorie. *Minerva Anesthesiol* 2004; 70 (Suppl 1 al 9): 566-70.

Reason J. Safety in the operating theatre.

Part 2: Human error and organisational failure. *Qual. Saf. Health Care* 2005; 14: 56-60.

Rotondi AJ, Brindis C, Cantees KK et al. Benchmarking the Perioperative Process. I. Patient Routing Systems: A Method for Continual Improvement of Patient Flow and Resource Utilization. *Journal of Clinical Anesthesia* 1997; 9:159-69.

Sandberg WS, Daily B, Egan M et al. Deliberate Perioperative Systems Design Improves Operating Room Throughput. *Anesthesiology* 2005; 103:406-18.

Smith AF, Goodwin D, Mort M, Pope C. Adverse events in anaesthetic practice: qualitative study of definition, discussion and reporting. *Br J Anaesth*. 2006; 96:715-21.

Staender S, Davies J, Helmreich B, Sexton B, Kaufmann M. The anaesthesia critical incident reporting system: an experience based database. *Int J Med Inform*. 1997;47:87-90.

Takata MN, Benumof JL, Mazzei WJ. The Preoperative Evaluation Form. Assessment of Quality From One Hundred Thirty-Eight Institutions and Recommendations for a High-Quality Form. *Journal of Clinical Anesthesia* 2001; 13:345-52.

Viapiano J, Ward DS. Operating room utilization: The need for data. *Int Anesthesiol Clin* 2000; 38:127-40.



progettazione • realizzazione gestione certificazione

 **STERIL** S.P.A.

Servizi Integrati per la Sanità

 **legionella
pseudomonas**

• TRATTAMENTO ACQUE ANTI - LEGIONELLA

• PROGETTAZIONE E GESTIONE CENTRALI DI STERILIZZAZIONE

• IGIENE OSPEDALIERA

- CONTROLLO DELLA CONTAMINAZIONE AMBIENTALE NELLE SALE OPERATORIE;
- CONVALIDA DEI PROCESSI DI STERILIZZAZIONE;
- MONITORAGGIO AMBIENTALE ESPOSIZIONE A CHEMIOTERAPICI-ANTIBLASTICI;
- CONTROLLO CHIMICO E MICROBIOLOGICO DI ACQUA, ARIA E SUPERFICI;
- PROGETTAZIONE E GESTIONE IMPIANTI DI MONITORAGGIO CONTINUO INFORMATIZZATO PER GAS ANESTETICI E VAPORI IN AMBIENTI A RISCHIO.

Sicurezza.
prevenzione



TRATTAMENTO ACQUE ANTI - LEGIONELLA

STERIL HA INTRODOTTO UN NUOVO CONCETTO DI "PREVENZIONE" DALLE POSSIBILI CONTAMINAZIONI VEICOLATE DALL'ACQUA, ORIENTATO NON SOLO ALLA VENDITA DI UN PRODOTTO (FILTRO MONOUSO, ETC.) MA AD UNA "GESTIONE TOTALE DEL RISCHIO INFETTIVO" DERIVANTE DALL'ACQUA DI DISTRIBUZIONE.

L'IDEA INNOVATIVA PROGETTATA DA STERIL PREVEDE TRE FASI DI INTERVENTO:



1. PRESERVARE TUTTA LINEA DI DISTRIBUZIONE DA CONTAMINAZIONI (SOPRATTUTTO PARTICELLARI) PROVENIENTI DALL'APPROVVIGIONAMENTO MEDIANTE L'INSERIMENTO "CENTRALIZZATO" DI OPPORTUNI FILTRI MECCANICI DI CALIBRATA POROSITÀ;

2. RIDURRE PROGRESSIVAMENTE LO STRATO DI BIOFILM (SEZIONE DI SANITIZZAZIONE) MEDIANTE L'APPLICAZIONE "TEMPORANEA" DI SANITIZZANTI CHIMICI ADATTI ALLA RETE DI DISTRIBUZIONE DELLA STRUTTURA;

3. APPLICAZIONE DI FILTRI TERMINALI: È L'ULTIMO STEP PROPOSTO, ED È QUELLO CHE GARANTISCE TOTALMENTE LE UTENZE PIÙ A RISCHIO DEI REPARTI PIÙ CRITICI.



IL SISTEMA CENTRALIZZATO "STERIL WATER", PROPOSTO DALLA STERIL PREVEDE, IN ALCUNI CASI, VALORI DI POROSITÀ TALI DA SALVAGUARDARE L'INTERA LINEA DI DISTRIBUZIONE SIA PER CIÒ CHE RIGUARDA LA FORMAZIONE DI BIOFILM SIA PER EVENTUALI CONTAMINANTI BATTERICI PROVENIENTI DALL'ALIMENTAZIONE IDRICA (COLIFORMI, ESCHERICHIA COLI, ETC.).

