

ANMDO 65^o

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere



ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

ABSTRACT CONTRIBUTI SCIENTIFICI

FRAMMENTAZIONE E INTEGRAZIONE

VALORI ED ETICA IN SANITÀ

TORINO 2-4 MAGGIO 2012

38° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.

Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

FRAMMENTAZIONE E INTEGRAZIONE VALORI ED ETICA IN SANITÀ

Torino 2-4 maggio 2012

99.99

LA NUOVA DIMENSIONE DELLA DISINFEZIONE

EFFICACIA AL MICRON, RISULTATO AL CUBO

99.99™ è la rivoluzionaria tecnologia brevettata per la sanificazione in ambito sanità, farmaceutico, ricerca e biotecnologie. Garantisce la sanificazione e l'igiene degli ambienti sanitari, professionali e lavorativi, anche di grandi dimensioni, provocando la **distruzione al 99,99% di VIRUS, BATTERI, SPORE, FUNGHI e BIO-FILM** presenti nell'aria e sulle superfici. La soluzione disinfettante, trasformata e diffusa in miliardi di particelle di dimensioni inferiori al micron (un millesimo di millimetro), raggiunge anche spazi e superfici difficili da decontaminare con altri sistemi.

99.99™ è distribuito da Sapio Life

PRESIDENTE

Dott. Gianfranco Finzi

COMITATO SCIENTIFICO

Prof. Ugo Luigi Aparo
Dott. Alberto Appicciafuoco
Dott. Antonio Battista
Dott. Antonio Biamonte
Dott. Francesco Bisetto
Prof. Silvio Brusafiero
Dott. Antonio Carbone
Dott.ssa Francesca Casassa
Dott. Giovanni Dal Pozzolo
Dott. Carmelo Del Giudice
Dott. Oscar Di Marino
Dott. Bruno Falzea
Prof. Karl Kob
Dott. Rosario Lanzetta
Dott. Renato Li Donni
Dott. Giuseppe Matarazzo
Prof.ssa Ida Mura
Dott. Giuseppe Paladino
Prof. Gabriele Pelissero
Dott. Angelo Pellicanò
Dott. Sergio Pili
Dott. Roberto Predonzani
Dott. Stefano Reggiani
Dott. Giuseppe Schirripa
Dott. Gianluca Serafini
Dott. Domenico Stalteri
Dott.ssa Maria Addolorata Vantaggiato
Dott. Giuseppe Zuccarello

COMITATO ORGANIZZATORE

Dott. Roberto Arione
Dott.ssa Elide Azzan
Dott.ssa Francesca Casassa
Dott.ssa Paola Costanzo
Dott. Giuseppe De Filippis
Dott. Carmelo Del Giudice
Dott. Massimo Desperati
Dott. Francesco Garufi
Dott.ssa Ida Grossi
Dott.ssa Paola Malvasio
Dott. Giovanni Messori Ioli
Dott. Angelo Penna
Dott. Ugo Podner Komaromy
Dott. Clemente Ponzetti
Dott. Franco Ripa
Dott. Roberto Sacco
Dott. Antonio Scarmozzino

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Prof. Ugo Luigi Aparo
Dott. Alberto Appicciafuoco
Prof. Cesare Catananti
Dott. Rosario Cunsolo
Dott. Carmelo Del Giudice
Prof. Karl Kob
Prof. Gabriele Pelissero
Dott. Clemente Ponzetti
Dott. Domenico Stalteri
Prof. Bruno Zamparelli

Il Sistema **KEMIKA** a Moduli Integrati

Sistema **Certificato** da laboratorio CE
per la pulizia e la disinfezione
delle superfici in ambiente ospedaliero

MODULO CON QUATERNARI E BIGUANIDE

Sanificazione superfici
con **SANIDART**
e Panni in Microfibra
EXTRAKLIN



MODULO CON CLOREXIDINA

Pulizia
e disinfezione
dei sanitari
con **SANOCIT CX*** e
Panni in Microfibra
EXTRAKLIN



MODULO CON CLORO IN PASTIGLIE

BIOSPOT* + TOC
Per lavaggio pavimenti
con frangia in microfibra
MONOKEM RICCIO



Presidi Medico Chirurgici

Kemika SPA

Via G. Di Vittorio 55 - CO.IN.OVA 2 - 15076 Ovada (AL) ITALIA
Tel. (0039)0143-80.494 Fax (0039)0143-82.30.68
www.kemikaspa.com e-mail: info@kemikaspa.com

POSTER	6
COMUNICAZIONI	80

CASA EDITRICE
EDICOM

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

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

Realizzazione grafica: T&T studio - Milano

Pubblicazione: Aprile 2012

STERIMED

Servizi Integrati
per l'Hospital
Integrated Services
for Health

Sterimed, azienda certificata ISO 9001, ISO 13485, ISO 14001 opera su tutto il mercato nazionale proponendo servizi specialistici in ambito sanitario, garantendo la gestione del patrimonio tecnologico ospedaliero in Outsourcing. La struttura di Sterimed, supportata da un Team di Specialisti con decennale esperienza nel settore, abbinata allo studio delle innovazioni tecnologiche e ad una giusta flessibilità e dinamicità aziendale, è in grado di fornire su tutto il territorio nazionale il massimo supporto alle strutture ospedaliere garantendo i più elevati standard qualitativi, dalla progettazione alla realizzazione di centrali di sterilizzazione ed impianti di trattamento e sanificazione acqua ed aria, alla fornitura di servizi integrati personalizzati.

Progettazione, realizzazione, gestione e certificazione centrali di sterilizzazione

Nell'ambito dei servizi di Sterilizzazione / Disinfezione Sterimed è in grado di fornire alle strutture sanitarie la più completa ed efficace proposta di gestione in Outsourcing abbinata ad un servizio "certificato" di convalida dei processi. Sterimed progetta, realizza ("chiavi in mano"), gestisce e certifica centrali di sterilizzazione con le più avanzate tecnologie del settore.



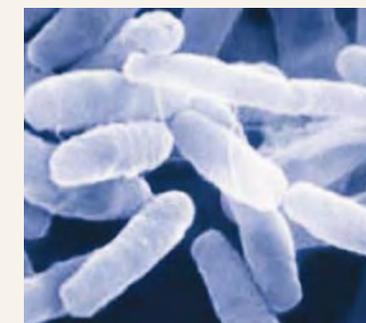
Servizi di trattamento anti-legionella e sanificazione acqua ed aria

ACQUA ed ARIA, definiti i più preziosi ed importanti elementi di vita, possono a volte rivelarsi pericolosi. Sterimed risponde, con soluzioni personalizzate, alle problematiche delle comunità, delle strutture turistico-ricettive ed in particolare delle strutture sanitarie, offrendo le soluzioni più efficaci ed avanzate per la disinfezione e sanificazione da tutte le infezioni di origine idrica ed aeraulica, in particolare da LEGIONELLA spp, PSEUDOMONAS AERUGINOSA, STAFILOCOCCO AUREUS, ESCHERICHIA COLI, etc.



Servizi di laboratorio di analisi

Il laboratorio di analisi microbiologiche "STERIMED", è dotato di apparecchiature e tecniche strumentali moderne ed evolute per l'esecuzione di analisi chimico, chimico-fisiche e batteriologiche. Precisione ed affidabilità dell'attività analitica sono garantite da un Sistema di Qualità certificato.



FRAMMENTAZIONE E INTEGRAZIONE VALORI ED ETICA IN SANITÀ

38° Congresso Nazionale ANMDO
Torino 2-4 maggio 2012

La frammentazione e l'integrazione in sanità viste sotto la lente dei valori e della dimensione etica. È questo il tema portante del nostro 38° Congresso Nazionale dell'ANMDO. "FRAMMENTAZIONE E INTEGRAZIONE - Valori ed etica in sanità" che si tiene di nuovo a Torino per celebrare anche il 65° anniversario della fondazione. Il Congresso si propone come luogo di discussione di vari temi che spaziano dal ruolo della Direzione medica ospedaliera all'Health technology assessment (HTA), dalla prevenzione e gestione del rischio clinico all'igiene nelle strutture sanitarie, con uno sguardo rivolto con estremo interesse alle nuove forme di collaborazione, cooperazione e competizione nei Paesi dell'Unione Europea. Oggi la frammentazione caratterizza in maniera rilevante le politiche, le organizzazioni e l'operatività in ambito sanitario. Assistiamo infatti a una parcellizzazione delle responsabilità ai vari livelli istituzionali e a politiche d'integrazione che non appaiono avere il supporto di un intenso dialogo fra i soggetti coinvolti. Il rapporto dialogico fra le diverse competenze disciplinari specialistiche e fra le diverse professionalità in sanità, permeato da una visione condivisa dei valori e dell'etica in sanità, costituisce invece, secondo l'ANMDO, la migliore strategia per ridurre la frammentazione e promuovere l'integrazione. Occorre infatti un approccio integrato per l'ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale, che ponga al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizzi il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità dei servizi.

L'agenda politica registra la conclusione, dopo oltre tre anni, dell'iter di approvazione in commissione Affari sociali della Camera del disegno di legge sul governo clinico. Ora la parola passa all'Aula. Al di là del rigore nelle procedure, il legislatore deve tener presente che la clinical governance - termine impropriamente tradotto in italiano come governo clinico - rappresenta la capacità di una organizzazione sanitaria di ispirare e supportare gli atti e comportamenti dei clinici nelle scelte diagnostiche, terapeutiche e riabilitative a chiare evidenze scientifiche e di valutazioni di costi-efficacia e costi efficienza. Clinical governance, quindi, come contestualizzazione e adattamento del

perseguimento della qualità dell'assistenza nelle singole organizzazioni sanitarie. Una "strategia" attraverso la quale le organizzazioni sanitarie stesse si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi, del raggiungimento e mantenimento di elevati standard assistenziali, sollecitando la creazione di un ambiente di lavoro che favorisce l'eccellenza professionale. Nel nostro Paese il direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera è responsabile anche del governo clinico inteso come l'unione di quattro fondamentali dimensioni della qualità: la qualità professionale, la qualità percepita (capacità di soddisfare le aspettative delle persone assistite e dei dipendenti), l'efficienza (intesa come uso razionale delle risorse disponibili), il risk management (gestione del rischio, intesa come minimizzazione dei rischi per i pazienti). A tal fine, il direttore sanitario promuove e coordina le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Alla direzione medica di presidio ospedaliero, invece, spettano funzioni gestionali e organizzative, igienico-sanitarie, di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione, di aggiornamento, di promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni. Ma anche il direttore medico di presidio ospedaliero oltre a concorrere, nell'ambito dell'assistenza, al raggiungimento degli obiettivi aziendali, è corresponsabile del governo clinico del presidio. Chi, come il direttore sanitario di azienda o il direttore medico di presidio, ha una responsabilità direzionale di indirizzo di una organizzazione complessa, come l'ospedale o un'azienda sanitaria, deve saper cogliere i cambiamenti in atto anche nel sistema sanitario e approntare le soluzioni ritenute migliori. Il tempo in cui viviamo è infatti caratterizzato da innovazioni continue. L'evoluzione delle scienze e conoscenze in tutti settori impattano con l'intero sistema socio-economico e richiedono nuovi approcci. Clinical governance, Health technology assessment, evidence based health care e risk management sono divenuti fondamentali parametri di riferimento per la sanità di oggi e per quella di domani. Anche il mondo della Direzione Sanitaria, quindi, deve tornare sui banchi di scuola per colmare le lacune che si sono formate a seguito di questi

cambiamenti. Senza perdere di vista la dimensione umana delle cose. Occorre infatti, oggi più che mai, ricorrere allo strumento fondamentale per generare e gestire il futuro: l'etica. L'etica è la dottrina che si propone, in base a un sistema di valori, di stabilire criteri razionali per esprimere un giudizio di valore riguardo l'agire umano. Occorre, oggi più che mai, contrastare con forza tutti quei comportamenti inefficaci, neglienti e utilitaristici che, talvolta, impediscono la creazione di un ambiente atto a garantire la corretta assistenza dei pazienti, l'integrazione, la necessaria gestione virtuosa e responsabile della cosa pubblica. Se la Direzione Sanitaria ha come mission quella di garante del funzionamento ottimale delle organizzazioni sanitarie nell'interesse precipuo dei cittadini, ci dobbiamo interrogare su quali sono i valori che tale articolazione dell'organizzazione sanitaria deve contribuire tutelare. L'ANMDO ritiene che tra i valori fondamentali in sanità ci siano passione, compassione e onestà. La passione intesa come amore per la propria professione e per le persone malate, come abilità e propensione al dialogo. La compassione è, invece, il moto dell'animo che ci fa sentire dispiacere o dolore per i mali altrui ed è il principio etico basilare delle relazioni con le altre persone. Infine l'onestà che indica la qualità umana di agire e comunicare in maniera leale, sincera e trasparente, in base a principi morali ritenuti universalmente validi. Al giorno d'oggi in che misura questi valori vengono rispettati in sanità? Il Congresso Nazionale ANMDO cercherà di fornire risposte anche a questa domanda.

Il Segretario Scientifico Nazionale
Prof. Dott. Ugo Luigi Aparo

Il Presidente Nazionale
Dott. Gianfranco Finzi

38° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

POSTER

APPLICAZIONE SPERIMENTALE DI UNA CHECK LIST SPECIFICA PER L'INTERVENTO DI CATARATTA NELLA AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA S. ANNA DI FERRARA

P.M. Antonioli¹, M. Mazzini², P. Caponcelli², P. Perri³, A. Migliorelli⁴, O. Antonioli⁵, S. Stivani⁶, E. Carlini¹, R. Bentivegna¹

¹ Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; ² Direzione delle Professioni Inf.; ³ U.O. Oculistica; ⁴ U.O. Anestesia e Rian.; ⁵ Caposala B.O. Polispes.; ⁶ Inf. B.O. Polispes.

Parole chiave: check List, cataratta.

Introduzione. In Emilia Romagna è attivo dal 2010 un Network per il monitoraggio e la misura degli outcomes sull'utilizzo della Surgical Check List (SSCL) all'interno delle sale operatorie. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara partecipa a questo progetto regionale, denominato SOS.net. Tra le UU.OO. coinvolte c'è anche l'Oculistica.

Contenuti. L'intervento di cataratta è una delle prestazioni più frequentemente erogate dalla U.O. di Oculistica. Per le particolari caratteristiche di questo intervento, la check list standard risultava poco efficace e di difficoltoso utilizzo. Per questo, in collaborazione col personale sanitario medico e infermieristico che effettua questo tipo di intervento, è stata elaborata una check "ad hoc", maggiormente rispondente alle esigenze specifiche degli operatori e in grado di garantire un maggior livello di sicurezza per i pazienti.

Regione Emilia Romagna		
SSCL CATARATTA		SOS.net
BAR CODE PAZIENTE		
Cognome	Nome	data di nascita
		Intervento Chirurgico
data		
MODULO 776/a — check list CATARATTA		
SIGN-IN 17 controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia	TIME-OUT 17 controlli da effettuare prima dell'inizio dell'intervento	SIGN-OUT 18 controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria
1) Il paziente ha confermato: <input type="checkbox"/> Identità <input type="checkbox"/> Digiuno <input type="checkbox"/> Sede intervento <input type="checkbox"/> Procedura <input type="checkbox"/> Consensi (chirurgico/anestesiologico) 2) Assenza di protesi/monili <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 3) Il sito dell'intervento è stato marcato? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 4) Verifica corretto funzionamento apparecchiature di sala operatoria e presenza di presidi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 5) Il paziente presenta allergie/intolleranze? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 6) Il paziente presenta difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione? (Anestesia Gen.) <input type="checkbox"/> Sì, strumentazione/assistenza disponibile <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non Applicabile 7) Midriasi <input type="checkbox"/> Ottimale <input type="checkbox"/> Sufficiente	1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'équipe sono noti a tutti i suoi membri <input type="checkbox"/> Sì 2) Chirurgo, Anestesista e Infermiere confermano: <input type="checkbox"/> Qual è il nome del paziente? <input type="checkbox"/> Qual è la procedura da eseguire e in quale occhio? 3) E' stato eseguito il controllo di corrispondenza tra il valore della lente riportato sul programma operatorio e quello riportato in cartella? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non applicabile 4) E' stata verificata la presenza di una lente alternativa da impiantare in caso di necessità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non applicabile 5) L'anestesista ha informato l'équipe sulle specificità del paziente, rischio ASA ed altre criticità? (AG o sedazione) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non applicabile 6) L'infermiere ha comunicato all'équipe la verifica di sterilità (compresi i risultati degli indicatori), eventuali problemi con i dispositivi medici e altre criticità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 7) E' stata eseguita la profilassi con JODOPOVIDONE 532 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe: 1) Il tipo di Procedura Chirurgica registrata (Quale procedura è stata eseguita?) <input type="checkbox"/> 2) Si sono verificate variazioni rispetto alla programmazione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO 3) Il conteggio finale di aghi e altro strumentario chirurgico è corretto? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 4) Eventuali problemi con i Dispositivi Medici? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì (segnalati) 5) Si sono verificate problematiche cliniche che hanno reso necessario l'intervento dell'anestesista? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO 6) Chirurgo, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
firma Infermiere	firma Anestesista	firma Chirurgo

Conclusioni. La check list "Cataratta" viene utilizzata in forma sperimentale nella Sala Operatoria di Oculistica da settembre 2011. Nei prossimi mesi si provvederà a verificare l'impatto di questo strumento nell'attività della Sala Operatoria di Oculistica, valutando, in collaborazione con i professionisti sanitari, eventuali migliorie o modifiche necessarie da apportare.

APPLICAZIONE SPERIMENTALE DI UNA CHECK LIST SPECIFICA PER L'INTERVENTO DI CATARATTA NELLA AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA S. ANNA DI FERRARA

P.M. Antonioli¹, M. Mazzini², P. Caponcelli², P. Perri³, A. Migliorelli⁴, O. Antonioli⁵, S. Stivani⁶, E. Carlini¹, R. Bentivegna¹

¹Direzione Medica di Presidio, ²Direzione delle Professioni Inf. ; ³U.O.Oculistica ; ⁴U.O.Anestesia e Rian. ; ⁵Caposala B.O.Polispes. ; ⁶Inf. B.O. Polispes.
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

INTRODUZIONE: In Emilia Romagna è attivo dal 2010 un Network per il monitoraggio e la misura degli outcomes sull'utilizzo della Surgical Check List (SSCL) all'interno delle sale operatorie. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara partecipa a questo progetto regionale, denominato SOS.net. Tra le UU.OO. coinvolte c'è anche l'Oculistica.

CONTENUTI: l'intervento di cataratta è una delle prestazioni più frequentemente erogate dalla U.O. di Oculistica. Per le particolari caratteristiche di questo intervento, la check list standard risultava poco efficace e di difficoltoso utilizzo. Per questo, in collaborazione col personale sanitario medico e infermieristico che effettua questo tipo di intervento, è stata elaborata una check "ad hoc", maggiormente rispondente alle esigenze specifiche degli operatori e in grado di garantire un maggior livello di sicurezza per i pazienti.

Regione Emilia Romagna		
SSCL CATARATTA		SOS.net
BAR CODE PAZIENTE		
Cognome	Nome	data di nascita
		Intervento Chirurgico
data		
MODULO 776/a — check list CATARATTA		
SIGN-IN 17 controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia	TIME-OUT 17 controlli da effettuare prima dell'inizio dell'intervento	SIGN-OUT 18 controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria
1) Il paziente ha confermato: <input type="checkbox"/> Identità <input type="checkbox"/> Digiuno <input type="checkbox"/> Sede intervento <input type="checkbox"/> Procedura <input type="checkbox"/> Consensi (chirurgico/anestesiologico) 2) Assenza di protesi/monili <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 3) Il sito dell'intervento è stato marcato? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 4) Verifica corretto funzionamento apparecchiature di sala operatoria e presenza di presidi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 5) Il paziente presenta allergie/intolleranze? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 6) Il paziente presenta difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione? (Anestesia Gen.) <input type="checkbox"/> Sì, strumentazione/assistenza disponibile <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non Applicabile 7) Midriasi <input type="checkbox"/> Ottimale <input type="checkbox"/> Sufficiente	1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'équipe sono noti a tutti i suoi membri <input type="checkbox"/> Sì 2) Chirurgo, Anestesista e Infermiere confermano: <input type="checkbox"/> Qual è il nome del paziente? <input type="checkbox"/> Qual è la procedura da eseguire e in quale occhio? 3) E' stato eseguito il controllo di corrispondenza tra il valore della lente riportato sul programma operatorio e quello riportato in cartella? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non applicabile 4) E' stata verificata la presenza di una lente alternativa da impiantare in caso di necessità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non applicabile 5) L'anestesista ha informato l'équipe sulle specificità del paziente, rischio ASA ed altre criticità? (AG o sedazione) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non applicabile 6) L'infermiere ha comunicato all'équipe la verifica di sterilità (compresi i risultati degli indicatori), eventuali problemi con i dispositivi medici e altre criticità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 7) E' stata eseguita la profilassi con JODOPOVIDONE 532 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe: 1) Il tipo di Procedura Chirurgica registrata (Quale procedura è stata eseguita?) <input type="checkbox"/> 2) Si sono verificate variazioni rispetto alla programmazione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO 3) Il conteggio finale di aghi e altro strumentario chirurgico è corretto? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 4) Eventuali problemi con i Dispositivi Medici? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì (segnalati) 5) Si sono verificate problematiche cliniche che hanno reso necessario l'intervento dell'anestesista? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO 6) Chirurgo, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
firma Infermiere	firma Anestesista	firma Chirurgo

CONCLUSIONI: La check list "Cataratta" viene utilizzata in forma sperimentale nella Sala Operatoria di Oculistica da settembre 2011. Nei prossimi mesi si provvederà a verificare l'impatto di questo strumento nell'attività della Sala Operatoria di Oculistica, valutando, in collaborazione con i professionisti sanitari, eventuali migliorie o modifiche necessarie da apportare.

IL REFERENTE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO QUALE PRESUPPOSTO PER AVVIARE UNA STRATEGIA AZIENDALE EFFICACE

Azzan E.¹, Nasi L.¹, Dutto A.², Garibaldi A.¹, Guano G.¹, Maggiorotto G.¹, Pellegrino P.¹

¹ Direzione Sanitaria di Presidio; ² Ufficio Qualità, Azienda Ospedaliera "S. Croce e Carle" - Cuneo

Parole chiave: gestione del rischio clinico, coinvolgimento, responsabilizzazione.

Introduzione. Nel corso del 2009, anche in osservanza di quanto definito dalla DGR 31.03.08, n°14-8500, in Azienda è stato ribadito il modello organizzativo secondo cui sia la gestione del risk management che del rischio clinico si realizzano non tanto attraverso un contesto strutturale, quanto piuttosto funzionale integrato, con un approccio multidisciplinare e multiprofessionale garantito attraverso la formalizzazione di un Gruppo di Lavoro Aziendale per la Gestione della Funzione Risk Management e l'individuazione, al suo interno, dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico.

Contenuti. Con l'intento di coinvolgere quanto più possibile gli operatori sulle strategie in via di definizione e sulle attività da implementare in merito al delicato e critico argomento della gestione aziendale del risk management, nel periodo marzo-aprile 2010 è stato richiesto ai Direttori/Responsabili delle Strutture sanitarie di individuare un Referente per la Gestione del Rischio Clinico (RGRC) per il quale è stato definito uno specifico profilo di ruolo.

Referente per la Gestione del Rischio Clinico (RGRC)

Il RGRC è un operatore sanitario individuato a livello di Struttura. Collabora attivamente e localmente con i componenti dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGRC) nell'espletamento delle proprie funzioni.

Funzioni

- Promuovere la diffusione della cultura della sicurezza fra gli operatori anche attraverso la divulgazione delle iniziative del Ministero della Salute, della Regione e dell'Azienda
- Collaborare alla realizzazione di progetti aziendali finalizzati alla gestione del rischio clinico
- Favorire la rilevazione, segnalazione e gestione degli eventi avversi
- Effettuare, in collaborazione con l'UGRC, analisi e valutazione dei principali rischi mediante l'applicazione di metodologie e tecniche per l'identificazione degli errori e delle soluzioni organizzative
- Collaborare con le altre figure professionali/Strutture atte a promuovere la sicurezza dei pazienti e delle cure

Gli operatori sanitari designati (complessivamente n°58 appartenenti a vari profili professionali: infermieri, medici, tecnici sanitari, biologi, farmacisti, etc.) sono stati oggetto di coinvolgimento informativo attraverso modalità operative diverse (mailing list, riunioni in plenaria, spazio intranet dedicato); successivamente è stata condotta un'analisi dei bisogni formativi con conseguente realizzazione di un intervento formativo ad hoc (ottobre 2011).

Conclusioni. È riconosciuta la necessità di un coinvolgimento reale dei RGRC il cui ruolo è paragonabile a nodi di rete per tutte le informazioni in uscita e in ingresso da e per le Strutture sanitarie. La loro manutenzione deve essere costante e attenta; per questo motivo l'Azienda ha definito alcuni indirizzi strategici che includono: 1) comunicazione interna: trasmissione tempestiva degli aggiornamenti e delle novità via mail, intranet ed eventuale attivazione di specifico Forum curato dall'UGRC; 2) autoformazione e utilizzo di strumenti per la rilevazione dei bisogni formativi e l'aggiornamento continuo; 3) costituzione di Gruppi di Lavoro tematici e di approfondimento; 4) coinvolgimento precoce nelle situazioni di competenza.

IL REFERENTE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO QUALE PRESUPPOSTO PER AVVIARE UNA STRATEGIA AZIENDALE EFFICACE.

Azzan E.¹, Nasi L.¹, Dutto A.², Garibaldi A.¹, Guano G.¹, Maggiorotto G.¹, Pellegrino P.¹
¹ Direzione Sanitaria di Presidio- ² Ufficio Qualità Azienda Ospedaliera "S. Croce e Carle" - Cuneo

PAROLE CHIAVE: gestione del rischio clinico, coinvolgimento, responsabilizzazione.

INTRODUZIONE
Nel corso del 2009, anche in osservanza di quanto definito dalla DGR 31.03.08, n° 14-8500, in Azienda è stato ribadito il modello organizzativo secondo cui sia la gestione del risk management che del rischio clinico si realizzano non tanto attraverso un contesto *strutturale*, quanto piuttosto *funzionale* integrato, con un approccio multidisciplinare e multiprofessionale garantito attraverso la formalizzazione di un Gruppo di Lavoro Aziendale per la Gestione della Funzione Risk Management e l'individuazione, al suo interno, dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico.

PROFILO DI RUOLO Referente per la Gestione del Rischio Clinico (RGRC)
Il RGRC è un operatore sanitario individuato a livello di Struttura. Collabora attivamente e localmente con i componenti dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGRC) nell'espletamento delle proprie funzioni.

Funzioni

- Promuovere la diffusione della cultura della sicurezza fra gli operatori anche attraverso la divulgazione delle iniziative del Ministero della Salute, della Regione e dell'Azienda
- Collaborare alla realizzazione di progetti aziendali finalizzati alla gestione del rischio clinico
- Favorire la rilevazione, segnalazione e gestione degli eventi avversi
- Effettuare, in collaborazione con l'UGRC, analisi e valutazione dei principali rischi mediante l'applicazione di metodologie e tecniche per l'identificazione degli errori e delle soluzioni organizzative
- Collaborare con le altre figure professionali/Strutture atte a promuovere la sicurezza dei pazienti e delle cure

CONTENUTI
Con l'intento di coinvolgere quanto più possibile gli operatori sulle strategie in via di definizione e sulle attività da implementare in merito al delicato e critico argomento della gestione aziendale del risk management, nel periodo marzo-aprile 2010 è stato richiesto ai Direttori / Responsabili delle Strutture sanitarie di individuare un Referente per la Gestione del Rischio Clinico (RGRC) per il quale è stato definito uno specifico profilo di ruolo.

Gli operatori sanitari designati (complessivamente n°58 appartenenti a vari profili professionali: infermieri, medici, tecnici sanitari, biologi, farmacisti, etc.) sono stati oggetto di coinvolgimento informativo attraverso diverse modalità operative (mailing list, riunioni in plenaria, spazio intranet dedicato); successivamente è stata condotta un'analisi dei bisogni formativi con conseguente realizzazione di un intervento formativo ad hoc (ottobre 2011).

CONCLUSIONI
È riconosciuta la necessità di un coinvolgimento reale dei RGRC il cui ruolo è paragonabile a nodi di rete per tutte le informazioni in uscita e in ingresso da e per le Strutture sanitarie. La loro manutenzione deve essere costante e attenta; per questo motivo l'Azienda ha definito alcuni indirizzi strategici che includono:

- 1) comunicazione interna: trasmissione tempestiva degli aggiornamenti e delle novità via mail, intranet ed eventuale attivazione di specifico Forum curato dall'UGRC;
- 2) autoformazione e utilizzo di strumenti per la rilevazione dei bisogni formativi e l'aggiornamento continuo;
- 3) costituzione di Gruppi di Lavoro tematici e di approfondimento;
- 4) coinvolgimento precoce nelle situazioni di competenza.

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE - CUNEO

MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI IN DIMISSIONE: IL PIANO D'INTERVENTO DELL'A.O.U. SAN GIOVANNI BATTISTA DI TORINO

M.C. Azzolina*, R. Casullo**, S. Stecca**, N. Bosco*, R. Arione*

A.O.U. San Giovanni Battista di Torino, *S.C. Direzione Sanitaria Presidio Molinette; **S.C. Farmacia

Parole chiave: farmaci, dimissione, prescrizione.

Introduzione. La Regione Piemonte, con DD n. 235 del 31/3/2011, ha disposto la completa attuazione della distribuzione diretta dei farmaci necessari per il primo ciclo di terapia in fase di dimissione ospedaliera tramite le farmacie ospedaliere e il monitoraggio trimestrale dei consigli terapeutici.

Al fine di uniformare e rendere omogenee le modalità operative sono state fornite alle ASR delle linee di indirizzo.

I medici prescrittori sono stati informati sulle modalità prescrittive previste da tali linee di indirizzo.

Contenuti. La Direzione Sanitaria Ospedaliera (DSO) ha comunicato a tutte le Strutture Complesse (SS.CC.) dell'Azienda le indicazioni essenziali per la predisposizione dei consigli terapeutici sulle lettere di dimissione post-ricovero.

La DSO in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera ha dato indicazioni affinché la scelta del principio attivo fosse coerente con quanto previsto dal Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA) e a sua volta con il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR).

La Direzione Sanitaria Ospedaliera (DSO), in collaborazione con le strutture prescrittrici, ha provveduto ad organizzare la raccolta delle lettere di dimissione e dei consigli terapeutici al fine della loro trasmissione ai Servizi Farmaceutici territoriali competenti per residenza del paziente.

La Commissione Farmaceutica Interna (CFI) ha valutato i report riassuntivi relativi al monitoraggio dei consigli terapeutici elaborati dai Servizi Farmaceutici Territoriali di competenza.

La DSO ha predisposto i report informativi riepilogativi delle non coerenze rilevate e delle azioni correttive intraprese inviandoli trimestralmente alla Direzione Sanità, Settore Assistenza Farmaceutica della Regione Piemonte.

Sono stati analizzati i consigli terapeutici nei II, III, IV trimestre 2011 provenienti da medicine generali e specialistiche e chirurgie generali e specialistiche.

DATI RILEVATI NEI 3 TRIMESTRI	MEDICINE GENERALI E SPECIALISTICHE	CHIRURGIE GENERALI E SPECIALISTICHE
identificazione del medico prescrittore (firma leggibile e timbro)	100%	100%
identificazione paziente (nome, cognome, codice fiscale)	100%	100%
farmaco indicato come principio attivo	63,3%	8%
coerenza con PTA/PT RP	98%	99%
classe rimborsabilità SSN	42%	0%
eventuale nota AIFA e/o Piano Terapeutico allegato	37,6%	4,5%

Conclusioni. Le inadempienze rilevate vengono comunicate ai Direttori delle SS.CC. invitandoli a condividere le stesse con i medici prescrittori al fine di attenersi alle linee di indirizzo previste.

Al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva del personale medico dell'Azienda sono previsti incontri informativi sulle modalità prescrittive, Hospital Meeting sulle novità in campo farmaceutico, la cui documentazione è sempre disponibile sul Portale Aziendale.

La DSO in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, come previsto dalla circolare della Regione Piemonte anche per l'anno 2012, continuerà ad effettuare l'attività di monitoraggio.



MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI IN DIMISSIONE:
IL PIANO D'INTERVENTO DELL'A.O.U. SAN GIOVANNI BATTISTA DI TORINO
M.C. Azzolina*, R.Casullo**, S.Stecca**, N. Bosco*, R.Arione*
A.O.U. San Giovanni Battista di Torino

*S.C. Direzione Sanitaria Presidio Molinette
**S.C. Farmacia

La Regione Piemonte, con DD n. 235 del 31/3/2011, ha disposto la completa attuazione della distribuzione diretta dei farmaci necessari per il primo ciclo di terapia in fase di dimissione ospedaliera tramite le farmacie ospedaliere e il monitoraggio trimestrale dei consigli terapeutici.

Al fine di uniformare e rendere omogenee le modalità operative sono state fornite alle ASR delle linee di indirizzo.

I medici prescrittori sono stati informati sulle modalità prescrittive previste da tali linee di indirizzo.



La Direzione Sanitaria Ospedaliera (DSO) ha comunicato a tutte le Strutture Complesse (SS.CC.) dell'Azienda le indicazioni essenziali per la predisposizione dei consigli terapeutici sulle lettere di dimissione post-ricovero.

La DSO in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera ha dato indicazioni affinché la scelta del principio attivo fosse coerente con quanto previsto dal Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA) e a sua volta con il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR).

La Direzione Sanitaria Ospedaliera (DSO), in collaborazione con le strutture prescrittrici, ha provveduto ad organizzare la raccolta delle lettere di dimissione e dei consigli terapeutici al fine della loro trasmissione ai Servizi Farmaceutici territoriali competenti per residenza del paziente.

La Commissione Farmaceutica Interna (CFI) ha valutato i report riassuntivi relativi al monitoraggio dei consigli terapeutici elaborati dai Servizi Farmaceutici Territoriali di competenza.

La DSO ha predisposto i report informativi riepilogativi delle non coerenze rilevate e delle azioni correttive intraprese inviandoli trimestralmente alla Direzione Sanità, Settore Assistenza Farmaceutica della Regione Piemonte.

Sono stati analizzati i consigli terapeutici nei II, III, IV trimestre 2011 provenienti da medicine generali e specialistiche e chirurgie generali e specialistiche.

DATI RILEVATI NEI 3 TRIMESTRI	MEDICINE GENERALI E SPECIALISTICHE	CHIRURGIE GENERALI E SPECIALISTICHE
identificazione del medico prescrittore (firma leggibile e timbro)	100%	100%
identificazione paziente (nome, cognome, codice fiscale)	100%	100%
farmaco indicato come principio attivo	63,3%	8%
coerenza con PTA/PT RP	98%	99%
classe rimborsabilità SSN	42%	0%
eventuale nota AIFA e/o Piano Terapeutico allegato	37,6%	4,5%

Le inadempienze rilevate vengono comunicate ai Direttori delle SS.CC. invitandoli a condividere le stesse con i medici prescrittori al fine di attenersi alle linee di indirizzo previste.

Al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva del personale medico dell'Azienda sono previsti incontri informativi sulle modalità prescrittive, Hospital Meeting sulle novità in campo farmaceutico, la cui documentazione è sempre disponibile sul Portale Aziendale.

La DSO in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, come previsto dalla circolare della Regione Piemonte anche per l'anno 2012, continuerà ad effettuare l'attività di monitoraggio.

EPATITE C IN CAMPANIA: VALUTAZIONE FARMACO-ECONOMICA DI NUOVE TERAPIE

Gaeta GB, Belfiore P¹, Brancaccio G, Di Onofrio V¹, Pecci F², Zamparelli B³,
Liguori G¹ & Società Italiana di Health Horizon Scanning (SIHHS)

Cattedra di Malattie Infettive - Unità Complessa Epatiti Virali, Seconda Università di Napoli

¹Cattedra di Igiene ed Epidemiologia - Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali,
Università di Napoli "Parthenope", Presidente SIHHS; ²Dirigente Medico ASL NA2 Nord, Segretario SIHHS;

³Direttore Sanitario Ospedaliero, Vicepresidente SIHHS

Parole chiave: epatite C, terapia triplice, analisi farmaco-economia.

Introduzione. L'Epatite C è tuttora un problema rilevante di Sanità Pubblica e, nella nostra Regione, sebbene carenti i dati circa la reale diffusione della infezione e sua gravità, si ritiene sia responsabile di non meno del 70% delle epatopatie croniche, delle cirrosi e dei tumori del fegato. Ancora particolarmente consistente è poi la quota di soggetti a cui la malattia viene diagnosticata in ritardo (spesso occasionalmente) con ovvie e pesanti implicazioni negative in termini sia di salute, sia di spreco di risorse.

L'imminente introduzione della terapia con gli inibitori delle proteasi attivi contro HCV, in associazione alla terapia standard con Peg-IFN + Ribavirina, apre nuovi scenari. I nuovi farmaci sono registrati dall'EMA per la terapia dei pazienti naive o non-responder e precedenti trattamenti. È pertanto di grande interesse ridisegnare lo scenario clinico-epidemiologico nel quale verranno a calarsi le nuove terapie ed effettuare una analisi della sostenibilità delle stesse alla luce dei dati raccolti.

I costi sostenuti in Italia per l'epatite C ammontano oggi a circa 150 milioni di euro/anno; solo quelli diretti, cioè a carico del SSN (diagnostica, monitoraggio, gestione clinica ed eventuali ospedalizzazioni) oscillano tra 750 e 5.000 euro/persona, nel caso in cui si considerino anche le complicanze. A questi va poi aggiunto, in caso di fallimento terapeutico, il costo del trapianto, calcolato in circa 200.000 euro/persona.

Metodi. In centri pilota campani saranno esaminati i dati dei pazienti con epatite cronica C trattati negli ultimi 5 anni classificati, sulla scorta della risposta alla terapia, in: responder; relapser; breakthrough; non-responder.

Ciò permetterà di stimare il tasso annuale di pazienti naive che accedono ai centri, il numero cumulativo di pazienti non-responder distribuiti per le varie categorie di risposta al trattamento standard e per presenza di cirrosi. Questo aspetto riveste particolare importanza per le successive valutazioni farmaco-economiche, in quanto le diverse categorie di pazienti hanno una differente attesa di risposta alle nuove terapie (più elevata nei naive e relapser, intermedia nei partial responder, più bassa nei null responder). La valutazione dei benefici per il paziente sarà espressa in Qaly (Quality Adjusted Life Years), ossia in numero di anni di vita guadagnati grazie al nuovo trattamento, corretti per la qualità di vita.

In merito al modello che simulerà la progressione della patologia, sarà utilizzato il modello deterministico di Markov che rifletterà i vari stati della malattia epatica associata ad HCV. Saranno altresì valutate le eventuali ripercussioni positive attese per le casse regionali: allo scopo sarà predisposta una Budget Impact Analysis (BIA). Il modello economico potrebbe, se sostenuto da argomentazioni di carattere etico, organizzativo e sociale, far parte di un più completo e complesso report HTA (Health Technology Assessment).

Risultati attesi. Attesa l'efficacia dei nuovi farmaci, ne consegue un maggior tasso di guarigione dal danno epatico, una riduzione della fibrosi e del rischio di sviluppare epatocarcinoma; altresì sono attesi nel medio-lungo periodo vantaggi economici, derivanti in primo luogo dall'abbattimento dei costi di gestione della malattia e dalla riduzione del numero di trapianti.



38°
CONGRESSO
NAZIONALE
ANMDO



EPATITE C IN CAMPANIA: VALUTAZIONE FARMACO-ECONOMICA DI NUOVE TERAPIE

Gaeta GB, Belfiore P¹, Brancaccio G, Di Onofrio V¹, Pecci F², Zamparelli B³,
Liguori G¹* & Società Italiana di Health Horizon Scanning (SIHHS)

Cattedra di Malattie Infettive - Unità Complessa Epatiti Virali, Seconda Università di Napoli

¹Cattedra di Igiene ed Epidemiologia - Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali, Università di Napoli "Parthenope"

²Dirigente Medico ASL NA2 Nord, Segretario SIHHS

³Direttore Sanitario Ospedaliero, Vicepresidente SIHHS

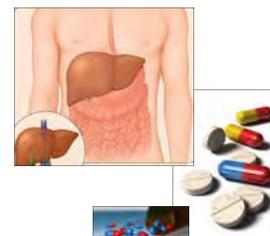
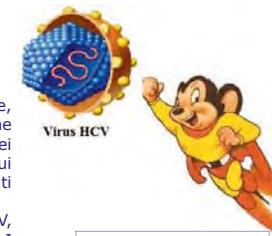
*Presidente SIHHS

Introduzione

L'Epatite C è tuttora un problema rilevante di Sanità Pubblica e, nella nostra Regione, sebbene carenti i dati circa la reale diffusione della infezione e sua gravità, si ritiene sia responsabile di non meno del 70% delle epatopatie croniche, delle cirrosi e dei tumori del fegato. Ancora particolarmente consistente è poi la quota di soggetti a cui la malattia viene diagnosticata in ritardo (spesso occasionalmente) con ovvie e pesanti implicazioni negative in termini sia di salute, sia di spreco di risorse.

L'imminente introduzione della terapia con gli inibitori delle proteasi attivi contro HCV, in associazione alla terapia standard con Peg-IFN + Ribavirina, apre nuovi scenari. I nuovi farmaci sono registrati dall'EMA per la terapia dei pazienti naive o non-responder e precedenti trattamenti. È pertanto di grande interesse ridisegnare lo scenario clinico-epidemiologico nel quale verranno a calarsi le nuove terapie ed effettuare una analisi della sostenibilità delle stesse alla luce dei dati raccolti.

I costi sostenuti in Italia per l'epatite C ammontano oggi a circa 150 milioni di euro/anno; solo quelli diretti, cioè a carico del SSN (diagnostica, monitoraggio, gestione clinica ed eventuali ospedalizzazioni) oscillano tra 750 e 5.000 euro/persona, nel caso in cui si considerino anche le complicanze. A questi va poi aggiunto, in caso di fallimento terapeutico, il costo del trapianto, calcolato in circa 200.000 euro/persona.



Metodi

In centri pilota campani saranno esaminati i dati dei pazienti con epatite cronica C trattati negli ultimi 5 anni classificati, sulla scorta della risposta alla terapia, in: responder; relapser; breakthrough; non-responder.

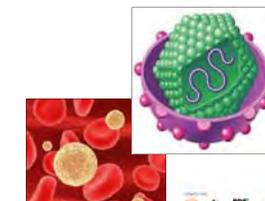
Ciò permetterà di stimare il tasso annuale di pazienti naive che accedono ai centri, il numero cumulativo di pazienti non-responder distribuiti per le varie categorie di risposta al trattamento standard e per presenza di cirrosi. Questo aspetto riveste particolare importanza per le successive valutazioni farmaco-economiche, in quanto le diverse categorie di pazienti hanno una differente attesa di risposta alle nuove terapie (più elevata nei naive e relapser, intermedia nei partial responder, più bassa nei null responder).

La valutazione dei benefici per il paziente sarà espressa in Qaly (Quality Adjusted Life Years), ossia in numero di anni di vita guadagnati grazie al nuovo trattamento, corretti per la qualità di vita.

In merito al modello che simulerà la progressione della patologia, sarà utilizzato il modello deterministico di Markov che rifletterà i vari stati della malattia epatica associata ad HCV. Saranno altresì valutate le eventuali ripercussioni positive attese per le casse regionali: allo scopo sarà predisposta una Budget Impact Analysis (BIA). Il modello economico potrebbe, se sostenuto da argomentazioni di carattere etico, organizzativo e sociale, far parte di un più completo e complesso report HTA (Health Technology Assessment).

Risultati attesi

Attesa l'efficacia dei nuovi farmaci, ne consegue un maggior tasso di guarigione dal danno epatico, una riduzione della fibrosi e del rischio di sviluppare epatocarcinoma; altresì sono attesi nel medio-lungo periodo vantaggi economici, derivanti in primo luogo dall'abbattimento dei costi di gestione della malattia e dalla riduzione del numero di trapianti.



L'INFORMATICA A SUPPORTO DELLA SICUREZZA NEL PROCESSO CHIRURGICO: ORMAWEB E L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

R. Bentivegna, M. Sandri, P.M. Antonioli, E. Carlini

Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliero-Universitaria Di Ferrara

Parola chiave: informatizzazione, processo chirurgico.

Introduzione. Il conteggio garze/agli e l'effettuazione della Check List per la sicurezza in Sala Operatoria rappresentano due aspetti fondamentali della gestione del rischio nel processo chirurgico. L'Azienda Ospedaliero - Universitaria S. Anna di Ferrara utilizza nei propri blocchi operatori il Software OrmaWeb di Dedalus: questa applicazione permette di gestire a livello informatico la conta garze/agli e la Check List di Sala Operatoria.

Contenuti. Conteggio garze/agli: Il supporto informatico segue la logica dettata dalle Raccomandazioni Ministeriali. Il conteggio deve essere effettuato:

1. prima di iniziare l'intervento chirurgico (conta iniziale);
2. durante l'intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità;
3. prima di chiudere la ferita;
4. alla chiusura della cute o al termine della procedura;
5. al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile dell'équipe.

La registrazione viene effettuata per ogni tipo di garza utilizzata. Eventuali discrepanze tra il numero inserito in una fase e quello della fase successiva, viene segnalato dal sistema con un Alert.



Check list. OrmaWeb consente di "spuntare" gli items direttamente su PC, evitando compilazioni cartacee. Questo permette di non effettuare inserimenti informatici a posteriori, con conseguente risparmio di tempo. Garantisce inoltre una maggiore compliance e completezza della procedura, essendo la compilazione condizione essenziale per la chiusura del registro operatorio.

Conclusioni. L'informatica può rappresentare un valore aggiunto importante nella gestione del rischio in ambito ospedaliero. Il superamento del cartaceo permette una migliore gestione dei dati, un aumento della compliance da parte dei professionisti, una maggiore sicurezza attraverso l'utilizzo di alert specifici elaborati dal sistema. Rappresenta quindi uno strumento strategico a supporto del lavoro dei professionisti sanitari.



L'INFORMATICA A SUPPORTO DELLA SICUREZZA NEL PROCESSO CHIRURGICO: ORMAWEB E L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

R. Bentivegna¹, M. Sandri¹, P.M. Antonioli¹, E. Carlini¹

¹Direzione Medica di Presidio, AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

INTRODUZIONE: Il conteggio garze/agli e l'effettuazione della Check List per la sicurezza in Sala Operatoria rappresentano due aspetti fondamentali della gestione del rischio nel processo chirurgico. L'Azienda Ospedaliero - Universitaria S. Anna di Ferrara utilizza nei propri blocchi operatori il Software OrmaWeb di Dedalus: questa applicazione permette di gestire a livello informatico la conta garze/agli e la Check List di Sala Operatoria.

CONTENUTI

Conteggio garze/agli: Il supporto informatico segue la logica dettata dalle Raccomandazioni Ministeriali. Il conteggio deve essere effettuato:

1. prima di iniziare l'intervento chirurgico (conta iniziale)
 2. durante l'intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità
 3. prima di chiudere la ferita
 4. alla chiusura della cute o al termine della procedura
 5. al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile dell'équipe
- La registrazione viene effettuata per ogni tipo di garza utilizzata.

Eventuali discrepanze tra il numero inserito in una fase e quello della fase successiva, viene segnalato dal sistema con un Alert.



Check List: OrmaWeb consente di "spuntare" gli items direttamente su PC, evitando compilazioni cartacee. Questo permette di non effettuare inserimenti informatici a posteriori, con conseguente risparmio di tempo. Garantisce inoltre una maggiore compliance e completezza della procedura, essendo la compilazione condizione essenziale per la chiusura del registro operatorio.



CONCLUSIONI: L'informatica può rappresentare un valore aggiunto importante nella gestione del rischio in ambito ospedaliero. Il superamento del cartaceo permette una migliore gestione dei dati, un aumento della compliance da parte dei professionisti, una maggiore sicurezza attraverso l'utilizzo di alert specifici elaborati dal sistema. Rappresenta quindi uno strumento strategico a supporto del lavoro dei professionisti sanitari.

IMPLEMENTARE L'ACCREDITAMENTO: VERSO GLI STANDARD JACIE-JOINT ACCREDITATION COMMITTEE-ISCT&EBMT

Bernardini I°, Bologni D*, Tittarelli L^, Pioppo M°

° Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva; * Azienda Ospedaliera Perugia; ^ Agiqualitas

Parole chiave: standard, sistema Gestione Qualità, accreditamento.

Introduzione. La Direzione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, al fine di ottenere i migliori risultati in relazione alle attività di ricovero e cura, prestazioni d'urgenza e ambulatoriali, ricerca biomedica, attività di trapianto espianto, attività di base, nei propri centri di riferimento e di eccellenza, ha introdotto, applica e mantiene attivo il Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) in riferimento alle Norme ISO 9001-2008 come previsto dalla legge regionale in tema di accreditamento. In particolare il nostro Centro Trapianti delle Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) al fine di dare evidenza delle qualità nelle attività cliniche, di raccolta e manipolazione deve ottenere l'accREDITAMENTO europeo JACIE/EBMT con la verifica congiunta del Centro Nazionale Trapianti, Centro Nazionale Sangue e JACIE. Gli standard di qualità sono stati definiti dal JACIE in collaborazione con il FACT (Foundation for the Accreditation of Haemopoietic Cell Therapy).

Contenuti. L'approccio dell'accREDITAMENTO settoriale JACIE per l'attività di trapianto delle CSE rappresenta un ottimo termine di paragone per lo sviluppo di buone prassi di sicurezza, garanzia e qualità per l'erogazione dei servizi sanitari. Data l'alta complessità delle prestazioni che lo stesso deve governare ha sviluppato standard clinico gestionali relativamente a tutte le fasi del processo di trapianto (aspetti clinici, raccolta e manipolazione cellulare) ed esplicitati nello standard di riferimento. I requisiti previsti dalla L.R.22/2002 sono elementi utili e recuperabili per rispondere a requisiti più specifici quali quelli dei settori introdotti dal JACIE. La Direzione di concerto con il Centro Trapianti ha concretizzato questo percorso verso il raggiungimento degli standard, in particolare di quelli tipici ed esclusivi.