IL DIMENSIONAMENTO (NUMERO, DIMENSIONI E POROSITÀ DELLE CARTUCCE) DELL'IMPIANTO, OPERATO E PROGETTATO DA TECNICI SPECIALISTI INTERNI ALLA STERIL SPA È TALE DA GARANTIRE, IN CONDIZIONI DI NORMALE REGIME DI FLUSSO, LA PORTATA DELLE LINEE DI DISTRIBUZIONE E LE CARATTERISTICHE DELL'ACQUA INDICATE DALLE NORMATIVE VIGENTI.

STERIL s.p.a. LECCE
V.le Spagna 6 - Z.I.
73010 Surbo (LE)
casella Postale n°55
Ph.:+39.0832.364536
Fax.:+39.0832.363450

www.sterilspa.it - info@sterilspa.it

Implementazione della raccomandazione ministeriale n.3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura: esperienza dell'azienda Ulss 18 di Rovigo

Riassunto

Nel presente lavoro viene illustrato il processo di analisi e rielaborazione della raccomandazione Ministeriale n. 3 "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura", eseguita dai componenti del Comitato Rischio Clinico dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo, per giungere alla stesura dei documenti specifici per i Presidi Ospedalieri di Rovigo e Trecenta. Il Comitato per il Rischio Clinico dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo ha provveduto alla applicazione ed implementazione delle normative presenti nella raccomandazione ministeriali adattandola alla realtà locale; il lavoro in particolare ha prodotto una procedura operativa per la identificazione del paziente e per il contrassegno del sito chirurgico, oltre che una scheda per la verifica della corretta attuazione della procedura.

Maria Alessandra Ravasi*, **Marzia Milan****, **Raffaella Marchetto*****, **Lina Canale******, **Paolo Ligato^o**, **Francesca Rossi^{oo}**, **Silvia Pierotti^{ooo}**

*Struttura Operativa ORL, Azienda ULSS 18 Rovigo

**Struttura Operativa Chirurgia Generale, Azienda ULSS 18 Rovigo

***Direzione Medica Ospedaliera, Azienda ULSS 18 Rovigo

****Gruppo Operatorio, Azienda ULSS 18 Rovigo

^oStruttura Operativa Urologia, Azienda ULSS 18 Rovigo

^{oo}Direzione Infermieristica, Azienda ULSS 18 Rovigo

^{ooo}Direzione Medica Ospedaliera, Azienda ULSS 18 Rovigo

INTRODUZIONE

La revisione dei dati di letteratura inerenti i contenziosi le richieste di risarcimento e le segnalazioni di "incident reporting" ha dimostrato che gli interventi su paziente sbagliato e le procedure su parte del corpo errato sono presenti con un'incidenza di 1 ogni 1000-3000 procedure. In due anni di esperienza di applicazione dei sistemi di "risk management" presso l'Azienda ULSS L. 18, non sono stati segnalati eventi sentinella gravi, ma in almeno due occasioni tali errori sono stati evitati in extremis, grazie alla procedure di controllo messe in atto dalle singole Strutture Operative, dal momento che non esisteva un

protocollo aziendale di prevenzione di suddetti eventi.

Il Comitato Rischio Clinico, alla luce delle a, ha ritenuto opportuno di colmare questa lacuna con la stesura di un documento aziendali di applicazione delle modalità operative contenute nella raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura pubblicata dal Ministero della Salute nel luglio 2006.

METODI

Il gruppo di studio era formato da un Chirurgo Otorinolaringoiatra, un'Infermiera della degenza di Chirurgia Generale e di Otorinolaringoiatria ed una Caposala di sala operatoria,

coordinati da un 'Infermiera ed un Dirigente Medico di Direzione Sanitaria. La prima azione compiuta dal gruppo è stata l'analisi accurata della raccomandazione ministeriale, mirata alla prevenzione degli eventi sentinella n. 1 e 2., cioè la procedura chirurgica su paziente sbagliato o la procedura chirurgia su parte del corpo sbagliata.

Il Ministero descrive un modello operativo, da applicare e seguire da parte del Personale Medico ed Infermieristico coinvolto in procedure chirurgiche od invasive che si svolgono nelle Sale Operatorie, negli ambulatori protetti e in radiologia interventistica. Il documento prevede 3 periodi temporali, antecedenti l'atto chirurgico, in cui eseguire una serie d'azioni e verifiche, specificando i tempi, i modi e gli attori di ciascuna fase. Nel periodo pre-operatorio il Personale Medico della Struttura ed il Paziente devono compilare il consenso informato riportante sia i dati anagrafici che clinici del paziente, con particolare riguardo al tipo ed al sito dell'intervento. Nelle immediate vicinanze temporali all'intervento l'Operatore dovrà contrassegnare con un pennarello indelebile il sito chirurgico. Il primo controllo avviene all'ingresso nel gruppo operatorio, un membro dell'equipe deve identificare il paziente, chiedendo espressa conferma dei dati contenuti nel programma operatorio e nella cartella clinica al paziente stesso, o in caso di persone non collaboranti ai parenti. Le verifiche successive vengono svolte in sala operatoria e non coinvolgono il paziente, l'intera equipe operatoria deve concordare sull'identità del pa-

**PAROLE CHIAVE:**

Eventi sentinella, Comitato Rischio Clinico, identificazione paziente, contrassegno del sito chirurgico

ziente, sull'intervento da eseguire e sul sito dove eseguire la procedura chirurgica. Successivamente i Chirurghi operatori devono controllare la corrispondenza di identità ed intervento con i dati della cartella clinica e la documentazione radiologica.

Il gruppo di studio ha quindi eseguito un'indagine presso le Strutture Operative della nostra Azienda per verificare le misure preventive ed i protocolli attualmente in uso e per appurare quante e quali delle azioni contenute nella raccomandazione venivano eseguite correntemente. I dati raccolti mostravano una grande variabilità. Il consenso informato è di uso comune, ma non sempre viene compilato dal Medico, né contiene tutti i dati previsti dalla raccomandazione. Il sito della procedura viene contrassegnato in un'unica struttura operativa. L'identificazione del paziente all'ingresso nella sala operatoria è regolata da un Protocollo Infermieristico; non esistono altre procedure, né vengono applicate misure diverse di prevenzione degli eventi sentinella n. 1 e 2.

Il Comitato Rischio Clinico, presa visione dei risultati dell'indagine, ha stabilito di affidare al gruppo il compito di redigere una procedura specifica per applicare il modello operativo raccomandato dal Ministero nell'Azienda ULSS 18.

Il gruppo di lavoro ha quindi proseguito alla stesura del documento, comprensivo di scheda di verifica dell'applicazione della stessa.

A lavoro finito, è stata indetta una riunione di tutti i direttori di SOC per la presentazione e condivisione della procedura.

RISULTATI

La procedura ha ripreso i tre periodi suggeriti nella raccomandazione:

- A. periodo di preparazione all'intervento o pre-operatorio,
- B. periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria o peri-operatorio
- C. periodo immediatamente precedente l'intervento od intra-operatorio.

Il periodo pre-operatorio ha ampia durata, inizia dal momento della proposta della procedura chirurgica e termina all'ingresso del paziente in sala operatoria; in questo lasso di tempo le singole SOC definiscono, attraverso una procedura specifica e compatibilmente con la loro organizzazione interna; le modalità ed i tempi di esecuzione della fase di compilazione del consenso informato e di contrassegno del lato chirurgico.

La compilazione del consenso deve essere parte di un momento di relazione medico paziente, in cui il chirurgo illustra l'intervento (motivazioni, tempi, modi, rischi, etc.) e risponde esaustivamente ad ogni domanda del paziente in merito all'atto chirurgico. Solo dopo questo colloquio si procederà alla compilazione del modulo cartaceo. Si è deciso di permettere ad ogni SOC di usare un proprio consenso informato, purchè venga garantita la presenza di questi dati:

- Nome del paziente
- Nome e descrizione della procedura
- Sede dell'intervento (organo, parte, livello del corpo)

- Lateralità della procedura
- Motivazioni per cui viene effettuata la procedura (diagnosi o condizione clinica).

Durante la presentazione "pubblica" ai vari Chirurghi, non vi sono state obiezioni di rilievo in merito a questa pratica, che è già di uso corrente.

Il contrassegno del sito chirurgico è la fase più stressata dalla raccomandazione ministeriale, ed anche quella più innovativa per le abitudini delle SOC Chirurgiche dell'Azienda ULSS n. 18, visto che un'unica sala su nove la praticava.

L'Operatore che eseguirà l'intervento oppure un suo delegato che sarà presente in sala operatoria dovrà porre un segno convenzionale con pennarello indelebile sul sito chirurgico nelle 24 ore antecedenti l'intervento. Il gruppo di studio ha stabilito che il simbolo dovrà essere comune a tutte le sale, onde non creare confusione al Personale Infermieristico che non è dedicato ad una singola sala, ma può ruotare su tutte le sale. I chirurghi dell'Azienda ULSS 18 utilizzeranno una X, il colore del pennarello può variare. La manovra deve essere fatta coinvolgendo il paziente, o i parenti in caso di persone incoscienti, dopo aver controllato il sito ed il lato in cartella clinica e sulla documentazione radiologica e/o specialistica. Il sito va contrassegnato ogni volta che c'è lateralità dell'intervento o interessamento di strutture multiple (dita) o livelli multipli (vertebre, cosce); può essere evitato in caso di chirurgia d'urgenza dove l'intervento non può essere pianificato, oppure nei neonati prematuri in cui il pennarello può causare un tatuaggio permanente.