Discussione. L'accREDITAMENTO non deve essere visto come l'ottenimento di un certificato di riconoscimento perché è in realtà un processo continuo che richiede rapporti annuali su eventuali variazioni di procedure o di personale ed ogni tre anni deve essere rinnovato. Lo standard JACIE rispetto alla norma ISO 9001:2008 rappresenta una specificità che può utilmente essere trasferita all'interno del SGQ aziendale integrandolo ed offrendo allo stesso punti di forza e di miglioramento come ad esempio nella somministrazione della terapia, trasfusione di sangue, decisioni terapeutiche, tracciabilità dei prodotti. La specificità degli standard JACIE sta nell'essere requisiti strutturali tipici ed esclusivi.



Azienda Ospedaliera di Perugia

Implementare l'accREDITAMENTO:
verso gli standard JACIE-Joint Accreditation Committee-
ISCT&EBMT



Università degli Studi di Perugia

Bernardini I°, Bologni D*, Tittarelli L^, Pioppo M°

° Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva

* Azienda Ospedaliera Perugia

^ Agiqualitas



INTRODUZIONE

La Direzione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, al fine di ottenere i migliori risultati in relazione alle attività di ricovero e cura, prestazioni d'urgenza e ambulatoriali, ricerca biomedica, attività di trapianto espianto, attività di base, nei propri centri di riferimento e di eccellenza, ha introdotto, applica e mantiene attivo il Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) in riferimento alle Norme ISO 9001-2008 come previsto dalla legge regionale in tema di accREDITAMENTO. In particolare il nostro Centro Trapianti delle Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) al fine di dare evidenza delle qualità nelle attività cliniche, di raccolta e manipolazione deve ottenere l'accREDITAMENTO europeo JACIE/EBMT con la verifica congiunta del Centro Nazionale Trapianti, Centro Nazionale Sangue e JACIE. Gli standard di qualità sono stati definiti dal JACIE in collaborazione con il FACT (Foundation for the Accreditation of Haemopoietic Cell Therapy).

PAROLE CHIAVE

Standard, Sistema Gestione Qualità, accREDITAMENTO

CONTENUTI

L'approccio dell'accREDITAMENTO settoriale JACIE per l'attività di trapianto delle CSE rappresenta un ottimo termine di paragone per lo sviluppo di buone prassi di sicurezza, garanzia e qualità per l'erogazione dei servizi sanitari. Data l'alta complessità delle prestazioni che lo stesso deve governare ha sviluppato standard clinico gestionali relativamente a tutte le fasi del processo di trapianto (aspetti clinici, raccolta e manipolazione cellulare) ed esplicitati nello standard di riferimento. I requisiti previsti dalla L.R.22/2002 sono elementi utili e recuperabili per rispondere a requisiti più specifici quali quelli dei settori introdotti dal JACIE. La Direzione di concerto con il Centro Trapianti ha concretizzato questo percorso verso il raggiungimento degli standard, in particolare di quelli tipici ed esclusivi.

PARTE	REQUISITO JACIE
B	CLINICAL PROGRAMMA STANDARDS
B1	General
B2	Clinical Unit
B3	Personnel
B4	Quality Management
B5	Policies and Procedures
B6	Risk evaluation, selection and management
B7	Therapeutic administration
B8	Clinical research
B9	Data management
B10	Records
C	COLLECTION STANDARDS HAEMATOPOIETIC PROGENITOR CELL AND THERAPEUTIC CELL
C1	General
C2	Haematopoietic Progenitor Cell Collection and Therapeutic cell facility
C3	Personnel
C4	Quality Management
C5	Policies and Procedures
C6	Risk evaluation and management
C7	Haematopoietic Progenitor and Therapeutic cell collection
C8	Labels
C9	Records
D	HAEMATOPOIETIC PROGENITOR CELL AND THERAPEUTIC CELL PROCESSING STANDARDS
D1	General
D2	Laboratory facilities
D3	Personnel
D4	Quality Management
D5	Policies and Procedures
D6	Haematopoietic Progenitor and Therapeutic cell processing
D7	Labeling
D8	Issues of product prior of distribution
D9	Condition of storage
D10	Transportation
D11	Transportation
D12	Response
D13	Records

Figura 1. Legenda standard JACIE per macroarea

UNO DEI SEI SEI SEI SEI	B CLINICAL PROGRAMMA STANDARDS									
Sistemi di gestione per la qualità	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10
4 Sistema di gestione per la qualità				*	*					*
5 Responsabilità della Direzione	*			*	*					*
6 Gestione delle risorse			*	*	*					*
7 Realizzazione del prodotto/servizio	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
8 Misurazione, analisi e miglioramento	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

UNO DEI SEI SEI SEI SEI	C COLLECTION STANDARDS HAEMATOPOIETIC PROGENITOR CELL AND THERAPEUTIC CELL								
Sistemi di gestione per la qualità	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
4 Sistema di gestione per la qualità				*	*				*
5 Responsabilità della Direzione	*	*	*	*	*				*
6 Gestione delle risorse	*	*	*	*	*				*
7 Realizzazione del prodotto/servizio	*	*	*	*	*	*	*	*	*
8 Misurazione, analisi e miglioramento	*	*	*	*	*	*	*	*	*

UNO DEI SEI SEI SEI SEI	D HAEMATOPOIETIC PROGENITOR CELL AND THERAPEUTIC CELL PROCESSING STANDARDS												
Sistemi di gestione per la qualità	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13
4 Sistema di gestione per la qualità				*	*								*
5 Responsabilità della Direzione	*	*	*	*	*								*
6 Gestione delle risorse	*	*	*	*	*								*
7 Realizzazione del prodotto/servizio	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
8 Misurazione, analisi e miglioramento	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Figura 2. Standard JACIE rispetto alla norma ISO 9001:2008

DISCUSSIONE

L'accREDITAMENTO non deve essere visto come l'ottenimento di un certificato di riconoscimento perché è in realtà un processo continuo che richiede rapporti annuali su eventuali variazioni di procedure o di personale ed ogni tre anni deve essere rinnovato. Lo standard JACIE rispetto alla norma ISO 9001:2008 rappresenta una specificità che può utilmente essere trasferita all'interno del SGQ aziendale integrandolo ed offrendo allo stesso punti di forza e di miglioramento come ad esempio nella somministrazione della terapia, trasfusione di sangue, decisioni terapeutiche, tracciabilità dei prodotti. La specificità degli standard JACIE sta nell'essere requisiti strutturali tipici ed esclusivi.



LA QUALITÀ DELLA CARTELLA CLINICA: DALLA VALUTAZIONE ALLA CONSAPEVOLEZZA, VERSO IL CAMBIAMENTO

Boemo DG*, Tamang E**, Bisetto F**

*Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Padova

**ULSS 15 Alta Padovana Direzione Medica Camposampiero Regione Veneto

Introduzione. Nonostante i continui sforzi per il miglioramento, la cartella clinica ha sempre rappresentato un terreno insidioso per la Direzione Medica, e i successi perseguiti hanno spesso avuto una durata solo temporanea. Il classico processo di valutazione anche quando condotto con le metodiche del miglioramento della qualità, ad esempio PDCA (Plan, Do, Check, Act.) ha dimostrato un impatto solo parziale e con una validità precaria nel tempo. Abbiamo voluto sperimentare un metodo che puntasse molto di più sulla motivazione del compilatore e che quindi favorisse le sue capacità di autovalutazione.

Contenuti. Nella prima fase del lavoro si è svolta un'indagine a campione coinvolgente tutte le Unità Operative presenti nel Presidio. Durante questa fase il personale esperto della Direzione Medica ha valutato da un campione a cluster randomizzato una selezione di cartelle dell'anno in corso per ogni U.O. proporzionale al numero di ricoveri.

In una seconda fase è stato coinvolto il responsabile delle cartelle cliniche di ciascuna U.O. e attraverso una breve intervista si è indagato se lo stesso ritenesse che i parametri, da noi considerati in precedenza, fossero stati compilati nella sua unità sempre in modo corretto e puntuale. In questa fase si è valutato solo ed esclusivamente "il percepito" da parte del personale compilatore senza cartella alla mano.

In una terza fase le medesime cartelle controllate dal personale della Direzione Medica sono state valutate dal responsabile dell'unità operativa, con la stessa scheda di criteri.

Al fine di limitare la variabilità di interpretazione si è deciso di assegnare ai parametri presi in considerazione 3 categorie di risposta. Parametro compilato correttamente valore 2, parametro compilato solo parzialmente in modo corretto valore 1, parametro non compilato o compilato in modo erroneo valore 0. Risultati intermedi a questi valori sono frutto della media aritmetica delle valutazioni del parametro di tutte le cartelle analizzate in quell'U.O.

Abbiamo quindi comparato le tre diverse valutazioni rilevando 3 possibili situazioni. Prima, i tre giudizi si equivalevano dimostrando la piena consapevolezza del parametro valutato. Seconda, la nostra valutazione si differenzia dalla loro autovalutazione a priori senza cartella in mano, ma coincide con quella effettuata con la cartella. In questo caso l'operatore pensava di aver compilato correttamente la cartella ma effettivamente riconosce di non essere stato sufficientemente accurato. In un terza situazione, infine c'è completa discrepanza tra la valutazione della Direzione Medica e le 2 valutazioni dell'U.O. In quest'ultimo caso l'operatore non ha consapevolezza della lacuna compilativa e tende a confermare le proprie abitudini. Complessivamente i parametri critici dove vi erano le maggiori discrepanze sono stati: consenso al trattamento dei dati sensibili, esame obiettivo e anamnesi, scheda rilevazione del dolore e diario medico.

Conclusione. Dopo quest'analisi si è deciso di soffermarsi sulle due situazioni che esigevano modalità d'intervento completamente diverse, nello specifico quando l'operatore aveva consapevolezza, si sarebbe agito solo con dei frequenti promemoria, nel caso invece l'operatore non avesse avuto consapevolezza dell'errore, si sarebbe programmato un intervento di tipo educativo/motivazionale per ottenere una maggiore consapevolezza e un conseguente cambiamento di comportamento. Ci si ripropone di effettuare una analoga indagine dopo 6 mesi e dopo un anno dagli interventi correttivi.



La qualità della cartella clinica: dalla valutazione alla consapevolezza, verso il cambiamento

Boemo D G*, Tamang E**, Bisetto F**

*Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Padova
**ULSS 15 Alta Padovana Direzione Medica, Presidio Ospedaliero di Camposampiero Regione Veneto

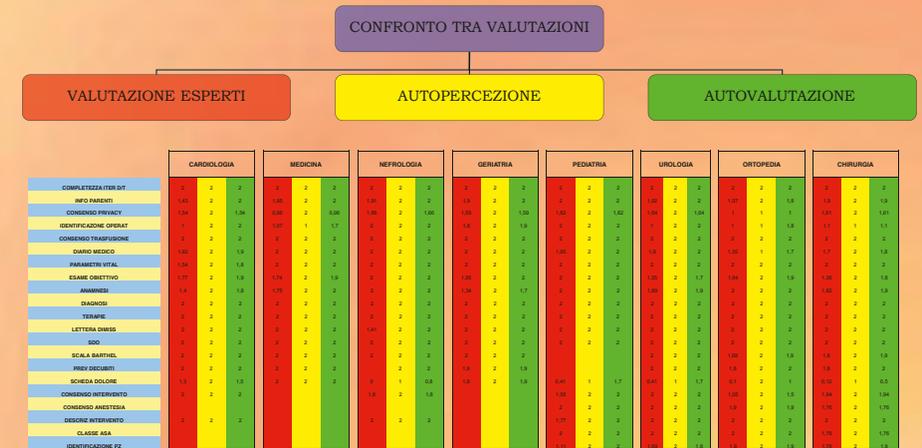
PROBLEMA nonostante i continui sforzi per il miglioramento, la cartella clinica ha sempre rappresentato un terreno insidioso per la Direzione Medica, e i successi perseguiti hanno spesso avuto una durata solo temporanea. Il classico processo di valutazione anche quando condotto con le metodiche del miglioramento della qualità, ad esempio PDCA (Plan, Do, Check, Act.) ha dimostrato un impatto solo parziale e con una validità precaria nel tempo. Abbiamo voluto sperimentare un metodo che puntasse molto di più sulla motivazione del compilatore e che quindi favorisse le sue capacità di autovalutazione.

MATERIALI E METODI nella prima fase del lavoro si è svolta un'indagine a campione coinvolgente tutte le Unità Operative presenti nel Presidio. Durante questa fase il personale esperto della Direzione Medica ha valutato da un campione a cluster randomizzato una selezione di cartelle dell'anno in corso per ogni U.O. proporzionale al numero di ricoveri.

In una seconda fase è stato coinvolto il responsabile delle cartelle cliniche di ciascuna U.O. e attraverso una breve intervista si è indagato se lo stesso ritenesse che i parametri, da noi considerati in precedenza, fossero stati compilati nella sua unità sempre in modo corretto e puntuale. In questa fase si è valutato solo ed esclusivamente "il percepito" da parte del personale compilatore senza cartella alla mano.

In una terza fase le medesime cartelle controllate dal personale della Direzione Medica sono state valutate dal responsabile dell'unità operativa, con la stessa scheda di criteri.

Al fine di limitare la variabilità di interpretazione si è deciso di assegnare ai parametri presi in considerazione 3 categorie di risposta. Parametro compilato correttamente valore 2, parametro compilato solo parzialmente in modo corretto valore 1, parametro non compilato o compilato in modo erroneo valore 0. Risultati intermedi a questi valori sono frutto della media aritmetica delle valutazioni del parametro di tutte le cartelle analizzate in quell'U.O.



Comparazione delle valutazioni e identificazioni delle strategie di miglioramento

Scenari:	VALUTAZIONE ESPERTI	AUTO- PERCEZIONE	AUTO- VALUTAZIONE	
Concordanza negativa	☹️	☹️	☹️	C'è coscienza della necessità di un miglioramento AGIRE CON RICHIAMI RIPETUTI
Discordanza dell'autopercezione	☹️	😊	☹️	Si conviene sulla necessità di miglioramento UTILE ATTIVITA' DI TUTORAGGIO
Disaccordo sulla valutazione	☹️	😊	😊	Manca la coscienza dell'errore CONCORDARE NUOVI STANDARD DI QUALITÀ

IMPLEMENTAZIONE DI STRUMENTI FORMATIVI INTEGRATI HCWS CENTERED PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Borsotti M***, Le Gouëllec L°, Vigna I*, Mitola B*, Vitale A*, Malvasio P**

* Dirigente Medico S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero; ** Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero; *** Direttore Sanitario d'Azienda; A.O. Ordine Mauriziano – Ospedale Umberto I di Torino
° Medico in Formazione Specialistica in Medicina e Igiene Preventiva, Università Degli Studi di Torino

Parole chiave: infezioni correlate all'assistenza, formazione health care workers centered, bundle.

Introduzione. Nella lotta alle ICA ed in particolare a quelle causate da mdro è universalmente riconosciuta l'importanza della formazione degli operatori sanitari.

In questo ambito anche la Regione Piemonte richiede alle ASR di promuovere attività di formazione per gli operatori sul tema delle ICA. Pertanto tra gli obiettivi dipartimentali 2011 del CIO dell'AOOM sono state inserite numerose attività di formazione specifica per professionisti sul tema delle ICA, i cui destinatari sono stati tutti gli operatori sanitari dell'Ospedale

Contenuti. Negli anni 2011-2012 si sono svolte:

- 3 ediz. del corso: "Le infezioni correlate all'assistenza: il percorso per i referenti di reparto". I partecipanti totali sono stati 56, di tutte le professionalità e di tutti i reparti.
- 5 ediz. del corso: "Prevenzione delle ICA: implementazione delle raccomandazioni/evidenze presso il dipartimento cardiovascolare". Il corso, nato sulla base dei dati della sorveglianza effettuata nel 2010, ha coinvolto operatori sanitari di tutte le professioni del Dipartimento Cardiovascolare, per un totale di 94 partecipanti, ogni edizione prevedeva due giornate di didattica frontale più un periodo di tirocinio pratico presso il reparto di appartenenza. Sono stati coinvolti come docenti e tutor, nella parte pratica, i referenti di reparto, formati l'anno precedente nel corso: "Le ICA: il percorso per i referenti di reparto". Attraverso il corso sono state implementate le Best practice raccomandate in letteratura (bundle). L'adesione ai bundle è stata rilevata attraverso schede di osservazione diretta effettuata dai referenti di reparto. Verrà effettuata nei prossimi mesi una rivalutazione dei dati di sorveglianza sugli aspetti critici, in modo da verificare la ricaduta delle attività intraprese nella realtà del Dipartimento Il corso è stato avviato in via sperimentale nel 2011 nel Dipartimento Cardiovascolare, ma si intende estenderlo anche agli altri Dipartimenti ospedalieri nel corso degli anni 2012 e 2013.
- 2 ediz (40 partecipanti) di un evento sulle modalità di interpretazione dei dati di antibiotico resistenza sulla base delle indicazioni EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) destinato al personale medico di tutti i reparti.

Inoltre sono stati condotti dalla DMPO-CIO dei Focus Group nei reparti/aree individuate come critiche per rischio di ICA, sulla base dei dati della sorveglianza di microrganismi ALERT e della sorveglianza nei pazienti colonizzati, con il coinvolgimento diretto degli Health Care Workers. Ogni focus group ha determinato un impegno di circa 2 ore; a conclusione del corso, i piccoli gruppi di lavoro, focus group multiprofessionali, hanno portato alla condivisione delle esperienze e delle criticità nelle diverse realtà operative.

Conclusioni. La formazione è stata utilizzata per favorire un lavoro di partecipazione e di scambio, nonché di analisi dei processi e del sistema. Si è riflettuto sulla percezione del rischio infettivo legato all'assistenza e sulle capacità individuali e del gruppo di lavoro di gestire tale rischio nella quotidianità, superando i limiti strutturali, individuali, professionali e culturali che a volte sembrano insormontabili.

Le tematiche trattate sono servite a colmare i gap di competenze e di comportamento. I risultati operativi, monitorati periodicamente dal CIO e dal gruppo ristretto, verranno valutati complessivamente a fine anno.



**Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano di Torino**

Implementazione di strumenti formativi integrati HCWs centered per la gestione del rischio infettivo

Borsotti M*, Le Gouëllec L°, Vigna I*, Mitola B*, Vitale A*, Malvasio P****

* **Dirigente Medico S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**
** **Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**
*** **Direttore Sanitario d'Azienda**
A.O. Ordine Mauriziano – Torino
° **Medico in Formazione Specialistica in Medicina e Igiene Preventiva, Università Degli Studi di Torino**



ICA



INTRODUZIONE

Nella lotta alle ICA ed in particolare a quelle causate da MDRO (MultiDrug-Resistant Organism) è universalmente riconosciuta l'importanza della formazione degli operatori sanitari.

In questo ambito anche la Regione Piemonte richiede alle ASR di promuovere attività di formazione per gli operatori sul tema delle ICA. Pertanto tra gli obiettivi dipartimentali 2011 del CIO dell'AOOM sono state inserite numerose attività di formazione specifica per professionisti sul tema delle ICA, i cui destinatari sono stati tutti gli operatori sanitari dell'Ospedale.





CONTENUTI

Negli anni 2011-2012 si sono svolte:

- 3 edizioni del corso: "Le infezioni correlate all'assistenza: il percorso per i referenti di reparto". I partecipanti totali sono stati 56, di tutte le professionalità e di tutti i reparti.
- 5 edizioni del corso: "Prevenzione delle ICA: implementazione delle raccomandazioni/evidenze presso il dipartimento cardiovascolare". Il corso, nato sulla base dei dati della sorveglianza effettuata nel 2010, ha coinvolto operatori sanitari di tutte le professioni del Dipartimento Cardiovascolare, per un totale di 94 partecipanti, ogni edizione prevedeva due giornate di didattica frontale più un periodo di tirocinio pratico presso il reparto di appartenenza. Sono stati coinvolti come docenti e tutor, nella parte pratica, i referenti di reparto, formati l'anno precedente nel corso: "Le ICA: il percorso per i referenti di reparto". Attraverso il corso sono state implementate le Best practice raccomandate in letteratura (bundle). L'adesione ai bundle è stata rilevata attraverso schede di osservazione diretta effettuata dai referenti di reparto. Verrà effettuata nei prossimi mesi una rivalutazione dei dati di sorveglianza sugli aspetti critici, in modo da verificare la ricaduta delle attività intraprese nella realtà del Dipartimento Il corso è stato avviato in via sperimentale nel 2011 nel Dipartimento Cardiovascolare, ma si intende estenderlo anche agli altri Dipartimenti ospedalieri nel corso degli anni 2012 e 2013.
- 2 edizioni (40 partecipanti) di un evento sulle modalità di interpretazione dei dati di antibiotico resistenza sulla base delle indicazioni EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) destinato al personale medico di tutti i reparti.



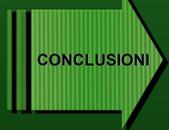
Inoltre sono stati condotti dalla DMPO-CIO dei Focus Group nei reparti / aree individuate come critiche per rischio di ICA, sulla base dei dati della sorveglianza di microrganismi ALERT e della sorveglianza nei pazienti colonizzati, con il coinvolgimento diretto degli Health Care Workers. Ogni focus group ha determinato un impegno di circa 2 ore; a conclusione del corso, i piccoli gruppi di lavoro, focus group multiprofessionali, hanno portato alla condivisione delle esperienze e delle criticità nelle diverse realtà operative.



Come lavarsi le mani



Come sanificarsi le mani



CONCLUSIONI

La formazione è stata utilizzata per favorire un lavoro di partecipazione e di scambio, nonché di analisi dei processi e del sistema. Si è riflettuto sulla percezione del rischio infettivo legato all'assistenza e sulle capacità individuali e del gruppo di lavoro di gestire tale rischio nella quotidianità, superando i limiti strutturali, individuali, professionali e culturali che a volte sembrano insormontabili.

Le tematiche trattate sono servite a colmare i gap di competenze e di comportamento. I risultati operativi, monitorati periodicamente dal CIO e dal gruppo ristretto, verranno valutati complessivamente a fine anno.

VERSO L'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA: LA RIORGANIZZAZIONE DELLA DEGENZA DI AREA CHIRURGICA DEL P.O. DI IVREA - ASL T04

M.C. Bosco*, F. Cardillo**, F. Arnoletti*, A. Scarcello*, E. Bianchetti**,
L. Bertola**, C. Occhiena**, F. Ripa***

* Direzione Medica P.O.R Area C, ** S.I.T.R.O. Area C, *** CO.GE

Parole chiave: appropriatezza, intensità di cura, integrazione multiprofessionale.

Introduzione. Il modello per intensità di cura è ancora una sfida, specie quando il nuovo si vuole introdurre in ospedali datati ed architettonicamente concepiti per esigenze non più attuali.

Presso il P.O. di Ivrea, edificato nel 1954, è stata attuata una riorganizzazione dell'area chirurgica che, ispirandosi alle cure graduate, ha superato la suddivisione delle degenze per specialità articolando l'area in due degenze multispecialistiche a diversa intensità assistenziale (deg. Ordinaria e D-Week S.). Il razionale risiede nel miglioramento dell'uso degli spazi ospedalieri e dei percorsi di accesso, nella ottimizzazione dell'impiego dei posti letto e del personale di assistenza ed inoltre nella spinta verso una logica di cooperazione tra molteplici figure professionali e di attualizzazione condivisa dei percorsi assistenziali.

Contenuti. Si è operato individuando le strutture di Urologia, Chirurgia Gen., OCL ed ORL.

Dapprima è stata esplorata la disponibilità al cambiamento dei Direttori e Coordinatori interessati e la Direzione Generale ha approvato l'iniziativa.

Si è poi pianificata e condivisa la riorganizzazione attraverso:

- definizione dei criteri di ammissione alle due aree di intensità di cura;
- revisione del calendario delle sale operatorie;
- definizione degli indicatori di verifica dei risultati ottenuti e predisposizione, in coerenza con i requisiti strutturali di norma, degli spazi necessari per la nuova organizzazione;
- individuazione del personale di assistenza necessario, dei criteri di riassegnazione di quello in esubero e dei percorsi formativi per adeguarne le competenze;
- proposta alle Org. Sindacali ed agli Organismi di rappresentanza dei cittadini.

La fase di realizzazione è stata articolata in più tappe: 1) creazione di una Day-Week Surgery nel reparto di Ocl/Orl e contestuale spostamento dei ricoveri ordinari in Chirurgia Gen.; 2) stesso iter per l'Urologia; 3) tutte le specialità interessate hanno utilizzato gli spazi di ricovero definiti all'interno delle due aree di degenza previste. Contestualmente è stata programmata, per la WS, la tipologia di interventi effettuabili nei diversi giorni della settimana.

Conclusioni. Grazie alla riorganizzazione è stato possibile:

- Razionalizzare l'utilizzo dei posti letto e del personale di assistenza:** è stato corretto l'effetto "a dente di sega" delle presenze di ricoverati, prima correlato alle disponibilità di sala delle diverse discipline. Il T.O si è assestato, per le due aree, sull'85%; la produzione chirurgica si è mantenuta costante ed il programma operatorio definito è stato rispettato evitando criticità nella disponibilità dei posti letto. Il numero dei pazienti non dimissibili il venerdì dall'area W.S. è stato nel range definito ed il recupero di infermieri ed OSS ha permesso di sostituire assenze e dimissioni quantificabili in 167.000 € per il periodo in esame.
- Migliorare l'impiego degli spazi ospedalieri e dei percorsi di accesso:** il contestuale riordino strutturale ha consentito di concentrare gli ambulatori nell'ex Urologia e di collegarli alla gestione centralizzata del pre-ricovero. La contiguità degli ambulatori ha favorito l'uso condiviso del personale, delle attrezzature (ecografi), e di migliorare i percorsi (accessibilità, presa in carico, tenuta igienica delle degenze).
- Promuovere la cooperazione tra molteplici figure professionali e attualizzare in modo condiviso i percorsi assistenziali:** un modello organizzativo improntato al prendersi cura del malato facilita il confronto e l'integrazione multidisciplinare che, col tempo determina una crescita professionale che favorisce la qualità delle cure prestate e ne riduce i costi.