Questo punto è stato molto discusso durante la presentazione. I Chirurghi hanno sollevato notevoli dubbi sull'attuabilità di questa fase della procedura. Risulta particolar-

mente difficile definire il momento in cui attuare il contrassegno, poiché bisogna prevedere ed organizzare la presenza contemporanea dell'operatore e del paziente nelle 24 ore antecedenti l'intervento, con conseguente modifica degli orari di servizio del personale medico, anticipo del ricovero ospedaliero, ulteriore accesso pre-operatorio per il paziente. Il gruppo di studio aveva previsto questo problema ed ha suggerito di eseguire il contrassegno la mattina stessa dell'intervento per le procedure minori (DS, ricoveri di 2-4 giorni) ed il giorno precedente per quelle maggiori (ricoveri < 5 giorni).

La procedura non definisce chi e quando eseguire la verifica di queste due fasi, nella scheda di verifica dell'Azienda ULSS 18 si prevede che il controllo venga eseguito in degenza da parte del Personale Infermieristico o Medico, a seconda dell'organizzazione della singola SOC, prima dell'induzione della pre-anestesia.

In questa fase sperimentale si è stabilito che la scheda di verifica ha esclusivamente funzioni di monitoraggio dell'applicazione della procedura; l'individuazione di una fase mancante o incorretta non è motivo di sospensione o rinvio dell'intervento.

Nel periodo peri-operatorio l'Infermiera che accoglie il paziente deve identificare il paziente, chiedendogli i dati anagrafici e clinici (nome, data di nascita, ragione dell'intervento e sito chirurgico) e verificando le risposte con la documentazione clinica. La stessa infermiera che ha eseguito l'identificazione registrerà il suo atto nella scheda di verifica.

Per questa e le prossime fasi che, diversamente dalla precedenti, non sono azioni, ma già controlli si è ritenuto assurdo eseguire una verifica della verifica, per cui sono gli

stessi autori delle 3 fasi a compilare la scheda di verifica

La procedura infermieristica di accoglimento del paziente, già in atto da anni presso le sale operatorie dell'azienda prevedeva un'attività analoga, per cui la procedura è stata accettata senza obiezioni.

Nel periodo intra-operatorio, in sala operatoria, senza collaborazione del paziente, si attuano le ultimi due fasi: "time out" e "double check".

Prima dell'inizio dell'intervento la sala operatoria si ferma e tutta l'equipe ascolta uno dei suoi membri che dichiara a voce alta il nome del paziente, la procedura, il sito e la lateralità. Se tutti concordano sui dati si procede con l'intervento, in caso di discrepanze sarà utile controllare la documentazione clinica al fine di chiarire i dubbi.

Ultimo controllo è riservato agli Operatori che eseguiranno l'intervento, due di essi separatamente dovranno controllare la corrispondenza fra identità, sito e lato della procedura e documentazione, clinica, radiologica e specialistica.

Durante la stesura della procedura è stato evidenziato il fatto che molti interventi vengono eseguiti da un unico operatore, per cui si è deciso di introdurre la regola che in caso di interventi con più operatori il double-check venga eseguito da due Medici, mentre per le procedure con unico Operatore il controllo spetta ad un Medico ed un Infermiere dell'equipe. Questa importante modifica è stata inviata al Ministero come "suggerimento" per il miglioramento della raccomandazione.

Qualche dubbio è stato sollevato sulla fase di double check, perché non sé definito se deve essere eseguito necessariamente dal primo Operatore; in tal caso l'attuazione potrebbe divenire difficile, poiché spesso nelle chirurgie maggiori il primo Operatore demanda la parte

iniziale ai propri collaboratori.

In un primo tempo, vista la complessità della procedura, si è deciso di applicarla solamente nelle sale operatorie dove il personale presentava già dimestichezza nelle procedure di risk management e dove l'applicazione della procedura poteva determinare meno disagi ai pazienti ed agli operatori (allungamento tempi attesa, allungamento tempi di esecuzione, moltiplicazioni accessi "pre-operatori"), posticipando in un secondo tempo l'applicazione negli ambulatori protetti e nella radiologia interventistica.

CONCLUSIONI

Alla conclusione del lavoro il gruppo di studio ha tratto alcune osservazioni:

1. Le modalità operative preventive individuate dalla raccomandazione ministeriale sono semplici, chiare, di facile applicabilità, ed a nostra avviso anche efficaci nell'evitare e prevenire le procedure su paziente sbagliato o su parte del corpo sbagliato.
2. La sensibilizzazione del Personale è alta per quanto riguarda la corretta identificazione di paziente, mentre è molto scarsa in merito al problema del sito e lato d'intervento.
3. Il Personale si è dimostrato disponibile all'applicazione della procedura, pur con qualche riserva in merito alla riorganizzazioni di attività correlate.
4. la procedura redatta, in base ai contenuti della raccomandazione, è stata giudicata esaustiva, semplice e pratica; è stata apprezzata la precisa identificazione dei ruoli nell'esecuzione delle varie fasi e delle successive verifiche.
5. il consenso informato scritto ha una diffusione capillare nei reparti, negli ambulatori e nei sevizi, ma non vi unità di contenuti. Al-

cuni consensi riportano solo i dati anagrafici e l'intervento, altri elencano anche i rischi con probabilità dell'1/1000. Inoltre molto spesso viene compilato da personale non medico, senza colloquio con il paziente e con una certa fretta immediatamente prima dell'inizio dell'intervento.