ASL T04
Azienda Sanitaria Locale
di Cuneo, Chivasso e Ivrea

VERSO L'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA: LA RIORGANIZZAZIONE DELLA DEGENZA DI AREA CHIRURGICA DEL P.O. DI IVREA - ASL T04

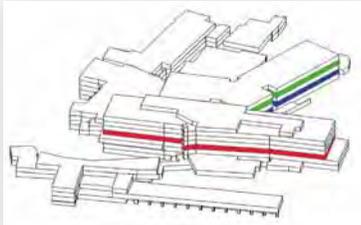
M.C. Bosco*, F. Cardillo**, F. Arnoletti*, A. Scarcello*, E. Bianchetti**, L. Bertola**, C. Occhiena**, F. Ripa***

ASLTO4 - * Direzione Medica P.O.R Area C, ** S.I.T.R.O. Area C, ***CO.GE

Premessa

Il modello clinico assistenziale per intensità di cura rappresenta una sfida sia per i professionisti, sia per l'organizzazione che deve mettere in campo capacità progettuali di coinvolgimento e di costante verifica dei processi impostati. Gli elementi che maggiormente influenzano il livello di performance degli Ospedali è oggi rappresentato dalla capacità di governo degli stessi e quest'ultima si sostanzia tramite la capacità di impostare PDTA condivisi, attualizzati e finalizzati a perseguire l'appropriatezza delle prestazioni ed a valorizzare i diversi ruoli coinvolti nel percorso di cura. Presso il P.O. di Ivrea, Ospedale datato ed architettonicamente concepito per esigenze diverse, è stata progettata ed attuata una riorganizzazione dell'area chirurgica che, ispirandosi alle cure graduate, ha superato la suddivisione delle degenze per specialità, articolando l'area in due degenze multispecialistiche a diversa intensità assistenziale. Il razionale risiede nel miglioramento dell'uso degli spazi ospedalieri e dei percorsi di accesso, nella ottimizzazione dell'impiego dei posti letto e del personale di assistenza ed inoltre nella spinta verso una logica di cooperazione tra molteplici figure professionali e di attualizzazione condivisa dei percorsi assistenziali.

PRIMA



■ CHIRURGIA GEN. ■ UROLOGIA ■ OCL-ORL

DOPO

■ AREA RICOVERO ORDINARIO CHIRURGICO ■ AREA AMBULATORIALE ■ AREA DAY-WEEK SURGERY

Obiettivi	Risultati
Miglioramento dell'impiego degli spazi ospedalieri e dei percorsi di accesso	- Non più ambulatori ai piani di degenza - Contiguità tra ambulatori con utilizzo condiviso di personale e attrezzature (ecografi) - Miglioramento percorsi (accessibilità, tenuta igienica degenze...)
Razionalizzazione dell'utilizzo dei posti letto e del personale di assistenza e degli spazi di sala operatoria	- Correzione dell'effetto "a dente di sega" delle presenze di ricoverati nei reparti chirurgici, correlato alle disponibilità di sala, con stabilizzazione delle presenze medie - Conseguente buon uso delle risorse di personale di assistenza
Promozione di un modello di lavoro basato sulla cooperazione e integrazione di molteplici figure professionali, superando la resistenza al cambiamento con la motivazione a recuperare la centralità del malato	- Attuazione percorso formativo comune - Attualizzazione condivisa dei percorsi assistenziali e dei processi di lavoro - Riprogrammazione condivisa del calendario di sala - estensione uso STU (sperimentale in chirurgia gen) a tutte le discipline - Revisione collegiale dei centri di costo

Fasi progettuali



PRIMA FASE: di esplorazione della disponibilità al cambiamento da parte dei Direttori e dei Coordinatori interessati e approvazione della Direzione Generale (Sett-Nov 2010)
SECONDA FASE: di pianificazione condivisa su - Criteri di ammissione - Calendario sale operatorie - Requisiti strutturali - Personale necessario e criteri di mobilità - Percorso formativo - Indicatori di verifica (Genn-Mar 2011)
TERZA FASE: Presentazione del progetto alle Organizzazioni Sindacali ed agli Organismi di tutela dei cittadini (Mar 2011)
QUARTA FASE 1° STEP: Solo day e week OCL-ORL Ricovero ordinario Chir Gen + OCL-ORL (Mar 2011)
QUARTA FASE 2° STEP: Solo day e week UROLOGIA Ricovero ordinario Chir Gen + OCL-ORL + UROLOGIA (Giu 2011)
QUARTA FASE 3° STEP: Completamento riorganizzazione (Sett 2011)
Valutazione dei risultati: (Genn 2012)

Bibliografia

• D.G.R. Regione Piemonte n. 26-11674 del 28-06-2009. Modalità per l'effettuazione della sperimentazione dell'organizzazione dell'attività di degenza chirurgica su cinque giorni (Week Surgery).
 • Nicotia F. L'ospedale snello. Per una sanità a flusso controllato e intensità di cura. FrancoAngeli, 2008.
 • Casassa F, Garufi F, Ripa F. L'ospedale per intensità di cure. Lo stato dell'arte in Italia. L'Ospedale 2009, 2: pag 68-75.

CURE SUB ACUTE: L'ESPERIENZA PRESSO IL P.O. DI PASSIRANA DELL'A.O. G SALVINI DI GARBAGNATE MILANESE

D. Cartoni¹, R. Guttadauro¹, A. de Vuono², T. Caldarulo³

¹Direzione Medica P.O. Passirana, ²U.S.C. dati sanitari e programmazione,

³Direzione Sanitaria A.O. G. Salvini

Parole chiave: cure sub-acute.

Introduzione. Le cure sub-acute, introdotte in Regione Lombardia dalla DGR 937/2010, si pongono, nel percorso diagnostico terapeutico del paziente, tra la fase acuta, gestita in regime di ricovero ordinario e la fase post acuta solitamente gestita a domicilio o presso strutture territoriali. Tale regime, quindi, interessa pazienti in fase acuta, che devono proseguire la terapia in ambiente protetto con un livello assistenziale inferiore a quello di un reparto per acuti, e consente di evitare giornate di degenza inappropriate o dimissioni precoci.

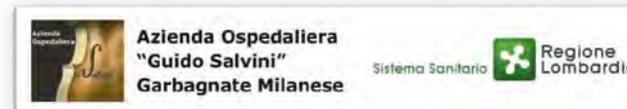
Contenuti. L'Azienda G. Salvini, nell'ottobre 2011 ha attivato presso il Presidio Ospedaliero di Passirana 30 posti letto di cure sub acute, destinati in una prima fase ad accogliere pazienti provenienti da UO intermistiche, caratterizzate da degenze medie tendenzialmente elevate. Successivamente, verranno accolti dal territorio pazienti cronici in fase di riabilitazione, che necessitano di terapie in ambiente protetto. È cruciale la selezione dei pazienti che, secondo le indicazioni regionali, avviene con una valutazione multidimensionale. Per valutare gli effetti dell'avvio dell'U.O. di Cure sub-acute sono stati individuati i reparti afferenti tale unità e i DRG più frequentemente trattati. Su questa base informativa, è stato confrontato un periodo antecedente (Novembre 2010-Gennaio 2011) ed uno successivo (Novembre 2011-Gennaio 2012) l'avvio dell'U.O. di Cure sub-acute. L'indicatore utilizzato per stimare i cambiamenti organizzativi nei reparti afferenti è stato il numero di posti letto occupati (al 100%) dai casi riconducibili ai DRG più frequentemente trattati nella nuova U.O. Si è rilevata una differenza statisticamente significativa (P-value di 0,004 al Test T) nell'occupazione dei posti letto tra i due periodi, da parte dei casi riconducibili ai DRG più frequentemente trattati.

Conclusioni. I dati, mostrano che l'apertura dell'U.O. di Cure sub-acute ha liberato, presso i reparti afferenti tale unità, un maggior numero di posti letto, che sono stati occupati da casi riconducibili ai DRG più frequentemente trattati nella nuova U.O., innescando, così, una maggiore dinamicità dei ricoveri presso le unità intermistiche dell'Azienda.

Reparti di provenienza dei pazienti accettati presso le cure sub-acute per i DRG più frequenti:

		Posti letto occupati (al 100%) dai DRG più frequenti nell'U.O. Cure Sub-acute. Periodo novembre /gennaio	
P.O.	UO	2010-2011	2011-2012
Bollate	Medicina 1	12,9	15,2
Garbagnate	Medicina 2	23,8	28,6
Garbagnate	Medicina 3	8,6	10,5
Rho	Medicina 4	10,1	15,9
Garbagnate	Pneumologia	14,7	18,7
	totale	70,1	88,6

P-value 0,004



Cure Sub acute: l'esperienza presso il P.O. di Passirana dell'A.O. G Salvini di Garbagnate Milanese

Autori: D. Cartoni, R. Guttadauro (Direzione Medica PO Passirana), A. de Vuono (USC dati sanitari programmazione) T. Caldarulo (Direzione Sanitaria AO "G. Salvini" Garbagnate M.se)

Parole chiave: cure subacute

Introduzione

Le cure sub-acute rappresentano il nuovo livello assistenziale introdotto in Regione Lombardia con la DGR 937/2010, in conformità a quanto stabilito nel PSSR 2010-2015. La successiva DGR 1479/2011 ha definito le modalità clinico organizzative per lo svolgimento di tali attività. Le cure sub-acute si pongono, nel percorso diagnostico terapeutico del paziente, tra la fase acuta della patologia, gestita in regime di ricovero ordinario, e l'invio a domicilio o presso strutture territoriali per il recupero dell'autosufficienza nella fase post acuta. Tale regime assistenziale si rivolge quindi a pazienti in fase acuta, già trattati e che necessitano di proseguire la terapia in ambiente protetto con un livello assistenziale inferiore a quello di un reparto per acuti. La permanenza in tali contesti genera giornate di degenza inappropriate, con occupazione di posti letto destinati a situazioni più critiche e complesse. Per contro, l'invio a domicilio costituirebbe una dimissione precoce con conseguente rischio per il paziente e disagio per i familiari.

Contenuti

In questo contesto normativo l'Azienda G. Salvini, partendo anche dall'esperienza effettuata nel periodo 2010-2011 con la sperimentazione delle cure intermedie, nell'ottobre 2011 ha attivato presso il Presidio Ospedaliero Casati di Passirana 30 posti letto di cure sub-acute. Tali letti sono destinati in questa prima fase ad accogliere pazienti provenienti da reparti di degenza, prevalentemente le Medicine Generali dove le degenze medie tendono ad essere elevate. In una seconda fase, i posti letto potranno essere aperti a ricoveri provenienti dal territorio per pazienti cronici in fase di riabilitazione, che necessitano di terapie in ambiente protetto. Per quanto sopra esposto, risulta di cruciale importanza la selezione dei pazienti, che avviene, in conformità alle indicazioni regionali, con una valutazione multidimensionale, attraverso la rilevazione dei fabbisogni assistenziali e terapeutici tramite apposite check list basate su scale di valutazione specifiche. La procedura in atto nell'Azienda G. Salvini prevede la richiesta di ricovero presso le cure sub-acute da parte del medico della UO presso cui è degente il paziente, tramite la compilazione e l'invio delle check list on line sulla rete intranet aziendale. La richiesta viene valutata, in merito alla sussistenza dei requisiti di appropriatezza, dal medico coordinatore delle cure sub-acute, che ha la responsabilità di accettare o rifiutare il ricovero.

Per valutare gli effetti dell'avvio dell'U.O. di Cure sub-acute, sono stati individuati i reparti afferenti tale unità (Medicina Generale 1.2.3.4; Pneumologia) e i DRG più frequentemente trattati (DRG:14-78-87-88-89-121-127-144-249-576). Su questa base informativa, è stato effettuato un confronto (nell'ambito dei reparti afferenti) tra un periodo antecedente (Novembre 2010-Gennaio 2011) ed uno successivo (Novembre 2011-Gennaio 2012) l'avvio dell'U.O. di Cure sub-acute. L'indicatore utilizzato per stimare i cambiamenti organizzativi nei reparti afferenti è stato il numero di posti letto occupati (al 100%) dai casi riconducibili ai DRG più frequentemente trattati nella nuova U.O. Il Test T ha fornito un P-value di 0,004 che dimostra una differenza significativa nell'occupazione dei posti letto tra i due periodi, da parte dei casi riconducibili ai DRG più frequentemente trattati.

Conclusioni

I valori esposti, seppure meritevoli di approfondimento su periodi più lunghi, mostrano che l'apertura dell'U.O. di Cure sub-acute ha consentito di liberare, presso i reparti afferenti tale unità, un maggior numero di posti letto, che sono stati occupati da casi riconducibili ai DRG più frequentemente trattati nella nuova U.O., innescando, così, una maggiore dinamicità dei ricoveri presso le unità intermistiche dell'Azienda.

Reparti di provenienza dei pazienti accettati presso le cure sub-acute per i DRG più frequenti		Posti letto occupati (al 100%) dai DRG più frequenti nell'U.O. Cure Sub-acute. Periodo novembre /gennaio	
P.O.	UO	2010-2011	2011-2012
Bollate	Medicina 1	12,9	15,2
Garbagnate	Medicina 2	23,8	28,6
Garbagnate	Medicina 3	8,6	10,5
Rho	Medicina 4	10,1	15,9
Garbagnate	Pneumologia	14,7	18,7
	totale	70,1	88,6

P- value 0,004



www.aogarbagnate.lombardia.it

L'ARCHIVIO CLINICO: L'ESPERIENZA DI UNA GESTIONE ESTERNALIZZATA

G. Cattaneo¹, L. Grapelli¹, T. Caldarulo²

¹Dir. Medica P.O. di Rho-A.O. G. Salvini di Garbagnate M., ²Dir. Sanitaria A.O. G. Salvini di Garbagnate M.

Parole chiave: archivio clinico, esternalizzazione.

Introduzione. L'attuale normativa prescrive la conservazione illimitata nel tempo della cartella clinica, e ha come conseguenza la produzione di una grande mole di documentazione da archiviare, conservare e, all'occorrenza, riprodurre. Ne derivano problematiche di tipo logistico, di sicurezza antincendio, di gestione del personale d'archivio. L'introduzione di cartelle cliniche elettroniche e di conseguenti sistemi di conservazione legale sostitutiva, nel breve periodo, non porterà a una completa eliminazione della documentazione cartacea, stante il crescente numero di documenti che richiedono la firma autografa del paziente e la conservazione in cartella clinica.

Contenuti. In questo contesto normativo, storico e tecnologico nasce la nostra esperienza all'interno dell'AO G. Salvini di Garbagnate Milanese, alla quale afferiscono i quattro presidi ospedalieri di Garbagnate Milanese, Rho, Bollate e Passirana con un'attività complessiva di 32.215 ricoveri nell'ultimo anno. Dal 2009, si è deciso di continuare a gestire con proprio personale il ritiro delle cartelle cliniche dai reparti e il rilascio delle copie agli aventi diritto, e di esternalizzare la catalogazione analitica delle cartelle cliniche prodotte nell'ultimo decennio e il prelievo bisettimanale con contestuale catalogazione informatizzata presso gli archivi delle Direzioni Mediche di Presidio delle cartelle di nuova produzione. L'attività di richiesta, consultazione e pubblicazione delle cartelle cliniche è svolta interamente on line in modalità *on demand*, ovvero limitata alle sole cartelle richieste dai pazienti o dal personale medico.

Conclusioni. Quest'ultima scelta ha consentito di ridurre notevolmente i costi rispetto alla scannerizzazione e alla pubblicazione massiva di tutta la documentazione, e si è rivelata completamente soddisfacente rispetto alle necessità dell'Azienda Ospedaliera, dal rilascio delle copie a i pazienti nei limiti temporali previsti dalla normativa regionale, alla visione on line da parte dei medici ospedalieri, al recupero della documentazione originale entro il breve lasso di tempo concesso dai NOC nell'esercizio delle attività di controllo. Nella sottostante tabella si evidenzia il costo sostenuto negli ultimi tre anni per il solo Presidio Ospedaliero di Rho, rappresentando come la parziale esternalizzazione del servizio abbia qui consentito di non sostituire un assistente amministrativo collocato a riposo, e di assegnare anche altre attività al restante personale, che è stato riqualificato allo svolgimento di controlli formali sulla completezza e qualità della documentazione sanitaria.

Presidio Ospedaliero di Rho	2009		2010		2011	
	N° Cartelle Cliniche	Costo annuo	N° Cartelle Cliniche	Costo annuo	N° Cartelle Cliniche	Costo annuo
Presenza in carico storico, deposito e custodia	160.441	€ 9.407,05	173.264	€ 10.225,17	185.353	€ 10.592,52
Catalogazione	9.081	€ 3.995,64	12.823	€ 5.642,12	12.089	€ 5.319,16
Ricerche cartelle	3.588	€ 4.305,60	2.949	€ 3.538,80	2.690	€ 3.228,00
Inserimento documento	14	€ 16,80	75	€ 90,00	23	€ 27,60
Recapito in originale	1.103	€ 2.426,60	1.219	€ 2.681,80	1.344	€ 2.956,80
Acquisizione ordinaria e ripubblicazione	2.469	€ 12.098,10	1.655	€ 8.109,50	1.323	€ 6.482,70
TOTALE		€ 32.249,79		€ 30.287,39		€ 28.606,78



L'archivio clinico: l'esperienza di una gestione esternalizzata

Autori: G. Cattaneo, L. Grapelli (Direzione Medica P.O. di Rho - AO "G. Salvini" Garbagnate M.se)
T. Caldarulo (Dir. Sanitaria AO "G. Salvini" Garbagnate M.se)

Parole chiave: archivio clinico, esternalizzazione

Introduzione

L'attuale normativa prescrive la conservazione illimitata nel tempo della cartella clinica, e ha come conseguenza la produzione di una grande mole di documentazione da archiviare, conservare e, all'occorrenza, riprodurre. Ne derivano problematiche di tipo logistico, di sicurezza antincendio, di gestione del personale d'archivio. L'introduzione di cartelle cliniche elettroniche e di conseguenti sistemi di conservazione legale sostitutiva, nel breve periodo, non porterà a una completa eliminazione della documentazione cartacea, stante il crescente numero di documenti che richiedono la firma autografa del paziente e la conservazione in cartella clinica.

Contenuti

In questo contesto normativo, storico e tecnologico nasce la nostra esperienza all'interno dell'AO G. Salvini di Garbagnate Milanese, alla quale afferiscono i quattro presidi ospedalieri di Garbagnate Milanese, Rho, Bollate e Passirana con un'attività complessiva di 32.215 ricoveri nell'ultimo anno. Dal 2009, si è deciso di continuare a gestire con proprio personale il ritiro delle cartelle cliniche dai reparti e il rilascio delle copie agli aventi diritto, e di esternalizzare la catalogazione analitica delle cartelle cliniche prodotte nell'ultimo decennio e il prelievo bisettimanale con contestuale catalogazione informatizzata presso gli archivi delle Direzioni Mediche di Presidio delle cartelle di nuova produzione. L'attività di richiesta, consultazione e pubblicazione delle cartelle cliniche è svolta interamente on line in modalità *on demand*, ovvero limitata alle sole cartelle richieste dai pazienti o dal personale medico.

Conclusioni

Quest'ultima scelta ha consentito di ridurre notevolmente i costi rispetto alla scannerizzazione e alla pubblicazione massiva di tutta la documentazione, e si è rivelata completamente soddisfacente rispetto alle necessità dell'Azienda Ospedaliera, dal rilascio delle copie a i pazienti nei limiti temporali previsti dalla normativa regionale, alla visione on line da parte dei medici ospedalieri, al recupero della documentazione originale entro il breve lasso di tempo concesso dai NOC nell'esercizio delle attività di controllo. Nella sottostante tabella si evidenzia il costo sostenuto negli ultimi tre anni per il solo Presidio Ospedaliero di Rho, rappresentando come la parziale esternalizzazione del servizio abbia qui consentito di non sostituire un assistente amministrativo collocato a riposo, e di assegnare anche altre attività al restante personale, che è stato riqualificato allo svolgimento di controlli formali sulla completezza e qualità della documentazione sanitaria.

Presidio Ospedaliero di Rho	2009		2010		2011	
	N° Cartelle Cliniche	Costo annuo	N° Cartelle Cliniche	Costo annuo	N° Cartelle Cliniche	Costo annuo
Presenza in carico storico, deposito e custodia	160.441	€9.407,05	173.264	€10.225,17	185.353	€10.592,52
Catalogazione	9.081	€3.995,64	12.823	€5.642,12	12.089	€5.319,16
Ricerche cartelle	3.588	€4.305,60	2.949	€3.538,80	2.690	€3.228,00
Inserimento documento	14	€16,80	75	€90,00	23	€27,60
Recapito in originale	1.103	€2.426,60	1.219	€2.681,80	1.344	€2.956,80
Acquisizione Ordinaria e ripubblicazione	2.469	€12.098,10	1.655	€8.109,50	1.323	€6.482,70
TOTALE		€32.249,79		€30.287,39		€28.606,78



REALIZZAZIONE DI UN PROGETTO DI MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI

V. Ceccherini^o, A. Alessandri*, A. Appicciafuoco*, G. Bonaccorsi[§], P. Bonanni, S. Brugnoli*, N. Comodo[§], S. Guarducci^o, L. Nozzoli*, S. Naldini*, B. Rosadoni*

^o Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze;

*Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze; [§] Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

Parole chiave: rifiuti infetti, raccolta differenziata.

Introduzione. L'ospedale dà origine ad una notevole quantità di rifiuti; il problema relativo alla raccolta, il conferimento e lo smaltimento è piuttosto complesso e riguarda varie figure. Le fasi di questo processo comportano rischi per gli operatori, effetti dannosi per l'ambiente e innalzamento della spesa sanitaria. Vanno quindi adottate tutte le azioni per la raccolta differenziata, per favorire il recupero, il riutilizzo ed il riciclaggio.

Contenuti. La spesa sostenuta dall'Azienda Sanitaria di Firenze per lo smaltimento dei rifiuti speciali supera il milione di euro /anno, con quasi 400.000 euro nel nostro presidio (di cui 300.000 per gli infettivi). È stato pertanto messo in atto un ampio progetto, partito nel 2007, che ha coinvolto diversi professionisti operanti in Azienda, in collaborazione delle direzioni sanitarie e con il coordinamento aziendale. Oltre alla stesura di una procedura aziendale, nel nostro presidio in particolare il progetto si è articolato in diverse azioni:

- stesura di Istruzioni Operative
- riunioni formative rivolte al personale infermieristico, tecnico, ostetrico, OSS/ OTA e nuovi assunti. I principali obiettivi delle riunioni sono stati:
 - fornire conoscenze specifiche relative alla diversa tipologia dei rifiuti prodotti all'interno dell'ospedale;
 - diminuire la quantità dei rifiuti speciali e dei rifiuti urbani non differenziati;
 - incentivare la raccolta differenziata di vetro, carta e plastica;
 - reminder per il personale sanitario che opera nei presidi, cartellonistica aziendale, articoli informativi;
 - monitoraggio dell'appropriatezza della raccolta da parte di operatori appositamente formati, con scheda di rilevazione mensile e indicatori specifici;
 - pannelli performance quadrimestrali per rendere pubblici i risultati del monitoraggio;
 - tavoli di monitoraggio.

Grafico 1. Kg di Rifiuti Speciali Ospedalieri prodotti al mese nel presidio Anni 2007/2011

Il progetto ha consentito un'ottimizzazione della differenziazione dei rifiuti, con ottimi risultati per i rifiuti speciali ospedalieri, la cui quantità si è dimezzata dal 2007 al 2011 nonostante un incremento di attività.

Conclusioni. Nonostante le cattive abitudini e la scarsa sensibilità siano ancora molto forti, l'operare nella formazione continua e in un costante controllo serve a mantenere alta l'attenzione in tutti gli operatori su questa problematica e ad ottenere una progressiva diminuzione dei rifiuti infetti, con l'aumento delle frazioni da inviare al recupero.



Realizzazione di un progetto di miglioramento nella gestione dei rifiuti ospedalieri

V. Ceccherini, A. Alessandri, A. Appicciafuoco, G. Bonaccorsi, P. Bonanni, S. Brugnoli, N. Comodo, S. Guarducci, L. Nozzoli, S. Naldini, B. Rosadoni
 Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio - Azienda Sanitaria di Firenze
 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva
 Dipartimento Sanità Pubblica Università degli studi di Firenze

Introduzione

L'ospedale dà origine ad una notevole quantità di rifiuti; il problema relativo alla raccolta, il conferimento e lo smaltimento è piuttosto complesso e riguarda varie figure. Le fasi di questo processo comportano rischi per gli operatori, effetti dannosi per l'ambiente e innalzamento della spesa sanitaria. Vanno quindi adottate tutte le azioni per promuovere la raccolta differenziata, favorendo il recupero, il riutilizzo ed il riciclaggio.

1.000.000 € per smaltimento Rifiuti Speciali Ospedalieri Azienda Sanitaria Firenze

400.000 € per smaltimento RSO Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio

300.000 € per smaltimento RSO infettivi San Giovanni di Dio

Contenuti

Nell'anno 2007, nell'ambito dell'ASL 10 di Firenze, è stato messo in atto un ampio progetto che ha coinvolto diversi professionisti, realizzato con il coordinamento aziendale e in collaborazione con le direzioni sanitarie, con il fine di:

- ❖ fornire conoscenze specifiche relative alla diversa tipologia dei rifiuti prodotti all'interno dell'ospedale
- ❖ diminuire la quantità dei rifiuti speciali e dei rifiuti urbani non differenziati
- ❖ incentivare la raccolta differenziata di vetro, carta e plastica

Oltre alla stesura di una procedura aziendale Sono stati realizzati vari interventi:

- Stesura di Istruzioni Operative
- Riunioni formative rivolte al personale infermieristico, tecnico, ostetrico, OSS/ OTA e nuovi assunti
- Reminder per il personale sanitario che opera nei presidi, cartellonistica aziendale, articoli informativi
- Monitoraggio dell'appropriatezza della raccolta da parte di operatori formati, con scheda di rilevazione mensile e indicatori specifici
- Pannelli performance quadrimestrali per rendere pubblici i risultati del monitoraggio
- Tavoli di monitoraggio

Conclusioni

Il progetto ha consentito un'ottimizzazione della differenziazione dei rifiuti, con ottimi risultati per i rifiuti speciali ospedalieri, la quantità dei quali si è dimezzata dal 2007 al 2011, nonostante un incremento di attività del presidio.

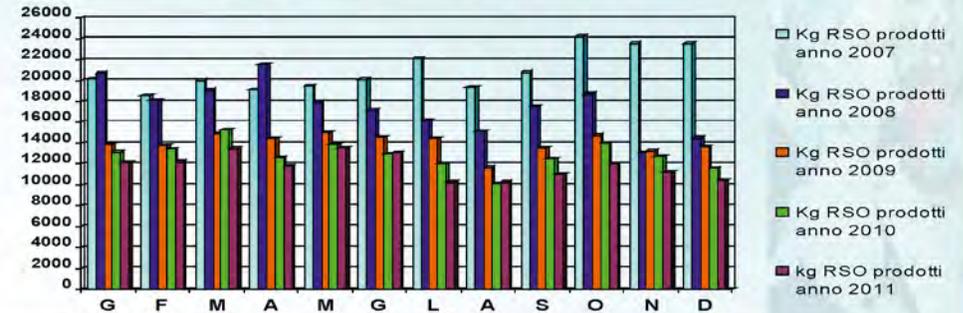


Grafico 1: Kg di Rifiuti Speciali Ospedalieri (RSO) prodotti al mese nel presidio; Anni 2007/2011

Nonostante le cattive abitudini e la scarsa sensibilità siano ancora molto forti, l'operare nella formazione continua e in un costante controllo serve a mantenere alta l'attenzione in tutti gli operatori su questa problematica e ad ottenere una progressiva diminuzione dei rifiuti infetti, con l'aumento delle frazioni da inviare al recupero.

INDAGINE SULL'ATTITUDINE AL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE IN UN GRUPPO DI STUDENTI DELLE SCUOLE SUPERIORI DELLA PROV. DI BARI

V. Cristallo, A. Giustino, D. Ricci, C. Rizzo, D. De Vito

Università degli Studi di Bari

Parole chiave: distretto socio-sanitario.

Introduzione. I risultati confermano che il consumo di bevande alcoliche tra i giovani italiani è diventato un problema da non sottovalutare e che necessita di sempre maggiori impegni preventivi ed interventi educativi.

Metodo: Per stimare le abitudini del consumo di alcol della popolazione adolescenziale nella provincia di Bari si è considerato un campione a grappolo di 612 studenti, appartenenti a 8 scuole medie superiori dell'età tra 14-17 anni. Il campione è rappresentato da 344 studenti di sesso maschile (56,2%) e 268 studenti di sesso femminile (43,8%). In ogni scuola sono state selezionate in maniera casuale 2 classi per anno in modo da rappresentare omogeneamente ogni fascia d'età in tutti gli istituti. Sono stati forniti in forma anonima questionari a risposta singola, distintamente, in ogni classe.

L'analisi delle abitudini al consumo di alcol nel gruppo di 612 adolescenti della provincia di Bari ha dato i seguenti risultati: 137 studenti (22,4%) hanno affermato di essere astemii; 489 studenti (79,9%) hanno consumato alcolici negli ultimi 12 mesi; a tutti gli studenti che si sono dichiarati "bevitori" è stato chiesto a che età avesse iniziato: per 155 studenti (25,3%) risponde tra il 12°aa-13°aa; 258 studenti (42,2%) tra il 14°aa-15°aa; per 76 studenti (12,4%) tra il 16°aa-17°aa.

Indagando la frequenza delle assunzioni si è rilevato che 49 studenti (8%) bevono quotidianamente, tra loro prevalgono i consumatori di birra (23; 3,8%), fanno seguito i bevitori di vino (15; 2,5%) e di tutte le altre bevande alcoliche (11; 1,8%). Gli studenti che consumano, solo, durante il fine settimana sono 324 (52,9%) tra loro prevalgono i consumatori di cocktails, superalcolici, soft drink, aperitivi, alcolpops (122; 19,9%), fanno seguito i bevitori di birra (104; 17%) e di vino (98; 16%). Gli studenti che consumano solo durante le vacanze scolastiche sono 116 (19%) tra loro prevalgono i bevitori di birra (49; 8%), fanno seguito i bevitori di cocktails, superalcolico, soft drink, alcolpops, aperitivo (37; 6%) e di vino (30; 4,9%). Si approfondisce e si chiede alla collettività campionaria se nell'ultimo anno ha avuto occasione di bere fuori pasto: 318 studenti (52%) hanno fatto uso di bevande alcoliche al di fuori dai pasti negli ultimi 12 mesi. Si valuta se una parte del campione ha superato i limiti fisiologici del metabolismo dell'alcol provando l'ebbrezza alcolica e lo stordimento consequenziale tramite una domanda non diretta: si chiede se nel corso dei 12 mesi precedenti si sono bevuti più di sei bicchieri di alcolici in un'unica occasione? 325 studenti (53,1%) hanno risposto affermativamente.

Si chiede al gruppo di studenti se consuma mensilmente bevande alcoliche differenti dal vino e dalla birra; (285; 46,6%) preferisce mensilmente assaggiare limoncello, crema di whisky e aperitivi, fa seguito il gruppetto delle bevande superalcoliche classiche (158; 25,8%) e infine degli amari (118; 19,3%).

S'indaga se bere può essere diventato una abitudine con la seguente domanda: nell'ultimo mese quante volte in settimana hai bevuto bevande alcoliche durante e fuori dai pasti? 262 studenti (42,8%) hanno risposto di aver avuto occasione di assumere una bevanda alcolica una volta a settimana; 180 studenti (29,4%) hanno risposto di aver avuto occasione di assumere una bevanda alcolica due o più volte a settimana; in totale 442 studenti (72%) hanno assunto una bevanda alcolica settimanalmente negli ultimi 30 giorni, chi solo il sabato sera, chi durante tutto il fine settimana e chi per l'occasione anche durante i giorni di scuola.

Conclusioni. Emerge che il 70% del campione se ha occasione di bere con gli amici alcolici non si fa problemi a procurarseli e vive la serata divertendosi di più, infatti, la decisione di bere non scaturirebbe nei giovani da una precisa ed individuale volontà di gusto, ma sarebbe un'abitudine assunta, in molti casi, per omologarsi al comportamento della massa, per non venire isolati dal gruppo di appartenenza, oltre alla paura della solitudine, dell'abbandono da parte degli amici; l'alcol inoltre riduce le difficoltà a relazionarsi con l'altro. I dati emersi sono in linea con quelli nazionali e inferiori alla media europea.

STRATEGIE FORMATIVE ED ORGANIZZATIVE PER LO SVILUPPO DI COMPETENZE AVANZATE NELL'AMBITO DELLA GESTIONE DEI PROCESSI DI QUALITÀ

De Benedictis A.*, Bartolozzi F**, Ghinelli R.*, Gualandi R.*, Iori T.*, Proietti Panatta C.*, Tartaglioni D.*

*Direzione Infermieristica Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma; **Responsabile Risk Management, Direzione Sanitaria - Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

Parole chiave: risk-management, qualità, gestione delle risorse umane.

Introduzione. Nell'ambito della preparazione del personale infermieristico del Policlinico Campus Bio-Medico di Roma al percorso di accreditamento Joint Commission International (JCI) è stato costituito un "team infermieristico per la qualità" dedicato al miglioramento della qualità dell'assistenza composto da personale misto proveniente dai diversi reparti e servizi. È stato condotto in seguito uno studio per valutare: competenze Tecniche, competenze non tecniche e i bisogni formativi legati alla qualità e al risk-management.

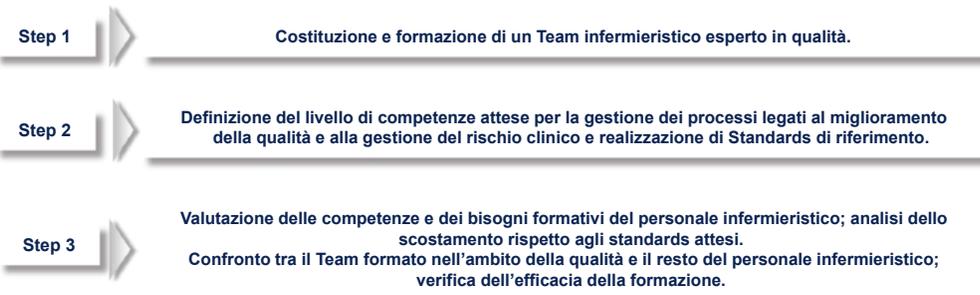
Materiali e metodi. Un questionario suddiviso in sezioni che indagavano differenti fattori di interesse (valutazione delle competenze e bisogni formativi) è stato somministrato nel mese di Gennaio 2012 a tutto il personale Infermieristico della struttura. Oltre ai punteggi medi per tutta la struttura, sono stati effettuati dei confronti fra le risposte date dalle infermiere selezionate nel "Team Infermieristico per la qualità" e il resto del personale. Inoltre i risultati sono stati confrontati con degli standard attesi, realizzati sulla base dei criteri JCI. Le variabili oggetto dell'analisi sono state valutate attraverso metodiche di statistica descrittiva e inferenziale, attraverso il test U di Mann-Withney. Valori di $p < 0.05$ sono stati considerati statisticamente significativi.

Risultati. In buona parte del personale infermieristico presenta un livello pari o superiore allo standard atteso nei vari item. Complessivamente il Gruppo dedicato alla Qualità presenta uno standard significativamente superiore al gruppo generale ($p < 0,02$). Nell'ambito della metodologia della ricerca e del miglioramento della qualità la differenza dei bisogni formativi tra il gruppo di infermieri del Team per la qualità e il resto del personale è risultata statisticamente significativa rispetto ai seguenti items: capacità di analisi critica di un articolo scientifico ($p=0.04$); capacità di utilizzare database di letteratura scientifica ($p=0.03$), conoscenza dei sistemi di accreditamento Istituzionale e accreditamento all'eccellenza JCI ($p<0.001$). Di particolare interesse è l'analisi delle competenze relative all'area cognitivo-relazionali, ovvero le non-technical skill, specifiche proprio nell'ambito della gestione del rischio e del miglioramento continuo della qualità. I risultati mostrano che il 60% del personale è ancora a livelli inadeguati o migliorabili. Nell'ambito del Risk-management il personale infermieristico riferisce di avere lacune formative sulla prevenzione delle infezioni, la prevenzione del rischio di cadute, la segnalazione di errori, l'identificazione del paziente e la gestione dei farmaci ad alto rischio. Lo standard del personale infermieristico relativo a questo ambito specifico risulta al di sotto del range atteso. Lo studio permette di: a) confermare l'efficacia della formazione riservata al personale del "Team Infermieristico per la qualità", che ha permesso di creare un gruppo maggiormente esperto; b) definire futuri progetti formativi sia per il personale del team che per il resto del personale, identificando quelle aree che risultano ancora carenti, in particolare nell'ambito della funzione del Risk Management che è di relativamente nuova costituzione all'interno dell'Azienda; c) identificare le caratteristiche "standard" dell'infermiere di qualità sulla base dei criteri JCI che potranno in futuro guidare la scelta del personale da dedicare ad attività di miglioramento.

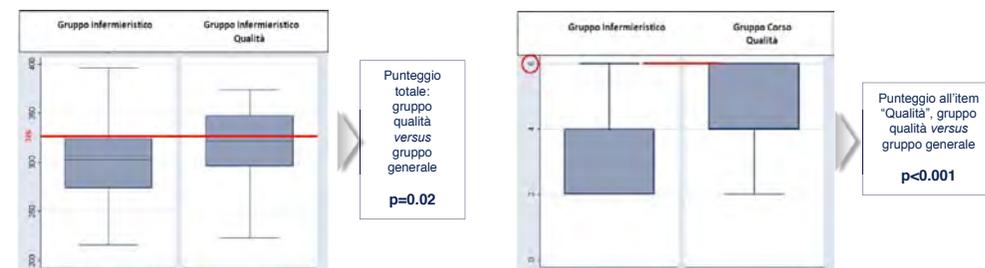
Strategie formative ed organizzative per lo sviluppo di competenze avanzate nell'ambito della gestione dei processi di qualità.

De Benedictis A.*; Bartolozzi F.**; Ghinelli R.*; Gualandi R.*; Iori T.*; Proietti Panatta C.*; Tartaglioni D.*; *Direzione Infermieristica, **Responsabile Risk Management, Direzione Sanitaria - Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

Progetto per la preparazione del personale infermieristico del Policlinico Campus Bio-Medico di Roma al percorso di accreditamento Joint Commission International (JCI). A seguito di un primo corso di formazione è stato condotto uno studio per valutare: competenze tecniche, competenze non tecniche e i bisogni formativi legati alla qualità e al risk-management di tutto il personale infermieristico e di un "team infermieristico dedicato alla qualità" rispetto agli standard attesi, realizzati sulla base dei criteri JCI.



RISULTATI

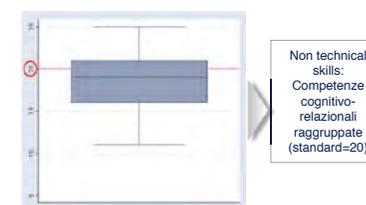


Punteggio all'item 8d: Capacità di utilizzare database di letteratura scientifica (es: Pub-Med, Chinah), tra gli infermieri che hanno seguito il Corso sulla qualità e il resto del gruppo $p=0.03$

	Gruppo Qualità n.%	Gruppo Generale n.%
Ho molta necessità di formazione	5 (14,7%)	29 (21%)
Ho alcune lacune formative	15 (44,1%)	82 (59,4%)
Non necessario di formazione	14 (41,2%)	27 (19,5%)
Totale	34	138

Punteggio all'item 8b: Capacità di "analisi critica della letteratura", tra gli infermieri che hanno seguito il Corso sulla qualità e il resto del gruppo $p=0.04$

	Gruppo Qualità n.%	Gruppo Generale n.%
Ho molta necessità di formazione - 1	8 (23,5%)	31 (21,7%)
Ho alcune lacune formative - 2	16 (47,1%)	94 (65,7%)
Non necessario di formazione - 3	10 (29,4%)	18 (12,6%)
Totale	34	143



CONCLUSIONI

- a) La formazione riservata al personale del Gruppo Qualità si è rivelata efficace e in grado di creare un team maggiormente esperto;
- b) L'identificazione di aree di competenza ancora carenti, su cui investire per la formazione futura;
- c) Definire dei parametri standard per l'infermiere «di qualità» sulla base dei criteri JCI



POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO
www.policlinicocampusbiomedico.it

VIAGGIO VERSO L'APPLICAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA E ASSISTENZIALE

Antonino Di Benedetto¹, Giuseppina Maiorana², Flavia Faraoni³, Anna Rita Mattaliano⁴

¹ Direttore Medico di Presidio, ² Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio, ³ Dietista,

⁴ Direttore Sanitario ASP Palermo

Introduzione. Con questo lavoro abbiamo cercato di comprendere e risolvere le criticità che impedivano l'applicazione presso il nostro Presidio Ospedaliero "G.F. Ingrassia" di Palermo (ASP 6) delle Linee di Indirizzo Nazionali per la Ristorazione Ospedaliera e Assistenziale emanate dal Ministero della Salute. Il nostro intento era, al di là della applicazione delle linee guida ministeriali, quello di creare un modello virtuoso che potesse eventualmente essere seguito da altre realtà, che spesso, sul nostro territorio, incontrano la medesima problematica.

Stato dell'Arte. A gennaio 2012 i dati a nostra disposizione sull'argomento provenivano dalle seguenti fonti: Indagine conoscitiva sul servizio di ristorazione nelle strutture ospedaliere (conferenza Stato-Regioni Intesa del 16/12/2010). Questionario elaborato dall'URP sulla qualità percepita. Indagini condotte direttamente dalla Direzione Sanitaria di Presidio

Le criticità che si evidenziavano erano le seguenti: Carta dei Servizi non disponibile; Servizio di Dietetica e Nutrizione in ospedale non disponibile; Strumentazione necessaria per la valutazione nutrizionale dei degenti non disponibile; Qualità del vitto considerata scadente dai pazienti ricoverati (per qualità e possibilità di scelta); Orario di arrivo del vitto in ospedale non conforme al capitolato (la cena sovente arrivava alle ore 16,00); Procedura per ordinare il pranzo e la cena non adeguata a facilitare la scelta da parte dei degenti; Sovrapposizione delle attività assistenziali con la visita dei parenti e la distribuzione del vitto che creavano un ambiente poco sereno e confusionario.

Piano di lavoro. Valutate le criticità, sopra elencate, venne stilato un piano di lavoro che prevedeva la messa in atto di interventi correttivi.

Al fine di tali interventi, un audit di controllo avrebbe permesso di valutare ogni intervento posto in essere e il raggiungimento dei rispettivi indicatori, che erano stati fissati per ogni obiettivo da raggiungere.

Interventi correttivi ed indicatori.

- Predisposizione di una carta dei servizi da esporre in ogni stanza insieme al menu settimanale (Indicatore > carta dei servizi e menu esposti in tutte le stanze entro 3 mesi dall'inizio del progetto)
- Dotazione dei reparti di bilance, stadimetri e schede per la valutazione nutrizionale dei pazienti (Indicatore > Inizio dello screening nutrizionale entro tre mesi dalla dotazione dei reparti degli strumenti necessari)
- Slittamento dell'orario di ingresso dei visitatori alle ore 14.00 così che i pazienti possano consumare il pranzo prima dell'arrivo di visitatori dall'esterno (Indicatore > spostamento dell'orario di ingresso al reparto da parte di ogni direttore di unità operativa entro un mese dall'inizio del progetto)
- Richiesta alla ditta di ristorazione del rispetto del capitolato per ciò che concerne gli orari di distribuzione del vitto (Indicatore > rispetto degli orari di distribuzione del vitto entro una settimana dall'inizio del progetto)
- Modifica del sistema di prenotazione dei pasti, in modo da rendere più agevole la scelta fra tutte le possibilità previste dal menu del giorno (Indicatore > adeguamento del sistema di prenotazione entro una settimana dall'inizio del progetto)
- Proposta di periodici controlli congiunti ditta-personale del presidio al fine di individuare le criticità e risolverle in un clima di collaborazione (Indicatore > almeno tre controlli congiunti entro l'anno)
- Richiesta razionalizzazione delle attività di cura ai direttori delle unità operative con inizio alle ore 07,30 permettendo così che tutte le attività infermieristiche successive alla visita dei pazienti possano concludersi prima dell'arrivo del vitto (Indicatore > adeguamento del sistema entro un mese dall'inizio del progetto).

Viaggio

verso l'applicazione delle linee di indirizzo nazionali per la ristorazione ospedaliera e assistenziale

Autori: Dr.ssa Anna Rita Mattaliano, Dr. Antonino Di Benedetto, Dr.ssa Giuseppina Maiorana, Dietista Flavia Faraoni

Introduzione

Con questo lavoro abbiamo cercato di comprendere e risolvere le criticità che impedivano l'applicazione presso il nostro Presidio Ospedaliero "G.F. Ingrassia" (ASP 6) delle Linee di Indirizzo Nazionali per la Ristorazione Ospedaliera e Assistenziale emanate dal Ministero della Salute. Il nostro intento era, al di là della applicazione delle linee guida ministeriali, quello di creare un modello virtuoso che potesse eventualmente essere seguito da altre realtà, che spesso, sul nostro territorio, incontrano la medesima problematica.

Stato dell'Arte

A gennaio 2012 i dati a nostra disposizione sull'argomento provenivano dalle seguenti fonti:
Indagine conoscitiva sul servizio di ristorazione nelle strutture ospedaliere (conferenza Stato-Regioni Intesa del 16/12/2010)
Questionario elaborato dall'URP sulla qualità percepita
Indagini condotte direttamente dalla Direzione Sanitaria di Presidio
Le criticità che si evidenziavano erano le seguenti:
Manca della Carta dei Servizi
Manca di un Servizio di Dietetica e Nutrizione in ospedale
Manca della strumentazione necessaria per la valutazione nutrizionale dei degenti
Qualità del vitto considerata scadente dai pazienti ricoverati (per qualità e possibilità di scelta)
Orario di arrivo del vitto in ospedale non conforme al capitolato (la cena sovente arrivava alle ore 16,00)
Sistema per ordinare il pranzo e la cena non adeguato a facilitare la scelta da parte dei degenti
Accavallamento delle attività assistenziali con la visita dei parenti e la distribuzione del vitto che creavano un ambiente poco sereno e confusionario.

Piano di lavoro

Valutate le criticità, sopra elencate, venne stilato un piano di lavoro che prevedeva la messa in atto di interventi correttivi. Al fine di tali interventi, un audit di controllo avrebbe permesso di valutare ogni intervento posto in essere e il raggiungimento dei rispettivi indicatori, che erano stati fissati per ogni obiettivo da raggiungere.

Creazione di una carta dei servizi da appendere in ogni stanza insieme al menu settimanale
(Indicatore > carta dei servizi e menu esposti in tutte le stanze entro 3 mesi dall'inizio del progetto)

Dotazione dei reparti di bilance, stadimetri e schede per la valutazione nutrizionale dei pazienti
(Indicatore > Inizio dello screening nutrizionale entro tre mesi dalla dotazione dei reparti degli strumenti necessari)

Slittamento dell'orario di ingresso dei visitatori alle ore 14.00 così che i pazienti possano dedicarsi al pranzo prima che arrivassero i visitatori dall'esterno
(Indicatore > spostamento dell'orario di ingresso al reparto da parte di ogni direttore di unità operativa entro un mese dall'inizio del progetto)

Richiesta alla ditta di ristorazione del rispetto del capitolato per ciò che concerne gli orari di distribuzione del vitto
(Indicatore > rispetto degli orari di distribuzione del vitto entro una settimana dall'inizio del progetto)

Modifica del sistema di prenotazione dei pasti, in modo da rendere più agevole la scelta fra tutte le possibilità previste dal menu del giorno
(Indicatore > adeguamento del sistema di prenotazione entro una settimana dall'inizio del progetto)

Proposta di periodici controlli congiunti ditta-personale del presidio al fine di individuare le criticità e risolverle in un clima di collaborazione
(Indicatore > almeno tre controlli congiunti entro l'anno)

Richiesta ai direttori delle unità operative di razionalizzare le attività di cura, in modo che inizino presto al mattino permettendo così che tutte le attività infermieristiche successive alla visita dei pazienti possano concludersi prima che arrivi il vitto
(Indicatore > adeguamento del sistema entro un mese dall'inizio del progetto)

Audit

L'audit ha messo in evidenza criticità non previste e difficoltà nell'applicare le manovre correttive indicate. Più esattamente: il personale infermieristico mostrava resistenza nell'adottare la scheda di valutazione dello stato nutrizionale. I direttori delle Unità Operative mostravano resistenza al cambiamento dell'organizzazione delle attività interne ai reparti. Il risultato di questo audit è, a nostro parere, di grande rilievo in quanto mette in evidenza che la resistenza al cambiamento è da attribuire esclusivamente al personale sanitario che diverrà il protagonista degli interventi successivi.

Ulteriori azioni correttive ed indicatori

Organizzazione di corsi di formazione per il personale medico, infermieristico e operatori sanitari tenuti dai direttori delle unità operative che hanno lo scopo di informare e rendere tutto il personale sanitario maggiormente consapevole del valore della nutrizione come cura.
(Indicatore > organizzazione dei corsi entro tre mesi dalla fine del primo audit)
Attivazione di un portale informatico che metta in rete tutti gli ospedali cittadini e che si occupi specificamente di nutrizione ospedaliera ed assistenziale che abbia lo scopo di tenere alta l'attenzione su questo argomento, rendendo disponibili informazioni, dati di letteratura, proposte, dibattiti.
(Indicatore > creazione del sito internet entro un anno dalla fine del primo audit)

Secondo audit

Il secondo audit è previsto dopo un anno dal primo...