La seconda parte di questo studio consisterà nella raccolta ed analisi delle schede di verifica al fine di valutare l'applicazione della procedura, di evidenziarne i difetti per un continuo miglioramento; contemporaneamente attraverso le schede di incident reporting; procedura già da anni in uso presso la Nostra Azienda, si valuterà l'efficacia dell'introduzione di questa metodica nella prevenzione degli eventi sentinella n. 1 e 2.

BIBLIOGRAFIA

Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura. Protocollo Sperimentale per il Monitoraggio degli eventi sentinella. Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III. Luglio 2006

Sentinel event program Annual report 2004-05; Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia; 2005

Leape, L.L. Reporting adverse event. NERJM. 2002; 347 (20): 1633-8

Martini Muro Strumenti per la gestione del rischio. Leadership Medica 2005, 3.

Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 1° Rapporto (Settembre 2005-Febbraio 2007). Ministero

della Salute, Dpt. Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III. Aprile 2007

Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. J Gen Intern Med 2003; 18 (1): 61-7

Word Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for adverse event reporting and learning systems; from information to action. World Health Organization 2005


Linea Sterile

Via Pirandello, 16 - 47043 Gatteo (FC) Tel. 0541.819911 Fax 0541.818790

info@lineasterile.com - www.lineasterile.com

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE IN SANITÀ

Un modello di sviluppo operativo

Cenni sulla Riforma Brunetta

Nel Decreto legislativo 150/2009 (Riforma Brunetta) il sistema di valutazione esce dal tradizionale ambito dirigenziale e viene esteso a tutti i dipendenti dell'azienda (dirigenza e comparto) intesi sia come componenti di un'organizzazione (UO) sia come singoli individui. L'aspetto della novità si sposta sulla performance individuale, sinora relegata ai livelli dirigenziali con modalità più burocratiche che meritocratiche con l'effetto finale del "tutti promossi". Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle Unità Operative in cui si articola, attraverso un sistema trasparente di indicatori e obiettivi specifici e misurabili.

Il nostro Modello

IL SISTEMA DEGLI OBIETTIVI

elaborato da SANITANOVA s.r.l.

- A) Adeguamento del sistema dei regolamenti aziendali** - Obiettivo: formalizzare il sistema delle regole aziendali sulla misurazione e valutazione della performance, coerentemente con la normativa e con le disposizioni applicabili all'azienda, e fornire elementi di dettaglio per attuare correttamente le procedure previste.
- B) Progettazione del sistema di misurazione dei risultati** - Obiettivo: sviluppare il data base degli indicatori applicabili alle unità operative, dei benchmark e delle modalità di misurazione degli stessi (fonti dati).
- C) Attivazione e accompagnamento della funzione "misurazione della performance"** - Obiettivo: formalizzare e avviare la funzione che dovrà coordinare la definizione degli standard di servizio delle Unità Organizzative nonché l'individuazione degli obiettivi applicabili ai singoli contesti operativi.

IL SISTEMA DELLE COMPETENZE

elaborato da TREND s.r.l.

- A) Analisi della documentazione** - Obiettivo: raccogliere tutte le informazioni disponibili per leggerle in ottica funzionale al modello delle competenze e definire il piano di fattibilità del progetto.
- B) Definizione e struttura ruoli e famiglie professionali** - Obiettivo: descrivere le caratteristiche che definiscono i ruoli e raggrupparle in aggregati omogenei.
- C) Catalogo delle competenze** - Obiettivo: descrivere un menù di competenze definite in termini di indicatori e livelli.
- D) Definizione dei profili organizzativi** - Obiettivo: individuare i profili attesi per famiglie professionali delle competenze aziendali.
- E) Rilevazione delle competenze** - Obiettivo: strutturare una modalità flessibile di rilevazione delle competenze e supportare efficacemente chi dovrà utilizzare lo strumento.
- F) Gap Analysis** - Obiettivo: descrivere un menù di competenze definite in termini di indicatori e livelli.

IL SISTEMA INFORMATIVO DI SUPPORTO: APPLICATIVO PER GESTIRE LA VALUTAZIONE

elaborato da CONSYS Soc. cons. ar.l.

Piattaforma informatica e attività di consulenza finalizzata alla customizzazione della piattaforma

Obiettivo: accompagnare l'azienda nella gestione della reportistica interna ed esterna, secondo le regole previste dalla trasparenza; supportare il personale nelle fasi di programmazione (definizione degli obiettivi); monitorare (misurazione degli indicatori) e valutare i risultati con l'ausilio di supporti tecnico-informatici personalizzati.