Bibliografia

Linee di Indirizzo Ministeriale per la Ristorazione Ospedaliera Assistenziale - Ministero della Salute
Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana - INRAN 2003
Proposte Operative per la Ristorazione Ospedaliera - Assessorato alla Tutela della salute e Sanità - Regione Piemonte - 2007
La gestione dei residui e dei rifiuti nella ristorazione ospedaliera: strumento per la valutazione dell'adeguatezza e dell'organizzazione del servizio di ristorazione ospedaliera- Pezzana, Vassallo, Amerio - Adi Magazine 3, 2010, 14.
Valutazione dello stato nutrizionale - Di Francesco, Bissoli - Atti Vicenza 26-27 maggio - 2011
La malnutrizione Ospedaliera in Italia - Lucchin L. - Mattioli Editore - 2009
Food and nutritional care in hospital: how to prevent the undernutrition - report and guidelines from the Council of Europe - A.M. Bekun P. Furst K. Hasunen L. Jones U. Keller J.-C. Melchior B.E. Mikkelsen P. Schauder L. Sivonen O. Zinck H. Olsen L. Ovesen - Clinical Nutrition vol 29 - 2010
Nutritional risk screening: a new method based on an analysis of controlled clinical trials - J. Kondrup H. H. Rasmussen O. Hamberg Z. Stanga - Clinical Nutrition vol 22 - 2003

Audit. L'audit ha messo in evidenza criticità non previste e difficoltà nell'applicare le manovre correttive indicate. Più esattamente:

- il personale infermieristico mostrava resistenza nell'adottare la scheda di valutazione dello stato nutrizionale;
- i direttori delle Diverse Unità Operative mostravano resistenza al cambiamento dell'organizzazione delle attività interne ai reparti;
- il risultato di questo audit è, a nostro parere, di grande rilievo in quanto mette in evidenza che la resistenza al cambiamento è da attribuire esclusivamente al personale sanitario che diverrà il protagonista degli interventi successivi.

Ulteriori azioni correttive ed indicatori.

- Organizzazione di corsi di formazione per il personale medico, infermieristico e operatori sanitari tenuti dai direttori delle unità operative che hanno lo scopo di informare e rendere tutto il personale sanitario maggiormente consapevole del valore della nutrizione come cura (Indicatore > organizzazione dei corsi entro tre mesi dalla fine del primo audit).
- Attivazione di un portale informatico che metta in rete tutti gli ospedali cittadini e che si occupi specificatamente di nutrizione ospedaliera ed assistenziale che abbia lo scopo di tenere alta l'attenzione su questo argomento, rendendo disponibili informazioni, dati di letteratura, proposte, dibattiti (Indicatore > creazione del sito internet entro un anno dalla fine del primo audit).

Secondo audit. Il secondo audit è previsto dopo un anno dal primo...

Bibliografia.

Linee di Indirizzo Ministeriale per la Ristorazione Ospedaliera Assistenziale – Ministero della Salute
Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana - INRAN 2003
Proposte Operative per la Ristorazione Ospedaliera – Assessorato alla Tutela della salute e Sanità – Regione Piemonte – 2007
La gestione dei residui e dei rifiuti nella ristorazione ospedaliera: strumento per la valutazione dell'adeguatezza e dell'organizzazione del servizio di ristorazione ospedaliera- Pezzana, Vassallo, Amerio – Adi Magazine 3, 2010, 14.
Valutazione dello stato nutrizionale – Di Francesco, Bissoli – Atti Vicenza 26-27 maggio - 2011
La malnutrizione Ospedaliera in Italia – Lucchin L – Mattioli Editore – 2009
Food and nutritional care in hospital: how to prevent the undernutrition – report and guidelines from the Council of Europe - A.M. Bekun P. Furst K. Hasunen L. Jones U. Keller J-C Melchior B.E. Mikkelsen P. Schauder L.
Sivonen O. Zinck H. Øien L. Ovesen – Clinical Nutrition vol 20 - 2001
Nutritional risk screening: a new method based on an analysis of controlled clinical trials – J. Kondrup H. H. Rasmussen O. Hamberg Z. Stanga – Clinical Nutrition vol 22 - 2003

CORSO DI FORMAZIONE ECM PER OSPEDALE “CRISTO RE” DI ROMA ANNO 2012

Di Donato M*, Basile A*, Nonis M*, Nasi G*

**Direzione Sanitaria Ospedale “Cristo Re” Roma*

Introduzione. Oggi risulta più che consolidata tra le strategie di miglioramento della qualità dell'assistenza, la formazione continua del personale. A tal fine la Direzione strategica aziendale dell'Ospedale Cristo Re ha promosso e organizzato il piano formativo annuale del 2012.

Contenuti. Il programma è stato inserito nel sistema di formazione ECM associato ai progetti aziendali per il miglioramento della qualità e di gestione del rischio dell'Ospedale “Cristo Re” di Roma anno 2012. Il corso prevede 4 argomenti principali destinati ad infermieri professionali:

- comunicazione sanitaria;
- congruità dell'assistenza;
- cartella integrata;
- Mission e Vision.

Si articola in 50 ore complessive, ad un massimo di 25 partecipanti e si conclude con un test di valutazione a risposte multiple; per la sessione dedicata alla mission aziendale non è stato chiesto l'accreditamento ECM.

È prevista una parte introduttiva sulla comunicazione in generale, con un focus specifico su quella sanitaria, sul rapporto tra operatore sanitario e paziente, con particolare riferimento alla figura dell'infermiere professionale.

Vengono promossi sistemi di comunicazione in ambito sanitario, esaminati casi e situazioni particolari dove la comunicazione è elemento fondamentale anche per un'adeguata assistenza, come ad esempio nei servizi di emergenza dove il rapporto con il paziente e i familiari espone a maggiori criticità.

Sono, inoltre, esaminati gli elementi fondamentali dell'etica e della deontologia, gli stessi principi etici e deontologici applicati alle pratiche assistenziali.

L'evento formativo comprende una sessione sulla qualità dell'assistenza, la congruità e l'appropriatezza clinico-organizzativa di diagnosi e cura.

È illustrata la cartella clinica, strumento essenziale per gestire e documentare un processo assistenziale complesso quale quello relativo ad un ricovero ospedaliero; viene esaminato lo studio della cartella clinica integrata come strumento per la verifica della qualità delle prestazioni, intesa essenzialmente come appropriatezza definita in base a linee guida e standard di comportamento, a garanzia di uniformità degli interventi, verifica degli esiti e programmazione di miglioramento.

Sono affrontati gli aspetti giuridici e normativi degli argomenti trattati con particolare riferimento alla responsabilità professionale, agli elementi medico legali e a quelli di carattere amministrativo, svolgendo anche l'evoluzione giurisprudenziale attraverso l'analisi delle relative sentenze più significative.

È analizzato e spiegato il sistema a DRG, quale classificazione di tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (isorisorse) nonché analisi economica dell'assorbimento di risorse per remunerare ciascun episodio di ricovero e per controllare la spesa sanitaria come finalità del sistema stesso. Si illustrano e si promuovono lo studio dei LEA, l'appropriatezza e la congruità dei ricoveri alla luce della attuali normative sanitarie, i sistemi di controllo sui ricoveri: APPRO, PRUCO; RAD esito – PreVale.

Infine, vengono affrontati: la mission aziendale, la visione dinamica del divenire in azienda, i valori comuni e condivisi per il raggiungimento della stesse.

Conclusioni. Il piano formativo sottolinea l'importanza dell'integrazione delle diverse competenze professionali che partecipano al processo di cura, indispensabile in un percorso che vede coinvolti tutti i diversi professionisti sanitari in un sistema di qualità.

PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA AI DANNI DEGLI OPERATORI SANITARI IN ASL TO5 (PIEMONTE)

Di Legami V¹, Mocellini A², Sala C³, Lacchio T⁴, Tosco E⁴, Centofanti B¹, Barberis F³, Barcucci P⁵, Baruchello M⁵, Campisi P⁶, Cifaldi MG², Cordero N⁷, Giobergia C¹, Lasagna R⁸, Marengo C⁷, Morabito D¹, Navone P⁶, Presutti M³, Rinaldi M¹, Scalici A⁶, Setti L¹, Surace C⁶, Vespucci MC⁶, Panarisi P⁹, Aimone M¹⁰

¹Direzione di P.O., ²S.S. Medico Competente, ³S.C. Servizio Prevenzione e Protezione, ⁴S.S. Servizio Infermieristico, ⁵Dipartimento Patologie delle Dipendenze, ⁶Dipartimento Salute Mentale, ⁷Dipartimento Urgenza Emergenza, ⁸S.C. Medicina Legale, ⁹Direttore dei PP.OO., ¹⁰Direttore Sanitario d'Azienda

Parole chiave: violenza, operatori sanitari, prevenzione.

Introduzione. Il Ministero della Salute con la Raccomandazione n. 8 del novembre 2007 (Prevenzione degli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari) definisce che "gli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione". Fornisce inoltre indicazioni per l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati, per l'adozione di iniziative e programmi volti a prevenire tali episodi e/o attenuarne le conseguenze negative. In ASL TO5 nel 2011 è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per indagare il fenomeno ed individuare strategie utili per il contenimento.

Contenuti. Mediante questionario autosomministrato rivolto ai Direttori di S.C. e S.S., basato sulle indicazioni della Racc. Min. e sulle Linee Guida OSHA 2004, è stata condotta un'indagine finalizzata ad individuare le situazioni lavorative a rischio, identificare la tipologia degli episodi di violenza, rilevare la presenza di eventuali fattori strutturali favorevoli e raccogliere le proposte per la gestione in sicurezza del fenomeno. È stata inoltre effettuata un'analisi degli infortuni, mirata agli episodi di violenza. Sulla base dei risultati dell'indagine e dell'analisi, sono stati pianificati interventi strutturali ed organizzativi. Il SPP ha rivalutato le Strutture per rischio di violenza ed effettuato sopralluoghi in quelle definite ad alto rischio, per identificare gli interventi idonei alla messa in sicurezza degli ambienti. Il gruppo di lavoro, quale strumento per il cambiamento organizzativo da affiancare alla formazione del personale, ha elaborato una procedura per la prevenzione e la gestione degli atti di violenza ai danni del personale ed, in particolare, istruzioni operative per: identificare precocemente le situazioni e/o i comportamenti a rischio di violenza; definire il comportamento professionale idoneo per la gestione delle situazioni a rischio; gestire l'episodio di violenza e le sue conseguenze; definire le modalità di allarme e di comportamento in caso di urgenza; gestire particolari situazioni nei contesti a maggior rischio (DEA, DSM, SerT); individuare le caratteristiche delle attrezzature idonee per la gestione dei soggetti a rischio.

Conclusioni. Tra i punti di forza dell'esperienza si segnala il confronto multidisciplinare/multiprofessionale con approccio bottom-up e la comunicazione fra strutture direzionali, tecniche e cliniche. L'applicazione della nuova procedura di segnalazione degli episodi di violenza permetterà di monitorare il fenomeno nel tempo, nell'ottica del miglioramento continuo, come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale.

A.S.L. TO5

Prevenzione e gestione degli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari in ASL TO5 (Piemonte)

Di Legami V¹, Mocellini A², Sala C³, Lacchio T⁴, Tosco E⁴, Centofanti B¹, Barberis F³, Barcucci P⁵, Baruchello M⁵, Campisi P⁶, Cifaldi MG², Cordero N⁷, Giobergia C¹, Lasagna R⁸, Marengo C⁷, Morabito D¹, Navone P⁶, Presutti M³, Rinaldi M¹, Scalici A⁶, Setti L¹, Surace C⁶, Vespucci MC⁶, Panarisi P⁹, Aimone M¹⁰

¹Direzione di P.O., ²S.S. Medico Competente, ³S.C. Servizio Prevenzione e Protezione, ⁴S.S. Servizio Infermieristico, ⁵Dipartimento Patologie delle Dipendenze, ⁶Dipartimento Salute Mentale, ⁷Dipartimento Urgenza Emergenza, ⁸S.C. Medicina Legale, ⁹Direttore dei PP.OO., ¹⁰Direttore Sanitario d'Azienda

Il gruppo di lavoro

In ASL TO5 nel 2011 la Direzione Sanitaria d'Azienda ha costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per indagare il fenomeno ed individuare strategie utili per il contenimento, composto da rappresentanti di: S.S. Medico Competente, S.C. Servizio Prevenzione e Protezione, S.S. Servizio Infermieristico, Dipartimento Patologie delle Dipendenze, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Urgenza Emergenza, S.C. Medicina Legale, Direzione di Presidio Ospedaliero.

Indagini preliminari

1. Questionario on-line autosomministrato rivolto ai Direttori di S.C. e S.S., da compilare con il personale: Obiettivo: analisi del fenomeno negli ultimi 2 anni, per individuare la tipologia degli episodi di violenza, la presenza di eventuali fattori favorevoli e di ambiti di azione per il contenimento del fenomeno (rif. Linee Guida OSHA 2004). Risultato: sono state identificate le strutture ed i processi a maggior rischio ed individuate proposte per la prevenzione, riduzione, eliminazione del fenomeno.

2. Analisi retrospettiva degli infortuni, mirata agli episodi di violenza.

Sopralluoghi

Il SPP ha rivalutato le Strutture per rischio di violenza ed effettuato sopralluoghi in quelle definite ad alto rischio, identificando gli interventi idonei alla messa in sicurezza degli ambienti.

La procedura contiene istruzioni per:

1. identificare situazioni /comportamenti a rischio;
2. definire il comportamento professionale idoneo;
3. gestire l'episodio di violenza e le sue conseguenze;
4. definire le modalità di allarme / il comportamento in caso di urgenza;
5. individuare le attrezzature idonee per la gestione dei soggetti a rischio.

Tra i punti di forza dell'esperienza si segnala il confronto multidisciplinare/multiprofessionale con approccio bottom-up. L'applicazione della procedura di segnalazione degli episodi di violenza permetterà di monitorare il fenomeno nel tempo, nell'ottica del miglioramento continuo, come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale.

TORINO 2-4 MAGGIO 2012

FRAMMENTAZIONE E INTEGRAZIONE VALORI ED ETICA IN SANITÀ

78° ANNO

CENTRALIZZAZIONE E DECENTRAMENTO: DUE CONCETTI APPARENTEMENTE ANTITETICI NEL CAMPO DELLA CHEMIOTERAPIA

° Di Vito G., *Grossi I., °°Emanuelli F., **Bedogni C.

° Responsabile S.S. Analisi Attività produttive territoriali ASL 3 Genovese; *Direttore Sanitario ASL 3 Genovese; °°Responsabile S.S. Analisi Attività produttive ospedaliere ASL 3 Genovese; ** Direttore Generale ASL 3 Genovese

Parole chiave: centralizzazione, accessibilità.

Premessa. Presso la ASL3 Genovese, una delle Aziende sanitarie più grandi del paese, con un bacino di utenza di oltre 1000 Km², una popolazione di oltre 700.000 abitanti e oltre seimila dipendenti, nell'ambito del Presidio Ospedaliero Unico sono presenti tre sedi di preparazione e di somministrazione di farmaci antiblastici. L'obiettivo aziendale è pervenire ad un'unica sede di preparazione attraverso la realizzazione di una Unità di manipolazione chemioterapici antiblastici (UMaCA), in ottemperanza alla normativa vigente, senza rinunciare al valore aggiunto per i pazienti di poter effettuare la terapia il più possibile in prossimità del proprio domicilio.

Contenuti. A gennaio 2012 è stato istituito un gruppo di lavoro coordinato dal Direttore Sanitario composto da Oncologi, Igienisti, Farmacisti. Gli step individuati nel progetto sono stati:

- scelta della sede dell'UMaCA: dettata sia da motivi logistici che di "capacità produttiva";
- l'acquisizione di un software dedicato che permettesse l'inserimento dei protocolli e la relativa validazione congiunta medico-farmacista;
- stesura di procedure per il trasporto di farmaci presso le sedi di sola somministrazione;
- individuazione dei farmaci non trasportabili (altamente instabili) e individuazione delle procedure di gestione di questi trattamenti.

Conclusioni. La centralizzazione della preparazione dei farmaci antiblastici in un territorio così ampio come quello della ASL 3 Genovese, rischiava di determinare una riduzione dell'accessibilità per i pazienti, che avrebbero visto concentrarsi in un'unica sede metropolitana, sia pure abbastanza baricentrica, la somministrazione delle terapie. La scelta aziendale è stata quella di mantenere inalterata la mappatura delle sedi di somministrazione senza rinunciare peraltro ai vantaggi determinati dalla centralizzazione delle preparazioni, quali:

- riduzione del personale esposto a rischio e quindi anche da sottoporre a sorveglianza;
- sanitaria specifica;
- maggiore sicurezza dell'ambiente;
- implementazione del recupero e del reimpiego dei residui, anche attraverso l'introduzione;
- del "Drug Day" con conseguenti economie di scala sul processo di produzione;
- maggiore qualificazione degli operatori addetti;
- abbattimento del rischio di errori di terapia;
- miglioramento della appropriatezza prescrittiva.

Particolare attenzione verrà data alla formazione di tutti gli operatori coinvolti nel percorso.



CENTRALIZZAZIONE E DECENTRAMENTO: DUE CONCETTI APPARENTEMENTE ANTITETICI NEL CAMPO DELLA CHEMIOTERAPIA

° Di Vito G., *Grossi I., °°Emanuelli F., **Bedogni C.

° Responsabile S.S. Analisi Attività produttive territoriali ASL 3 Genovese - *Direttore Sanitario ASL 3 Genovese
°°Responsabile S.S. Analisi Attività produttive ospedaliere ASL 3 Genovese - ** Direttore Generale ASL 3 Genovese

PREMESSA

Presso la ASL3 Genovese, una delle Aziende sanitarie più grandi del paese, con un bacino di utenza di oltre 1000 Km², una popolazione di oltre 700.000 abitanti e oltre seimila dipendenti, nell'ambito del Presidio Ospedaliero Unico sono presenti tre sedi di preparazione e di somministrazione di farmaci antiblastici. L'obiettivo aziendale è pervenire ad un'unica sede di preparazione attraverso la realizzazione di una Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici (UMaCA), in ottemperanza alla normativa vigente, senza rinunciare al valore aggiunto per i pazienti di poter effettuare la terapia il più possibile in prossimità del proprio domicilio.

CONTENUTI

A gennaio 2012 è stato istituito un gruppo di lavoro coordinato dal Direttore Sanitario composto da Oncologi, Igienisti, Farmacisti. Gli step individuati nel progetto sono stati:

- Scelta della sede dell'UMaCA: dettata sia da motivi logistici che di "capacità produttiva"
- L'acquisizione di un software dedicato che permettesse l'inserimento dei protocolli e la relativa validazione congiunta medico-farmacista.
- Stesura di procedure per il trasporto di farmaci presso le sedi di sola somministrazione.
- Individuazione dei farmaci non trasportabili (altamente instabili) e individuazione delle procedure di gestione di questi trattamenti.

CONCLUSIONI

La centralizzazione della preparazione dei farmaci antiblastici in un territorio così ampio come quello della ASL 3 Genovese, rischiava di determinare una riduzione dell'accessibilità per i pazienti, che avrebbero visto concentrarsi in un'unica sede metropolitana, sia pure abbastanza baricentrica, la somministrazione delle terapie. La scelta aziendale è stata quella di mantenere inalterata la mappatura delle sedi di somministrazione senza rinunciare peraltro ai vantaggi determinati dalla centralizzazione delle preparazioni, quali:

- riduzione del personale esposto a rischio e quindi anche da sottoporre a sorveglianza sanitaria specifica
- maggiore sicurezza dell'ambiente
- implementazione del recupero e del reimpiego dei residui, anche attraverso l'introduzione del "Drug Day" con conseguenti economie di scala sul processo di produzione.
- maggiore qualificazione degli operatori addetti.
- abbattimento del rischio di errori di terapia
- miglioramento della appropriatezza prescrittiva

Particolare attenzione verrà data alla formazione di tutti gli operatori coinvolti nel percorso.

LA GOVERNANCE DELL'OSPEDALE PER IL MIGLIORAMENTO DEGLI ESITI: CLINICAL PATHWAYS DELLA FRATTURA FEMORE



G. Drago°, R. Campagna°, P. Granata, C. Barbarossa*, A. Midolo*, G. Patriarca***
 °Coordinatore Sanitario ASP 7 RG 1; °°Servizio Farmacia P.O. "Guzzardi" Vittoria;
 **Direttore Sanitario Aziendale ASP 7 RG; * Servizio Infermieristico P.O. "Guzzardi" Vittoria

La governance dell'ospedale per il miglioramento degli esiti: clinical pathways della frattura femore.

AUTORI: G. Drago°, R. Campagna°, P. Granata, C. Barbarossa*, A. Midolo*, G. Patriarca*,**
 °Coordinatore Sanitario ASP 7 RG 1 - °°Servizio Farmacia P.O. "Guzzardi" Vittoria
 **Direttore Sanitario Aziendale ASP 7 RG - *Servizio Infermieristico P.O. "Guzzardi" Vittoria

Parole chiave: fracture hip, osteoporosis, clinical pathway fracture hip.

Contenuti. La frattura di femore nella popolazione anziana è causa non trascurabile di mortalità e di disabilità. I dati epidemiologici disponibili suggeriscono che nei Paesi occidentali la mortalità annua delle fratture femorali è superiore a quella di molte altre patologie ad alto tasso di mortalità. Si stima che i cambiamenti demografici dei prossimi anni comporteranno un aumento del numero di fratture del femore nel mondo dai 1,66 milioni del 1990 ai 6,26 milioni del 2050.

Materiali e Metodi. È stato creato nel P.O. "Guzzardi" di Vittoria nell'anno 2011 un "Clinical Pathways della frattura di femore nel paziente ultra65enne", allo scopo di ridurre i tempi di intervento entro le 48 ore dall'accesso al PS. Lo studio si basa sull'analisi dei flussi informativi delle "Schede di Dimissione Ospedaliera" (SDO) dell'Ufficio Codifica del P.O. di Vittoria RG, relative all'anno 2011 ed al primo trimestre 2012. Sono stati identificati i seguenti codici ICD-9CM per diagnosi principale: 820.0 e 820.1 per le fratture cervicali, 820.2 e 820.3 per le fratture intertrocanteriche, 820.8, 820.9 e 821.1 per le fratture femorali in altri siti. I dati sono stati stratificati per gruppo di età (65-100 anni) e per trimestre, al fine di calcolare la frequenza dei pazienti operati entro 48 ore sul totale degli eventi. Sono stati inclusi nello studio 146 pazienti con un'età > 65 aa con accesso da Pronto Soccorso nel periodo 01/01/2011 al 31/03/2012. I pazienti inclusi nello studio sono stati sottoposti tutti a trattamento chirurgico. Si è proceduto all'analisi statistica attraverso la valutazione della media, mediana, moda e deviazione standard per ogni trimestre, dei giorni di attesa all'intervento e dei giorni totali di degenza. Per l'analisi statistica descrittiva sono stati utilizzati i software Excel ed Epi Info.

Risultati. Nell'analisi dei 4 trimestri dell'anno 2011 e del primo trimestre 2012, si è assistito ad un sensibile abbassamento del tempo medio di attesa all'intervento, partendo dai 5 gg di media del primo trimestre 2011, si è passati ad una media di 3,4 giorni di attesa del primo trimestre 2012. Tale fenomeno ha inciso parallelamente, all'abbassamento delle giornate di degenza (1 trimestre 2011 media 11,24 - 1 trimestre 2012 media 8,72), determinando una riduzione totale dei costi e migliorando la qualità di vita dei pazienti. Il benchmark di riferimento della regione Sicilia prevede l'esecuzione dell'intervento per frattura di femore entro 48 ore in almeno il 50% dei casi sul totale dei pazienti over 64 residenti nella provincia, si è manifestato un sensibile aumento del trend trimestrale dei pazienti che raggiungono il target, con una percentuale del 45%, evidenziato da una miglioramento tra il primo trimestre 2011 ed il primo trimestre 2012 (+21,25%).

Conclusioni. L'appropriatezza e la tempestività degli interventi, coerentemente alle evidenze internazionali presenti in letteratura, concordano nell'attribuire alla riduzione dei tempi di attesa, un netto miglioramento del rischio di mortalità e disabilità permanente, oltre che una riduzione parallela del tasso di ospedalizzazione e dei costi impliciti a carico del SSR. L'implementazione di un percorso assistenziale, gli audit clinici dedicati alla valutazione degli esiti ed il successivo monitoraggio della Direzione Sanitaria producono un abbassamento dei tempi medi di attesa ed incide direttamente sul raggiungimento del target previsto dalle linee guida nazionali ed internazionali.

Key word: fracture hip, osteoporosis, clinical pathway fracture hip

Abstract

Background: La frattura di femore nella popolazione anziana è causa non trascurabile di mortalità e di disabilità. I dati epidemiologici disponibili suggeriscono che nei Paesi occidentali la mortalità annua delle fratture femorali è superiore a quella di molte altre patologie ad alto tasso di mortalità. Si stima che i cambiamenti demografici dei prossimi anni comporteranno un aumento del numero di fratture del femore nel mondo dai 1,66 milioni del 1990 ai 6,26 milioni del 2050.
Materiali e Metodi: È stato creato nel P.O. "Guzzardi" di Vittoria nell'anno 2011 un "Clinical Pathways della frattura di femore nel paziente ultra65enne", allo scopo di ridurre i tempi di intervento entro le 48 ore dall'accesso al PS. Lo studio si basa sull'analisi dei flussi informativi delle "Schede di Dimissione Ospedaliera" (SDO) dell'Ufficio Codifica del P.O. di Vittoria RG, relative all'anno 2011 ed al primo trimestre 2012.
Sono stati identificati i seguenti codici ICD-9CM per diagnosi principale: 820.0 e 820.1 per le fratture cervicali, 820.2 e 820.3 per le fratture intertrocanteriche, 820.8, 820.9 e 821.1 per le fratture femorali in altri siti. I dati sono stati stratificati per gruppo di età (65-100 anni) e per trimestre, al fine di calcolare la frequenza dei pazienti operati entro 48 ore sul totale degli eventi. Sono stati inclusi nello studio 146 pazienti con un'età > 65 aa con accesso da Pronto Soccorso nel periodo 01/01/2011 al 31/03/2012. I pazienti inclusi nello studio sono stati sottoposti tutti a trattamento chirurgico. Si è proceduto all'analisi statistica attraverso la valutazione della media, mediana, moda e deviazione standard per ogni trimestre, dei giorni di attesa all'intervento e dei giorni totali di degenza. Per l'analisi statistica descrittiva sono stati utilizzati i software Excel ed Epi Info.
Risultati: Nell'analisi dei 4 trimestri dell'anno 2011 e del primo trimestre 2012, si è assistito ad un sensibile abbassamento del tempo medio di attesa all'intervento, partendo dai 5 gg di media del primo trimestre 2011, si è passati ad una media di 3,4 giorni di attesa del primo trimestre 2012. Tale fenomeno ha inciso parallelamente, all'abbassamento delle giornate di degenza (1 trimestre 2011 media 11,24 - 1 trimestre 2012 media 8,72), determinando una riduzione totale dei costi e migliorando la qualità di vita dei pazienti. Il benchmark di riferimento della regione Sicilia prevede l'esecuzione dell'intervento per frattura di femore entro 48 ore in almeno il 50% dei casi sul totale dei pazienti over 64 residenti nella provincia, si è manifestato un sensibile aumento del trend trimestrale dei pazienti che raggiungono il target, con una percentuale del 45%, evidenziato da una miglioramento tra il primo trimestre 2011 ed il primo trimestre 2012 (+21,25%).
Conclusioni: L'appropriatezza e la tempestività degli interventi, coerentemente alle evidenze internazionali presenti in letteratura, concordano nell'attribuire alla riduzione dei tempi di attesa, un netto miglioramento del rischio di mortalità e disabilità permanente, oltre che una riduzione parallela del tasso di ospedalizzazione e dei costi impliciti a carico del SSR. L'implementazione di un percorso assistenziale, gli audit clinici dedicati alla valutazione degli esiti ed il successivo monitoraggio della Direzione Sanitaria producono un abbassamento dei tempi medi di attesa ed incide direttamente sul raggiungimento del target previsto dalle linee guida nazionali ed internazionali.



Obiettivo Generale:

Valutare precocemente e trattare chirurgicamente in un limite massimo di 48 ore le fratture di femore nei pazienti ultra65enni, al fine di arrivare al follow up finale in 7 giorni.

Obiettivi Specifici:

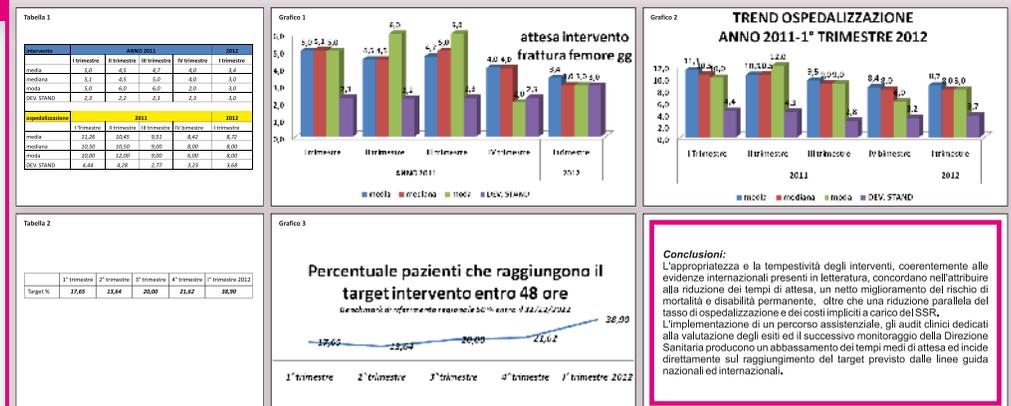
- Porre precocemente la diagnosi;
- Intervenire tempestivamente;
- Privilegiare l'aspetto funzionale della ripresa motoria e della deambulazione rispetto al risultato radiografico;
- Ridurre al minimo l'allettamento e l'immobilità;
- Reinserire precocemente l'anziano nel suo ambiente di vita;
- Valutare la variabilità di esito attraverso un confronto degli esiti pre-post l'introduzione del percorso assistenziale strutturato;
- Calcolare l'abbattimento dei costi sostenuti e i benefici connessi all'applicazione del percorso assistenziale virtuoso.

Materiali e Metodi:

È stato creato nel P.O. "Guzzardi" di Vittoria nell'anno 2011 un "Clinical Pathways della frattura di femore nel paziente ultra65enne", allo scopo di ridurre i tempi di intervento entro le 48 ore dall'accesso al PS. Lo studio si basa sull'analisi dei flussi informativi delle "Schede di Dimissione Ospedaliera" (SDO) dell'Ufficio Codifica del P.O. di Vittoria RG, relative all'anno 2011 ed al primo trimestre 2012. Sono stati identificati i seguenti codici ICD-9CM per diagnosi principale: 820.0 e 820.1 per le fratture cervicali, 820.2 e 820.3 per le fratture intertrocanteriche, 820.8, 820.9 e 821.1 per le fratture femorali in altri siti. I dati sono stati stratificati per gruppo di età (65-100 anni) e per trimestre, al fine di calcolare la frequenza dei pazienti operati entro 48 ore sul totale degli eventi. Sono stati inclusi nello studio 139 pazienti con un'età > 65 aa con accesso da Pronto Soccorso nel periodo 01/01/2011 al 31/03/2012. I pazienti inclusi nello studio sono stati sottoposti tutti a trattamento chirurgico. Si è proceduto all'analisi statistica attraverso la valutazione della media, mediana, moda e deviazione standard per ogni trimestre, dei giorni di attesa all'intervento e dei giorni totali di degenza. Per l'analisi statistica descrittiva sono stati utilizzati i software Excel ed Epi Info.

Risultati:

Nell'analisi dei 4 trimestri dell'anno 2011 e del primo trimestre 2012, si è assistito ad un sensibile abbassamento del tempo medio di attesa all'intervento, partendo dai 5 gg di media del primo trimestre 2011, si è passati ad una media di 3,4 giorni di attesa del primo trimestre 2012. Tale fenomeno ha inciso parallelamente, all'abbassamento delle giornate di degenza (1 trimestre 2011 media 11,24 - 1 trimestre 2012 media 8,72), causando una riduzione totale dei costi e migliorando la qualità di vita dei pazienti (Tabella 1). Per quanto riguarda l'indicatore previsto dagli Obiettivi Aziendali 2011-2012, che prevede l'intervento delle fratture femore entro 48 ore ad almeno il 50% dei casi sul totale dei pazienti over 64 residenti nella provincia, si è manifestato un sensibile aumento del trend trimestrale dei pazienti che raggiungono il target, evidenziato da una miglioramento tra il primo trimestre 2011 ed il primo trimestre 2012 dei pazienti che raggiungono il target del 21,25%.



EVOLUZIONE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI TRA ASL 3 GENOVESE E PRIVATO: DALLA COMMITTENZA ALL'INTEGRAZIONE

°Emanuelli F., *Grossi I., **De Lucis C., °° Di Vito G., ***Bedogni C.

°Responsabile S.S. Analisi Attività produttive ospedaliere ASL 3 Genovese; *Direttore Sanitario ASL 3 Genovese; ** Direttore S. C. Centro di Controllo direzionale ASL 3 Genovese; °° Responsabile S.S. Analisi Attività produttive territoriali ASL 3 Genovese; *** Direttore Generale ASL 3 Genovese

Parole chiave: accordi contrattuali, integrazione.

Introduzione. con la D.G.R. n.133/2007 la ASL 3 Genovese è stata individuata come capofila per la stipula dei contratti per l'acquisizione delle prestazioni di recupero e riabilitazione funzionale di tutte le AASSLL liguri.

Visto che la stima di DRG specifici per protesi articolari in regime di ricovero ordinario per i soli residenti della ASL 3 Genovese era superiore di circa quattro volte alle potenzialità di erogazione del competente polo riabilitativo della stessa e che congruo fabbisogno era stato espresso anche dalle restanti AASSLL liguri, la ASL 3 ritenne di stipulare accordo contrattuale con struttura riabilitativa accreditata per 67 pp.lli. per l'erogazione di prestazioni riabilitative. Nel corso degli anni, si è provveduto a promuovere un lavoro di ricerca clinica e organizzativa condivisa fra pubblico e privato per l'utilizzo di strumenti assistenziali omogenei e condivisi.

Contenuti. Le prestazioni di Recupero e Riabilitazione funzionale a cui si riferisce il contratto sono dirette al recupero di disabilità complesse, modificabili, che richiedono un impegno assistenziale articolato nell'arco delle 24 ore, l'intervento riabilitativo deve essere di almeno tre ore giornaliere, erogato dal medico specialista, dai fisioterapisti e dal personale infermieristico; tutte le attività assistenziali e riabilitative devono essere documentate all'interno della cartella clinica riabilitativa, parte integrante del Progetto Riabilitativo Individuale e ove non sussista la necessità clinica ed assistenziale continuativa, il trattamento può essere erogato in regime di DH. Il codice di riferimento dei 62 posti letto di degenza ordinaria e dei 5 posti letto di DH è 56 (recupero e riabilitazione funzionale). Il massimo di prestazioni acquisibili, le giornate di degenza e i criteri di abbattimento, rispetto alla tariffa unitaria, in caso di superamento del numero di giornate di degenza sono stabilite dalla Regione Liguria con la DGR citata. Le tariffe sono quelle stabilite dal tariffario regionale. La casistica trattata corrisponde a un case-mix che comprende quattro tipi di trattamenti riabilitativi (protesica elettiva, frattura di femore, esiti di stroke, altro) a cui corrispondono altrettante classi di predittività di degenza. La percentuale di trattamenti riabilitativi riguardante le patologie ortopediche non deve essere inferiore al 65% tenuta presente la necessità di un elevato turn-over per la protesica elettiva. I codici principali utilizzati per la codifica della SDO, cui corrisponde un tipo di trattamento riabilitativo e una classe di predittività di degenza, sono stati concordati e condivisi dai due erogatori, pubblico e privato.

Conclusioni. l'interesse per la promozione di modalità operative comuni ha condotto nell'ultimo accordo (Novembre 2011) alla stesura di un protocollo d'intesa fra la ASL 3 e la struttura privata per l'integrazione delle attività riabilitative, in particolare la condivisione a) dei criteri di appropriatezza per l'accoglienza in degenza riabilitativa; b) dei processi relativi alla gestione del paziente con esiti di patologia ortopedica con particolare attenzione ai criteri clinici gestionali che giustificano il ricovero e il tempo di degenza; c) dei processi relativi alla gestione del paziente con esiti di lesione del S.N.C. con particolare attenzione alle evidenze relative alla scelta di tecniche di recupero ed alla individuazione dei criteri prognostici a lungo termine nei soggetti con esiti di cerebrolesione.



EVOLUZIONE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI TRA ASL 3 GENOVESE E PRIVATO: DALLA COMMITTENZA ALL'INTEGRAZIONE

°Emanuelli F., *Grossi I., **De Lucis C., °°Di Vito G., ***Bedogni C.

°Responsabile S.S. Analisi Attività produttive ospedaliere ASL 3 Genovese - *Direttore Sanitario ASL 3 Genovese
**Direttore S. C. Centro di Controllo direzionale ASL 3 Genovese - °°Responsabile S.S. Analisi Attività produttive territoriali ASL 3 Genovese -
*** Direttore Generale ASL 3 Genovese

OBIETTIVI

L'ultimo accordo contrattuale stipulato con una struttura accreditata che fornisce prestazioni di riabilitazione neuromotoria si è posto come obiettivo quello di superare la fase di "acquisto generico di giornate di riabilitazione" a favore di una definizione dei trattamenti riabilitativi in fasce di predittività rispetto alla degenza e alla patologia, percorso condiviso con la Struttura riabilitativa aziendale.

QUALI PRESTAZIONI?

- gli interventi sanitari di riabilitazione diretti al recupero di disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile ad un nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore
- l'intervento riabilitativo di almeno tre ore giornaliere erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari non medici della riabilitazione e dal personale infermieristico

QUANTE PRESTAZIONI?

La struttura è accreditata per 62 posti letto di degenza ordinaria e 5 di Day Hospital, ove non sussista la necessità clinica ed assistenziale continuativa. Il codice di riferimento è il codice 56 (recupero e riabilitazione funzionale). Le tariffe sono quelle stabilite dal vigente tariffario regionale.

GIORNATE DI DEGENZA TARIFFATE = N. POSTI LETTO X 365 GG

GIORNATE DI DAY HOSPITAL = N. POSTI LETTO X GIORNATE DI APERTURA * X 2**

Codifica	Criterio	Abbattimento in percentuale
Codice 56- degenza ordinaria	Numero giornate di degenza fino a 22630	0
Codice 56- degenza ordinaria	Numero giornate di degenza da 22631	80
Codice 56- day hospital	Numero di accessi fino a 2600	0
Codice 56- day hospital	Numero di accessi da 2601	80

tutte le attività assistenziali e riabilitative devono essere documentate e registrate all'interno della cartella clinica riabilitativa, parte integrante del Progetto Riabilitativo Individuale

A FAVORE DI CHI?

Detti posti letto sono finalizzati all'erogazione di prestazioni di riabilitazione intensiva di secondo livello per le ASL 1 Imperiese, ASL 2 Savonese, ASL 3 Genovese, ASL 4 Chiavarese, ASL 5 Spezzina.

QUALE CASISTICA ?

La casistica trattata corrisponde a un case-mix che comprende quattro tipi di trattamenti riabilitativi a cui corrispondono altrettante classi di predittività di degenza, intesa come numero massimo di giornate di degenza per tipo di trattamento

Trattamenti riabilitativi	Degenza massima	Classe predittività degenza
Protesica elettiva (femore, ginocchio)	10	A
Frattura di femore	23	B
Esiti di stroke	43	C
Altri (neurologici, mielopatie)	45	D

La percentuale di trattamenti riabilitativi riguardante le patologie ortopediche non deve essere inferiore al 65% tenuta presente la necessità di un elevato turn-over per la protesica elettiva.

DOVE STA L'INNOVAZIONE?

I codici principali utilizzati per la codifica della scheda di dimissione a cui corrisponde un particolare tipo di trattamento riabilitativo e una classe di predittività di degenza sono i seguenti:

Patologie ortopediche	ICD - I X - CM	Classe predittività
Intervento articolare dell'anca	V328	A
Intervento articolare del ginocchio	V436	A
Intervento delle protesi articolari	9964	A
Lesioni di fratture AAA	9054	B
Intervento sulla mano	V497	B
Intervento sulla gamba	V497	B
Patologie neurologiche acute	3420	C
Intervento non specificato e compresi dell'ospedale dominante	3420	C
Intervento non specificato ed compresi dell'ospedale non dominante	3429	C
Intervento (compensativo o di sintesi) che di disartro	4311	C
Intervento	7872	C
Patologie neurologiche		
Paralisi spastica (da sindrome M di Parkinson)	3320	D
Parkinsonismo secondario	3321	D
Altre	24	D
SLA	3322	D
Alzheimer	3310	D
Poliomielite diabete	3571	D
Poliomielite infettiva acuta	3572	D
Poliomielite cronica infiammatoria (CIDP)	3573	D
Lesione del sistema nervoso periferico	3440	D
Encefalopatia ipertensiva	3461	D
Encefalopatia ipossico-ischemica	768	D

Il superamento delle giornate di degenza, per ogni singolo ricovero, rispetto alla classe di predittività in cui si colloca, comporta l'abbattimento economico delle giornate di degenza in eccesso rispetto al numero contrattualizzato.

Il valore innovativo è stato dato dall'individuazione di criteri condivisi di appropriatezza dei ricoveri e di selezione dei pazienti da avviarsi al ricovero.

CONCLUSIONI

Sono stati condivisi:

- i criteri di appropriatezza;
- i processi relativi alla gestione del paziente con esiti di patologia ortopedica;
- i processi relativi alla gestione del paziente con esiti di lesione del S.N.C.

PROPOSTA DI REGOLAMENTAZIONE PER LA GESTIONE DEI POSTI LETTO ALL'INTERNO DELLE DIVISIONI OSPEDALIERE

G. Farrauto*, G. Guida**

*Dirigente Medico DMO; **Direttore Sanitario Aziendale A.O.U. "Maggiore della Carità" di Novara.

Parole chiave: Bed Manager (BM); posti letto (pl); pazienti (pz).

Introduzione. L'indisponibilità dei pl è un problema che deve trovare soluzioni intraospedaliere implementando strategie, intervenendo su offerta, accessi e dimissione dei pz dall'area dell'emergenza, posto che la gestione dei pazienti che quotidianamente si presentano in PS non rappresenta una criticità esclusiva del DEA ma dell'intero Ospedale, che lamenta un sovraccarico funzionale patendo dell'insufficiente integrazione col territorio e con lo scarso sviluppo di un'assistenza organizzata per Percorsi Clinico-Assistenziali; molti casi potrebbero ritrovare un'adeguata risposta al di fuori dei nosocomi, liberando risorse che possono essere più appropriatamente impiegate. L'urgenza deve essere garantita mediante ricovero in pl di competenza; il dipartimento deve essere d'ausilio garantendo soluzioni alternative.

Contenuti. La carenza di pl sempre più spesso pone in difficoltà gli operatori sanitari nell'allettamento dei pz, particolarmente in emergenza/urgenza, nel rispetto del binomio "patologia-specialità corrispondente". Il superamento della recettività delle singole Divisioni trova diverse cause, variamente correlate, cui si può porre rimedio come segue: conoscere l'entità e l'andamento dei pazienti dimissionandi per ottimizzare l'utilizzo dei pl; certificare in real-time, a cura di ogni Divisione, l'occupazione dei pl; decongestionare i reparti di area critica ed emergenza, favorendo le dimissioni nelle prime ore della giornata evitando le riduzioni nel we e festivi; ridurre i ricoveri e/o il tempo di degenza concordando un'azione sinergica coi servizi di diagnosi e con i consulenti la cui valutazione è indispensabile per la dimissione o per evitare il ricovero; comunicare gli stati di sovraffollamento alla CO 118 per poter favorire il trasporto di pz presso altri ospedali; favorire il trasporto dei pz verso sedi territoriali; individuare già dal PS le situazioni a rischio di *difficile dimissione* con il Servizio Sociale ospedaliero, attivando subito la ricerca di soluzioni. Importante è la figura del BED MANAGER (che unisce competenze cliniche e logistiche nella supervisione dei pl e nella gestione del percorso del pz in ospedale con ausilio di personale medico ed infermieristico al fine di raggiungere il *setting* assistenziale adatto), che dovrà essere opportunamente individuato all'interno delle singole Organizzazioni; sovrintende ad una serie di azioni:

- Il cpse di ogni Divisione comunica i pl liberi al BM; il medico in turno ed il cpse devono conoscere e comunicare i pz dimissibili nelle 24/h.
- Il B.M. comunica la disponibilità di pl al personale sanitario dell'area di PS ed al medico reperibile della DMO (se non coincidenti).
- Gestisce il flusso dei trasferimenti *interni* dei pz, verso altri nosocomi ed al domicilio dei pz, con precoce attivazione dei percorsi di dimissione protetta.
- Individua i *frequent users* per la definizione di percorsi assistenziali specifici.

Conclusioni. Posto che la dipartimentalizzazione è un'opportunità e non un vincolo si propongono le seguenti di priorità da adottare nel ricovero di un pz, atteso che il *patient flow* ed altri problemi tipici delle moderne realtà ospedaliere sono legati ad una cattiva gestione del flusso dei pz nel nosocomio. Il pz va ricoverato all'interno della Divisione di competenza o, se inattuabile, presso una Divisione intradipartimentale (salvaguardando l'eventuale urgenza); nell'impossibilità anche di quest'alternativa, si potrà procedere in modo extradipartimentale per il tempo strettamente necessario, collocando il pz nel modo più conveniente (verifica della/e patologia/e concomitanti); il pz va riassorbito all'interno della specialità di competenza prioritariamente rispetto ai ricoveri programmati. Il trasferimento ad altro nosocomio si riserva qualora mancassero pl per l'allettamento di pz che richiedono presidi e/o competenze specifiche e per cui non è possibile un'immediata risposta.

Proposta di regolamentazione per la gestione dei posti letto all'interno delle Divisioni Ospedaliere

G. Farrauto*, G. Guida**
*Dirigente Medico DMO, **Direttore Sanitario Aziendale - A.O.U. "Maggiore della Carità" di Novara

Introduzione

Il problema dell'indisponibilità dei posti letto all'interno dell'Ospedale è un problema strutturale che deve trovare soluzioni organizzative all'interno del nosocomio, implementando strategie di maggior efficacia ed efficienza, intervenendo sull'offerta, sulle dinamiche degli accessi, sulla dimissione dai Reparti e sul deflusso dei pazienti dall'area dell'emergenza. L'urgenza deve essere garantita dal punto di vista assistenziale medico-infermieristico mediante ricovero in posti letto di competenza; la dipartimentalizzazione deve essere d'ausilio garantendo soluzioni alternative; altra criticità è un'insufficiente integrazione tra ospedale e servizi territoriali, laddove molti casi potrebbero ritrovare un'adeguata risposta.

Gestione della criticità legata alla carenza di posti letto

E' più che nota la carenza di posti letto che sempre più spesso pone in difficoltà gli operatori sanitari che devono provvedere all'allettamento dei pazienti (particolarmente in emergenza/urgenza) rispettando il binomio "patologia-specialità corrispondente". Il superamento della capacità recettiva delle singole Divisioni trova cause diverse e molteplici, variamente correlate fra di esse, cui si deve porre rimedio così come segue.

- (a) Conoscere in maniera analitica l'entità e l'andamento temporale dei pazienti dimessi e dimissibili, per ottimizzare i posti letto
- (b) Certificare in real-time, a cura di ogni singola Divisione, l'occupazione dei posti letto
- (c) Decongestionare l'area critica e di emergenza (dimissioni nelle prime ore della giornata, ricognizione per festivi e fine settimana)
- (d) Ridurre i ricoveri e/o il tempo di degenza concordando una celere azione coi servizi di diagnosi e con i consulenti
- (e) Comunicare gli stati di sovraffollamento alla C.O. 118, se i p.l. disponibili sono ad un livello particolarmente critico
- (f) Favorire il trasporto dei pazienti presso sedi territoriali previ accordi
- (g) Individuare all'accesso in PS le situazioni a maggior rischio di "difficile dimissione" da sottoporre al Servizio Sociale ospedaliero
- (h) Assicurare il più rapido riassorbimento "in appoggio"

Azioni e competenze

Diventa importante la figura del **Bed Manager (BM)**; tra i suoi compiti c'è la **gestione del percorso del paziente** in ospedale con l'ausilio del personale sanitario **per raggiungere il setting assistenziale adatto**. Il BM sovrintende alla seguente "catena di azioni".

- 1) Il caposala di ogni Divisione comunica i pl liberi al BED MANAGER
- 2) Il BM comunica la disponibilità di p.l. al personale sanitario dell'area di P.S. e al medico reperibile della Direzione Medica di Presidio
- 3) Il medico in turno ed il caposala di ogni reparto devono essere a conoscenza dei pazienti dimissibili nelle 24 ore
- 4) Gestire il flusso dei trasferimenti dei pz in P.O. a più bassa intensità di cura
- 5) Gestire i trasferimenti "interni" ed "esterni" al nosocomio
- 6) Facilitare il trasporto a domicilio in caso di dimissioni difficili
- 7) Precoce attivazione, dei percorsi di dimissione protetta (Servizio Sociale Ospedaliero)
- 8) Individuazione dei "frequent users" (es.: pz non autosufficienti) per la definizione di percorsi assistenziali specifici
- 9) Se il pz è collocato in altro reparto si dovrà compilare con celerità la cartella clinica (terapia e indagini diagnostiche da eseguire)

Conclusioni

Si propongono i seguenti **criteri di priorità** da adottare nell'ospedalizzazione di un pz, atteso che il **patient flow** (ossia la movimentazione del paziente all'interno della struttura sanitaria) e molti dei problemi tipici delle moderne realtà ospedaliere sono proprio legati ad una cattiva gestione di questo flusso tra le varie aree dell'ospedale.