CORSI DI FORMAZIONE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO

SanitaNova è provider nazionale: accreditamento n. 12 (10/06/2010)

FORMAZIONE	TITOLO DEL CORSO	ORE	ECM	
FORMAZIONE DI BASE PER I DIRIGENTI	FAD	il ciclo delle performance in sanità	6	9
	FAD	il modello organizzativo dell'unità operativa	20	30
	RESIDENZIALE	l'efficacia organizzativa e l'analisi e risoluzione dei problemi	8	12
	RESIDENZIALE	la gestione e il coordinamento dei collaboratori e la gestione delle risorse economiche	8	12
	RESIDENZIALE	la gestione per obiettivi, il cambiamento e l'innovazione	8	12
	RESIDENZIALE	la performance organizzativa e individuale e il modello delle competenze	8	12
FORMAZIONE PER ADDETTI AL COMPARTO	FAD	il ciclo delle performance in sanità	6	9
	FAD	il modello organizzativo dell'unità operativa	20	30
	RESIDENZIALE	l'orientamento al cliente e il lavoro di gruppo	8	12
	RESIDENZIALE	la gestione per obiettivi e la gestione dei servizi	8	12
	RESIDENZIALE	la performance organizzativa e individuale e il modello delle competenze	8	12

6 BUONI MOTIVI PER SCEGLIERE QUESTO MODELLO

1 ESPERIENZA CON L'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

Questo modello di misurazione e valutazione delle performance è stato sviluppato in buona parte nell'ambito della collaborazione avuta con l'Azienda Sanitaria di Firenze nel corso degli ultimi due anni e integrato al fine di soddisfare le disposizioni della normativa vigente, in modo particolare quelle del D.Lgs 150 del 2009.

2 UNITARIETÀ DEL PROGETTO

Il modello nelle sue diverse parti (sistema degli obiettivi/ sistema delle competenze/ sistema informativo di supporto/formazione di base per dirigenti e addetti al comparto) soddisfa a 360° tutte le disposizioni del D.Lgs 150 del 2009 (Legge Brunetta).

3 MODULARITÀ DELL'INTERVENTO

La programmazione delle attività per implementare il modello consiste nella realizzazione di programmi suddivisi in lotti, ognuno dei quali svolge precise funzioni con determinate tempistiche. L'obiettivo è semplificare l'introduzione, l'implementazione e lo sviluppo del modello che vede coinvolte più professionalità.

4 POSSIBILITÀ DI CUSTOMIZZAZIONE DEL MODELLO

È possibile applicare il modello secondo le specifiche esigenze di ogni struttura sanitaria.

5 GRADUALITÀ DI IMPLEMENTAZIONE

La gradualità di messa a punto del modello è rappresentata dal fatto che è possibile cominciare l'implementazione da tre dipartimenti (due clinici e uno amministrativo) per poi spostarsi progressivamente a tutte le strutture dell'azienda.

6 PROFESSIONALITÀ RICONOSCIUTE NEL PANORAMA SANITARIO NAZIONALE

SANITANOVA s.r.l. (Milano) è una società di consulenza e formazione che opera in sanità con una particolare esperienza nell'ambito dell'organizzazione e sviluppo delle risorse umane nelle aziende sanitarie; TREND s.r.l. (Firenze) è una società di consulenza di direzione operante nell'ambito della fornitura di servizi aziendali rivolti alla gestione e allo sviluppo delle risorse umane, in particolar modo ai sistemi delle competenze; CONSYS soc. cons. ar.l. (Bari) si è affermata tra i leader nazionali dei servizi alla Pubblica Amministrazione, in particolare nella sanità, grazie alle competenze tecniche e professionali in ambito di sistemi informativi, formazione specializzata, consulenza di direzione e progetti strategici.



37° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. “Gestire il futuro in sanità”



I PREMI SCIENTIFICI

L'impegno dell'ANMDO come promotore di innovazione ed evoluzione scientifica si fonda sulla volontà di dare spazio anche per il 2011 ai contributi scientifici dei partecipanti, premiando la rilevanza scientifica del contenuto, l'originalità dello studio e l'efficacia della presentazione.

Verranno accettati comunicazioni e poster inerenti le seguenti tematiche:

- Ambiente e Ospedale
- Capitolato tipo
- Continuità generazionale
- Costruire o ristrutturare
- Distretto socio-sanitario
- Documentazione sanitaria
- Etica e Medicina Palliativa
- Rischio infettivo
- Sicurezza in ospedale
- Vaccinazioni in ospedale
- Security in ospedale
- Gestione tipo
- Highlights in Oncology
- Igiene Ospedaliera
- Innovazione Terapeutica ed aspetti regolatori
- Logistica ospedaliera
- Media e ospedale
- Nuove Certificazioni on line
- Servizi in gestione appaltata
- Technology Assessment Clinico
- Valutazione delle Performance

Le premiazioni avverranno durante la Cena prevista per il 10/6/2011. Per ogni ulteriore informazione e chiarimento rivolgersi alla segreteria ANMDO: anmdo.segreteria@gmail.com

LE COMUNICAZIONI

Gli Abstract delle comunicazioni, previa iscrizione al Congresso, dovranno essere inviate esclusivamente alla sede della segreteria nazionale ANMDO e-mail: comunicazioni.anmdo@gmail.com

Il testo, oltre a titolo (max 100 battute), dovrà essere strutturato in: Nomi autori, Carica e struttura di appartenenza autori, Parole chiave (max 3), Introduzione, Materiali e metodi, Risultati.

I lavori dovranno essere in formato word 97-2003, con carattere Times New Roman 10, interlinea 1, bordo 2 cm su tutti i lati, non superare i 3500 caratteri (2.500 caratteri in presenza di grafico o tabella non più di 2, in bianco e nero).

Andrà indicato l'Autore che, se accettato, presenterà il lavoro. Ciascun iscritto al Congresso può portare una sola Comunicazione come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altre Comunicazioni. Pertanto è obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore.

Le comunicazioni che non si atterranno alle presenti indicazioni non saranno accettate e quindi si vedranno negata la pubblicazione sugli Atti del Congresso.

La scadenza per l'invio dei contributi scientifici è fissata entro e non oltre il 9/5/2011.

Ai vincitori saranno attribuiti i seguenti premi:

- 1° classificato 1.500,00 euro
- 2° classificato 1.000,00 euro
- 3° classificato 500,00 euro

I POSTER

I Poster di dimensioni massime cm 70 x 100 (L x H) possono essere presentati da tutti gli iscritti al Congresso esclusi i componenti del Comitato Scientifico. Gli interessati dovranno segnalare sulla scheda di iscrizione la volontà di presentare un poster. Ciascun iscritto al Congresso può portare un solo Poster come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altri Poster.

Pertanto è obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore. I Poster pervenuti entro il 9/5/2011 e accettati dalla Segreteria Scientifica saranno esposti in sede congressuale. L'affissione è a cura degli autori e potrà essere effettuata dalle ore 9,00 alle ore 12,00 del 9/6/2011. I poster potranno essere rimossi dagli autori dalle ore 17,00 alle ore 20,00 del 10/6/2011. La Segreteria non è responsabile dell'eventuale trafugazione e/o manomissione del materiale esposto.

Ai vincitori saranno attribuiti i seguenti premi:

- 1° classificato 1.500,00 euro
- 2° classificato 1.000,00 euro
- 3° classificato 500,00 euro

Gli abstract dei poster dovranno essere inviati esclusivamente alla segreteria nazionale ANMDO previa iscrizione al Congresso e-mail: poster.anmdo@gmail.com

I testi (3.500 caratteri solo testo, 2.500 caratteri in presenza di grafico o tabella non più di 2, in bianco e nero) dovranno essere strutturati come segue:

Titolo max 100 battute, Nomi autori, Carica e struttura di appartenenza autori Parole chiave (max 3), Introduzione, Contenuti, Conclusioni.

I lavori dovranno essere in formato word 97-2003, con carattere Times New Roman 10, interlinea 1, bordo 2 cm su tutti i lati,). I poster dovranno essere inviati anche in formato PDF nella loro forma definitiva di presentazione, al medesimo indirizzo e con la stessa scadenza. I poster che non si atterranno alle presenti indicazioni non saranno accettati e quindi si vedranno negata la pubblicazione sugli Atti del Congresso.

Ai 20 autori dei poster prescelti per concorrere all'assegnazione dei premi verrà chiesto di presentare oralmente il lavoro (10 minuti) durante le sessioni dedicate alle Comunicazioni.

PREMIO: Il Direttore Sanitario del 2025



L'evoluzione delle conoscenze e delle scoperte in tutti i settori trovano applicazioni concrete che impattano prima o poi con l'intero sistema sociale ed organizzativo, che richiedono nuove modalità di approccio per la soluzione dei diversi problemi. Chi, come il direttore sanitario di azienda ed il direttore medico di presidio, ha responsabilità direzionale di indirizzo di una organizzazione complessa, come l'ospedale o una azienda sanitaria, deve saper cogliere queste innovazioni e coniugarle con l'organizzazione, riaffermando il proprio ruolo di forza responsabile e fortemente impegnata nella difesa del sistema sanitario pubblico, della salute dei cittadini e della professionalità dei dirigenti medici. Assicurare un servizio sanitario efficiente e sostenibile rappresenta ormai un imperativo alla luce dei cambiamenti che stanno sconvolgendo la sanità italiana.

Nell'ambito della tematica del 37° Congresso, incentrata sulla gestione del futuro, l'ANMDO intende premiare il miglior lavoro dedicato alla figura del Direttore Sanitario del 2025. Si richiede di presentare un'ipotesi sul futuro, da qui a 15 anni, su quali saranno le competenze e le funzioni del Direttore Sanitario, dalle doti manageriali al know-how e al percorso formativo necessario alla corretta gestione del futuro sanitario in ambito ospedaliero e territoriale. I lavori dovranno pervenire entro il 9 maggio 2011 alla segreteria Nazionale

ANMDO, e-mail: anmdo.segreteria@gmail.com per la pubblicazione sugli atti del congresso e le necessarie valutazioni da parte della segreteria scientifica. I lavori dovranno essere in formato word 97-2003, con carattere Times New Roman 10, interlinea 1, bordo 2 cm su tutti i lati, da un minimo di 5 pagine ad un massimo di 10 pagine. Andrà indicato l'Autore, che se accettato, presenterà il lavoro. Ciascun autore, necessariamente iscritto al Congresso, può presentare un solo lavoro.

L'elaborato dovrà essere corredato da un abstract il cui testo (che non deve superare i 3500 caratteri, 2500 in presenza di grafico o tabella, non più di 2), oltre a titolo, max 100 battute, autore, carica e struttura, dovrà essere strutturato in: Parole chiave (max 3), Introduzione, Analisi presente e futura, Conclusioni. Il lavoro migliore verrà premiato con € 3000. La premiazione avverrà in occasione della cena prevista per il 10 giugno 2011 e l'vincitore sarà proposto quale relatore al 24° Congresso AEDH Asociación Europea de Directivos de Hospitales, che si terrà ad Atene nel 2012.

SEGRETERIA ANMDO

c/o Direzione Medica Ospedaliera
Policlinico Sant'Orsola-Malpighi
Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna
Tel. 051.391841 - Fax 051.390512
Informazioni: anmdo.segreteria@gmail.com



Il Premio ANMDO Ambiente 2011



IL PREMIO ANMDO AMBIENTE 2011: VERSO LA CULTURA DELLA RESPONSABILITÀ AMBIENTALE NELLE AZIENDE SANITARIE

Il premio ANMDO AMBIENTE è un progetto che si propone di mettere in luce i professionisti più virtuosi in fatto di piani energetici, energie rinnovabili, sostenibilità ambientale, ciclo dei rifiuti e mobilità sostenibile.

Imperativo è assicurare ai degenti e ai cittadini un miglioramento della qualità della vita, risparmio economico, riduzione delle emissioni inquinanti.

Si richiede di proporre progetti ed esperienze che sulla base di una analisi delle potenzialità e opportunità intendono definire obiettivi e strategie di intervento di breve, medio e lungo periodo con particolare attenzione all'utilizzo delle nuove tecnologie e delle fonti rinnovabili per migliorare l'efficienza energetica delle strutture sanitarie con percorsi decisionali partecipati e forme di confronto stabile tra i diversi servizi.

L'ANMDO propone un percorso di valutazione in itinere e di promozione delle buone prassi finalizzato ad individuare, raccogliere e diffondere iniziative di successo, premiando non solo l'idea progettuale ma la capacità delle amministrazioni di portare a termine un progetto, andando a verificare sul campo i risultati ottenuti.

CONDIZIONI DI PARTECIPAZIONE

Al premio possono partecipare i professionisti che operano nel campo sanitario e che sono regolarmente iscritti all'ANMDO e al 37° Congresso Nazionale. Potranno essere presentate in senso lato idee e proposte che riguardano l'ambiente ospedale (realistiche e realizzabili). Provvedimenti, iniziative, manifestazioni, progetti o prodotti o servizi sviluppati in ambito sanitario.

Il progetto va inviato via e-mail in formato pdf al seguente indirizzo di posta elettronica: ambiente.anmdo@gmail.com. Il progetto va descritto da un minimo di 5 pagine ad un massimo di 10 pagine. Il testo, dovrà essere corredato da un breve abstract libero che verrà pubblicato negli atti del congresso per cui è necessario oltre a titolo (max 100 battute), Nomi autori, Carica e struttura di appartenenza autori, Parole chiave (max 3, contenuti). Se si tratta di progetti già realizzati è possibile allegare altra documentazione quali articoli di stampa e comunicati. Il materiale può essere accompagnato anche da cd-rom, fotografie, video, ecc. Termine ultimo di invio del materiale è il 9 maggio 2011. Uno stesso soggetto può presentare e quindi candidarsi per uno e un solo progetto. Informazioni e chiarimenti sulle modalità di partecipazione sull'ammissibilità dei progetti possono essere richieste contattando:

I progetti saranno valutati sulla base dei seguenti fattori:

- L'idea e la sua forza innovativa all'interno delle strutture Sanitarie;
- La capacità di produrre risultati misurabili attraverso una enunciazione chiara degli indicatori di analisi;
- La costituzione di gruppi di lavoro e tavoli stabiliti di concertazione;
- L'impatto delle iniziative in termini ambientali e il rapporto costo/benefici;
- La sostenibilità organizzativa;
- La sostenibilità ambientale.

I progetti presentati verranno valutati da una commissione composta di esperti, che provvederà ad identificare i migliori, assegnando ai primi tre classificati i premi sotto elencati:

- 1° premio 1.500,00 euro
- 2° premio 1.000,00 euro
- 3° premio 500,00 euro



SEGRETERIA ANMDO

c/o Direzione Medica Ospedaliera Policlinico Sant'Orsola-Malpighi
Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna
Tel. 051.391841 - Fax 051.390512
Informazioni: ambiente.anmdo@gmail.com