- Il paziente va **ricoverato all'interno della Divisione/specialità di competenza**.
- Se non attuabile il primo punto, il pz va allettato presso una **Divisione intradipartimentale** (salvaguardando l'eventuale urgenza)
- Se anche all'interno delle Divisioni del Dipartimento non vi fosse momentanea disponibilità, si potrà procedere in modo extradipartimentale per il tempo strettamente necessario, collocando il pz nel modo più conveniente (**verifica della/e patologia/e concomitanti**)
- Il paziente va **ricondotto all'interno della specialità di competenza prioritariamente** rispetto ad altri ricoveri programmati
- **Trasferimento ad altro nosocomio**: procedura da seguire in particolare quando mancassero posti letto per l'allettamento di pazienti di un certo impegno che richiedono presidi e/o competenze specifiche (es. pz traumatologici) e per cui non vi è possibilità nell'immediato di adeguata risposta
- Il trasferimento dei pz **ricoverati presso il C. Rianimazione e presso le TI verso le aree di degenza ordinaria** risulta **prioritario rispetto ai ricoveri programmati**

L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA GESTIONE QUALITÀ INRCA: CRITICITÀ E SVILUPPI

Ferrara Letizia^{1,4}, Di Stefano Giuseppina^{2,5}, Ferreiro Cotorruelo M.S.^{1,2}, Maffei Claudio³, Lattanzio Fabrizia², David Serenella¹

¹Direzione Medica P.O.R. Ancona – Fermo – Appignano. ⁴RAQ di Sede; ²Direzione Scientifica; ⁵R.A.Q. Polo Scientifico Tecnologico INRCA; ³Direzione Sanitario d'Istituto

Parole chiave: Qualità, Governo clinico.

Introduzione. L'INRCA è l'unico IRCCS che opera nell'area Geriatria-Gerontologia. È presente in 5 diverse regioni italiane: Marche, Sardegna, Lombardia, Lazio, Calabria, con 6 Presidi Ospedalieri di Ricerca (POR) ed un Polo Scientifico Tecnologico. L'attività di ricerca è prevalentemente traslazionale e finalizzata al miglioramento delle condizioni di vita della popolazione anziana. Sul versante clinico l'Istituto è presente con l'alta specializzazione nella diagnosi, cura e riabilitazione delle polipatologie e comorbidità dell'anziano.

Contenuti. STEP 1 2009 L'INRCA ha deciso di adottare un Sistema di gestione per la Qualità (SGQ) sviluppato in conformità alla norma UNI EN ISO 9001: 2008, basato su un approccio per processi ed adeguatamente documentato. L'Istituto ha conseguito la Certificazione ISO 9001-2008 in tutte le Sedi ed in tutte le unità operative. I servizi oggetto di certificazione sono risultati i seguenti: progettazione ed erogazione di attività di ricerca sull'invecchiamento e servizi di assistenza nell'ambito della programmazione e della normativa sanitaria - prestazioni sanitarie di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, punto di primo intervento, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

STEP 2 2010 Cambi ai vertici dell'Istituto (Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria-RAQ d'Istituto) hanno condizionato lo sviluppo e il completamento di alcuni percorsi organizzativi. Nuovo progetto direzionale "INRCA: modello di attuazione di processi per l'integrazione del Sistema Gestione Qualità e del Governo Clinico" finalizzato alla sperimentazione di un sistema Qualità virtuale in grado di coniugare SGQ, Governo Clinico, Ricerca ed Assistenza.

STEP 3 2011 Costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari finalizzati alla risoluzione delle non conformità e al miglioramento del SGQ dell'Istituto. Gli strumenti utilizzati per il raggiungimento degli obiettivi di qualità sono stati strutturati prendendo come riferimento le aree del Governo Clinico. Verifiche ispettive interne (VII) in tutte le UU.OO di tutte le sedi, utilizzando auditor interni. Attivazione di sistemi favorevoli la comunicazione interna: Desk settimanale, casella di posta elettronica dedicata e Forum Qualità sull'intranet aziendale.

Conclusioni. La definizione dei ruoli nel SGQ e l'attivazione di gruppi di lavoro funzionali al raggiungimento di step o sottoprogetti, ha permesso che ogni figura professionale fosse coinvolta funzionalmente di volta in volta. Ciò consente il permeare della cultura della Qualità in tutta l'organizzazione.

Nonostante l'implementazione ed il consolidamento del SGQ, sono emerse alcune criticità rilevanti. Ad esempio la mancata acquisizione di figure dirigenziali di riferimento e con un ruolo definito a garanzia del mantenimento del SGQ ha determinato la "virtualità" di un ufficio qualità costituito di fatto da un piccolo Project team fisso e, a rotazione, funzionalmente all'obiettivo, da varie figure professionali.

A livello macro restano da consolidare e migliorare alcuni aspetti quale l'integrazione nel sistema di pianificazione e controllo dell'organizzazione.

Ciò quindi determina che a livello micro, in alcune realtà operative, resti evidente uno scollamento tra gli strumenti di qualità e l'operatività quotidiana.

Certamente le criticità in essere sono dovute in parte all'avvicendamento della Direzione dell'Istituto (Generale, Amministrativa e Sanitaria), che ha condizionato lo sviluppo ed il completamento di alcuni percorsi organizzativi/operativi programmati per il raggiungimento degli obiettivi prefissati per il SGQ. A titolo di esempio l'attivazione del Forum Qualità, prevista per il mese di febbraio 2011, è stata posticipata pur essendo strumento fondamentale per garantire la crescita del SGQ.

Nell'ottica del ciclo del miglioramento continuo, queste criticità micro e macro saranno affrontate come opportunità di crescita del SGQ dell'Istituto.

L'evoluzione del Sistema Gestione Qualità INRCA: criticità e sviluppi

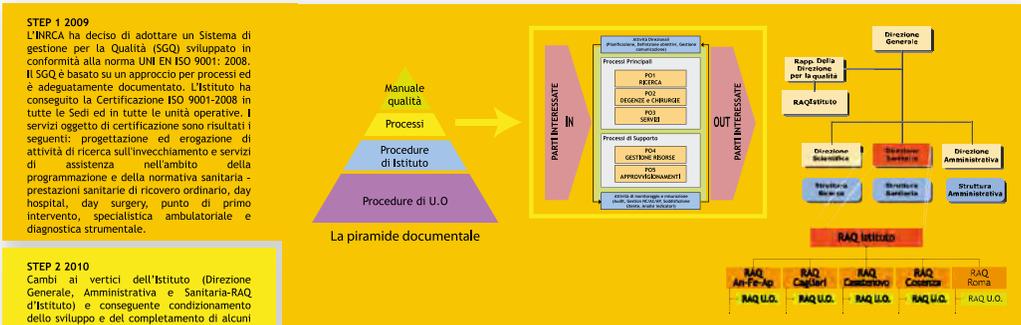
Ferrara Letizia^{1,4}, Di Stefano Giuseppina^{2,5}, Ferreiro Cotorruelo M.S.¹, Maffei Claudio³, Lattanzio Fabrizia², David Serenella¹

¹Direzione Medica P.O.R. Ancona - Fermo - Appignano. ²Direzione Scientifica, ³Direzione Sanitario d'Istituto, ⁴RAQ di Sede, ⁵R.A.Q. Polo Scientifico Tecnologico - INRCA



INTRODUZIONE

L'INRCA è l'unico IRCCS che opera nell'area della Geriatria e della Gerontologia. È presente in 5 diverse regioni italiane: Marche, Sardegna, Lombardia, Lazio, Calabria, con 6 Presidi Ospedalieri di Ricerca (POR) ed un Polo Scientifico Tecnologico. In qualità di IRCCS l'attività di ricerca è prevalentemente traslazionale ed è finalizzata al miglioramento delle condizioni di vita della popolazione anziana. Sul versante clinico l'Istituto è presente con l'alta specializzazione nella diagnosi, cura e riabilitazione delle polipatologie e comorbidità dell'anziano.



STEP 2 2010
Cambi ai vertici dell'Istituto (Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria-RAQ d'Istituto) e conseguente condizionamento dello sviluppo e del completamento di alcuni percorsi organizzativi/operativi programmati per il raggiungimento degli obiettivi prefissati per il SGQ.
Riflessione sulla funzionalità del SGQ e sua riformulazione attraverso la presentazione di un progetto direzionale "INRCA: modello di attuazione di processi per l'integrazione del Sistema Gestione Qualità e del Governo Clinico" finalizzato alla sperimentazione di un sistema Qualità virtuale in grado di coniugare SGQ, Governo Clinico, Ricerca ed Assistenza, agganciato a retribuzione di risultato.

STEP 3 2011
Pianificazione delle attività previste nell'ambito del progetto, costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari finalizzati alla risoluzione delle non conformità e al mantenimento e/o miglioramento del SGQ dell'Istituto. Gli strumenti utilizzati per il raggiungimento degli obiettivi di qualità sono stati strutturati prendendo come riferimento le aree del Governo Clinico (Rischio Clinico, Health Technology assessment - HTA, EBM, Formazione continua, training, accreditamento professionale, Data Management, Accountability, Linee guida e Percorsi Assistenziali, Clinical Audit, Research & Development, Human resources for health, Partecipazione degli utenti). L'organizzazione costituita dalla rete dei Referenti Qualità delle UU.OO. è stata resa più attiva e funzionale grazie alla coincidenza dei Referenti Qualità con i Referenti del Rischio Clinico. Il progetto ha interessato tutte le UU.OO. già coinvolte nel processo di Certificazione ISO 9001:2008. L'INRCA ha pianificato e condotto verifiche ispettive interne (VII) in tutte le UU.OO di tutte le sedi, utilizzando auditor interni. Nell'ambito del progetto sono stati attivati i seguenti sistemi per coadiuvare e favorire la comunicazione interna: il DESK SETTIMANALE, una postazione gestita dal RAQ di Sede finalizzata a supportare gli operatori con incontri/colloqui programmati sulle tematiche della qualità e sul SGQ INRCA. Una casella di posta elettronica dedicata ed un Forum Qualità sull'intranet aziendale costituito da 4 stanze: Ricerca, Assistenza, Certificazione e SGQ, Gestione Risorse (Economiche, Umane e Strumentali).

OBIETTIVI
Far convergere il sistema gestione qualità e il governo clinico dell'Istituto.

RISULTATI
I risultati di seguito riportati sono relativi alla prima fase di realizzazione del Progetto Direzionale (anno 2011):
1. Gli esiti delle VII hanno fornito evidenze positive relativamente all'avanzamento del SGQ. Tutti i rilievi evidenziati sono stati gestiti con apposite azioni di miglioramento, sia a livello micro (U.O) che di Sistema (Istituto).
2. L'attivazione degli strumenti per favorire la comunicazione interna ha facilitato la realizzazione di tutte le fasi/azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi di qualità.
3. L'analisi degli indicatori di performance dei processi primari e secondari ha evidenziato un percorso di miglioramento nel 2011 rispetto al 2010. Gli indicatori, che monitorano il processo dell'assistenza sono stati raccolti presso tutte le sedi INRCA ed elaborati centralmente presso l'ufficio di qualità virtuale, interpretati in un'ottica di Clinica Governance. Sono stati considerati raggiunti gli obiettivi per i quali gli indicatori hanno mostrato un costo massimo del 2% come definito dalla Direzione dell'Istituto. Sono stati sperimentati e successivamente validati:
a. indicatori di monitoraggio della qualità della documentazione sanitaria (JCHAO e Ministero)
b. indicatori di qualità dell'assistenza al paziente geriatrico (Cadute e lesioni da decubito).
c. indicatori che misurano la qualità dell'attività di ricerca, riguardano la sperimentazione clinica, la capacità innovativa e la produttività.

CONCLUSIONI
L'aver definito dei ruoli nel SGQ, ma anche attivato gruppi di lavoro funzionali al raggiungimento di step o sotto progetti, ha permesso di ottenere che ogni figura professionale fosse coinvolta funzionalmente di volta in volta. Ciò ha consentito e consente, il permeare della cultura della Qualità in tutta l'organizzazione. Nonostante l'implementazione ed il consolidamento del SGQ evidente con i risultati raggiunti, sono emerse alcune criticità rilevanti. Ad esempio la mancata acquisizione di figure dirigenziali di riferimento e con un ruolo definito a garanzia del mantenimento del SGQ ha determinato la "virtualità" "definita" dell'ufficio qualità costituito di fatto, più che come un ufficio, come un Project team. Infatti ruolo centrale è svolto da un piccolo team fisso di progetto e, a rotazione, funzionalmente all'obiettivo, da varie figure professionali. A livello macro, nonostante il SGQ dell'Istituto si sia molto evoluto nell'ultimo anno, restano da consolidare e migliorare alcuni aspetti rilevanti quale l'integrazione nel sistema di pianificazione e controllo dell'organizzazione. Ciò quindi determina che a livello micro, in alcune realtà operative, resti evidente uno scollamento tra gli strumenti di qualità e l'operatività quotidiana. Certamente le criticità in essere sono dovute in parte all'avvicendamento della Direzione dell'Istituto (Generale, Amministrativa e Sanitaria), che ha condizionato lo sviluppo ed il completamento di alcuni percorsi organizzativi/operativi programmati per il raggiungimento degli obiettivi prefissati per il SGQ. A titolo di esempio l'attivazione del Forum Qualità, prevista per il mese di febbraio 2011, è stata posticipata pur essendo strumento fondamentale per garantire la crescita del SGQ. Nell'ottica del ciclo del miglioramento continuo, queste criticità micro e macro saranno affrontate come opportunità di crescita del SGQ dell'Istituto.

MONITORAGGIO DEI COMPORTAMENTI DEGLI OPERATORI SANITARI NEI GRUPPI OPERATORI

Finotto R., Tonelli C.*

UOC Direzione Medica – ULSS 10 Veneto Orientale (VE) – ° Direttore Funzione Ospedaliera; * Infermiere ICI

Parole chiave: Comportamenti, prevenzione ISC, raccomandazioni forti.

Introduzione. Le infezioni della ferita chirurgica hanno una incidenza che varia da 0,5 a 15% in ragione del tipo di intervento e paziente, con impatto sui costi e sulla degenza. Il rischio di sviluppare una ISC dipende tra l'altro anche dai comportamenti degli operatori sanitari all'interno dei gruppi operatori.

Obiettivo. Analizzare i comportamenti degli operatori sanitari dei gruppi operatori attraverso l'applicazione delle raccomandazioni "forti", ossia quelle basate su evidenze scientifiche di grado elevato (studi sperimentali, clinici o epidemiologici, revisioni sistematiche con metanalisi, RCT), come indicato dalle linee guida "Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico" prodotte dai CDC 1999 e NICE 2008.

Materiali e Metodi. Attraverso una scheda di rilevazione si è osservato nei Gruppi Operatori dei 3 Presidi Ospedalieri il comportamento degli operatori sanitari (equipe chirurgica e di anestesia) rispetto alle seguenti 13 raccomandazioni:

- limitare allo stretto necessario il numero di personale che entra in sala operatoria
- tenere le porte della sala operatoria chiuse eccetto che nei momenti necessari per il passaggio di personale, attrezzature ecc.;
- tenere le unghie corte e non utilizzare unghie artificiali;
- effettuare il lavaggio chirurgico per almeno 2-5 minuti secondo la procedura corretta;
- utilizzare un antisettico appropriato per il lavaggio chirurgico delle mani;
- non utilizzare lo spazzolino per la pulizia delle mani ed avambracci utilizzare lo spazzolino /nettaunghie per pulire le unghie se sporche;
- non portare gioielli a mani e braccia (anelli-braccialetti-orelogi);
- indossare la maschera in modo che copra completamente naso e bocca;
- utilizzare la divisa di sala operatoria;
- indossare il copricapo in modo che copra tutti i capelli;
- indossare i DPI per gli occhi durante l'intervento chirurgico;
- dopo rimozione dei guanti eseguire igiene delle mani;
- pulire/decontaminare le aree contaminate, prima di iniziare l'intervento successivo, utilizzando un disinfettante appropriato.

Si sono osservati i comportamenti degli operatori nel corso di 90 interventi chirurgici (chirurgia generale, urologia, ortopedia, ORL ostetricia/ginecologia). Gli operatori osservati sono stati: 54 chirurghi; 30 strumentisti; 25 anestesisti; 40 operatori di sala (OSS, infermieri).

Conclusioni. I dati raccolti sono stati elaborati ed inviati alle Unità Operative di Chirurgiche, Anestesia e ai Gruppi Operatori dei PP.OO.

I risultati delle verifiche evidenziano che nei 3 Gruppi Operatori non vi sono sostanziali differenze nei comportamenti. Per tutti gli operatori dei 3 Gruppi Operatori ci sono margini di miglioramento: in particolare nell'utilizzo dei DPI per la protezione degli occhi, nel limitare l'apertura delle porte non necessaria, nell'eseguire l'igiene delle mani dopo rimozione dei guanti, nel rispettare le fasi del lavaggio chirurgico delle mani.

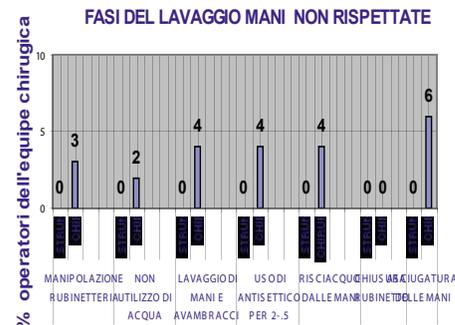


Grafico: Raccomandazione 4 e 5



FRAMMENTAZIONE e INTEGRAZIONE
Valori ed etica in Sanità

MONITORAGGIO DEI COMPORTAMENTI DEGLI OPERATORI SANITARI NEI GRUPPI OPERATORI

UOC Direzione Medica
ULSS 10 Veneto Orientale (VE)
Finotto R. – Tonelli C.*

° Direttore Funzione Ospedaliera
* Infermiere ICI

Parole chiave

Comportamenti, prevenzione ISC, raccomandazioni forti.

Introduzione

Le infezioni della ferita chirurgica hanno una incidenza che varia da 0,5 a 15% in ragione del tipo di intervento e paziente, con impatto sui costi e sulla degenza. Il rischio di sviluppare una ISC dipende tra l'altro anche dai comportamenti degli operatori sanitari all'interno dei gruppi operatori.

Obiettivo

Analizzare i comportamenti degli operatori sanitari dei gruppi operatori attraverso l'applicazione delle raccomandazioni "forti", ossia quelle basate su evidenze scientifiche di grado elevato (studi sperimentali, clinici o epidemiologici, revisioni sistematiche con metanalisi, RCT), come indicato dalle linee guida "Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico" prodotte dai CDC 1999 e NICE 2008.

Materiali e Metodi

Attraverso una scheda di rilevazione si è osservato nei Gruppi Operatori dei 3 Presidi Ospedalieri il comportamento degli operatori sanitari (equipe chirurgica e di anestesia) rispetto alle seguenti 13 raccomandazioni:

1. Limitare allo stretto necessario il numero di personale che entra in sala operatoria
2. Tenere le porte della sala operatoria chiuse eccetto che nei momenti necessari per il passaggio di personale, attrezzature etc
3. Tenere le unghie corte e non utilizzare unghie artificiali
4. Effettuare il lavaggio chirurgico per almeno 2-5 minuti secondo la procedura corretta
5. Utilizzare un antisettico appropriato per il lavaggio chirurgico delle mani.
6. Non utilizzare lo spazzolino per la pulizia delle mani ed avambracci utilizzare lo spazzolino /nettaunghie per pulire le unghie se sporche

7. Non portare gioielli a mani e braccia (anelli-braccialetti-orelogi)
8. Indossare la maschera in modo che copra completamente naso e bocca
9. Utilizzare la divisa di sala operatoria
10. Indossare il copricapo in modo che copra tutti i capelli
11. Indossare i DPI per gli occhi durante l'intervento chirurgico
12. Dopo rimozione dei guanti eseguire igiene delle mani
13. Pulire/decontaminare le aree contaminate, prima di iniziare l'intervento successivo, utilizzando un disinfettante appropriato.

Si sono osservati i comportamenti degli operatori nel corso di 90 interventi chirurgici (chirurgia generale, urologia, ortopedia, ORL ostetricia/ginecologia).
Gli operatori osservati sono stati:
54 chirurghi
30 strumentisti
25 anestesisti
40 operatori di sala (OSS, infermieri)

Conclusioni

I dati raccolti sono stati elaborati ed inviati alle Unità Operative di Chirurgiche, Anestesia e ai Gruppi Operatori dei PP.OO.
I risultati delle verifiche evidenziano che nei 3 Gruppi Operatori non vi sono sostanziali differenze nei comportamenti. Per tutti gli operatori dei 3 Gruppi Operatori ci sono margini di miglioramento: in particolare nell' utilizzo dei DPI per la protezione degli occhi, nel limitare l'apertura delle porte non necessaria, nell' eseguire l'igiene delle mani dopo rimozione dei guanti, nel rispettare le fasi del lavaggio chirurgico delle mani.

Grafico: Raccomandazione 4 e 5



38° Congresso Nazionale A.N.M.I.D.O.
Torino 2-4 Maggio 2012

IPERTENSIONE POLMONARE: ESEMPIO DI GESTIONE MULTIDISCIPLINARE

Fusaro E.*, Azzolina MC**, Parisi S.*, Sturnia S.°, Omedè P.°, Grosso Marra W.°, Libertucci D.°, Ambrogio F.*, Scarati M.*, Bruzzone M.°, Di Cuia M.°, Bollati M.°, D'Ascenzo F.°, Gaita F.°, Arione R.** De Giovanni R.*

*S.C. Reumatologia, **S.C. Direzione Sanitaria Presidio Molinette, ° S.C. Cardiologia, ^S.C. Pneumologia; A.O.U. San Giovanni Battista di Torino.

Parole chiave: ipertensione polmonare, PDTA, multidisciplinarietà.

Introduzione. L'ipertensione polmonare (IP) è una patologia caratterizzata dall'aumento della pressione arteriosa media del circolo polmonare e dalla prognosi sfavorevole. Può essere primitiva o manifestarsi come complicanza di altre malattie polmonari, cardiache, reumatologiche, gastroenterologiche, ematologiche e infettive. Per rispondere alla complessità della gestione di questi pazienti, nella nostra azienda da due anni è nato un gruppo multidisciplinare che ha attivato uno specifico PDTA.

Contenuti. Gli specialisti coinvolti, ognuno per la propria competenza pongono il sospetto diagnostico ed effettuano gli accertamenti preliminari, quindi indirizzano il paziente all'ambulatorio multidisciplinare per una valutazione collegiale, l'indicazione al cateterismo cardiaco (accertamento gold-standard per la diagnosi di IP pre-capillare), e la definizione del programma terapeutico e di follow-up. Sono stati finora selezionati 63 pazienti. I pazienti sono stati classificati secondo lo schema Dana Point del 2008 e secondo classe prognostica.

Conclusioni. Dopo 28 mesi di follow-up 6 pazienti sono deceduti, di cui 2 per insufficienza respiratoria e 4 per altre patologie intercorrenti. Dei restanti 57 pazienti 3 sono stati inviati ad un centro di terzo livello per la tromboendoarterectomia, i restanti sono in terapia medica secondo linee guida. All'ultimo follow-up solo il 37% dei pazienti era passato ad una classe a prognosi migliore, mentre il 6% è passato nella classe a prognosi peggiore. La collaborazione tra specialisti ha permesso di intercettare nuovi casi di IP in pazienti affetti da patologie a rischio per questa complicanza ed ha migliorato la compliance dei pazienti; ha inoltre facilitato l'iter diagnostico e terapeutico per una patologia complessa e dalla prognosi severa. Il gruppo gestisce un database e ha prodotto alcune pubblicazioni scientifiche. La creazione di questa attività multidisciplinare ha consentito di colmare un vuoto assistenziale nella nostra azienda, di razionalizzare l'utilizzo di farmaci ad alto costo e ha ridotto la mobilità passiva in molti pazienti che precedentemente afferivano a centri fuori regione. Il gruppo opera in coerenza con il consorzio ipertensione polmonare della rete interregionale Piemonte Valle d'Aosta per le malattie rare.



IPERTENSIONE POLMONARE: ESEMPIO DI GESTIONE MULTIDISCIPLINARE

Fusaro E(a), Azzolina MC(b), Parisi S(a), Sturnia S(c), Omedè P(c), Grosso Marra W(c), Libertucci D(d), Ambrogio F(a), Scarati M(a), Bruzzone M(a), Di Cuia M(c), Bollati M(c), D'Ascenzo F(c), Gaita F(c), Arione R(b), De Giovanni R(a).

(a)S.C. Reumatologia, (b)S.C. Direzione Sanitaria Presidio Molinette, (c)S.C. Cardiologia, (d)S.C. Pneumologia. A.O.U. San Giovanni Battista di Torino.

L'ipertensione polmonare (IP) è una patologia caratterizzata dall'aumento della pressione arteriosa media del circolo polmonare e dalla prognosi sfavorevole. Può essere primitiva o manifestarsi come complicanza di altre malattie polmonari, cardiache, reumatologiche, gastroenterologiche, ematologiche e infettive. Per rispondere alla complessità della gestione di questi pazienti, nella nostra azienda da due anni è nato un gruppo multidisciplinare che ha attivato uno specifico PDTA.



Gli specialisti coinvolti, ognuno per la propria competenza pongono il sospetto diagnostico ed effettuano gli accertamenti preliminari, quindi indirizzano il paziente all'ambulatorio multidisciplinare per una valutazione collegiale, l'indicazione al cateterismo cardiaco (accertamento gold-standard per la diagnosi di IP pre-capillare) e la definizione del programma terapeutico e di follow-up. Sono stati finora selezionati 63 pazienti. I pazienti sono stati classificati secondo lo schema Dana Point del 2008 e secondo classe prognostica.

Dopo 28 mesi di follow-up 6 pazienti sono deceduti, di cui 2 per insufficienza respiratoria e 4 per altre patologie intercorrenti. Dei restanti 57 pazienti 3 sono stati inviati ad un centro di terzo livello per la tromboendoarterectomia, i restanti sono in terapia medica secondo linee guida. All'ultimo follow-up solo il 37% dei pazienti era passato ad una classe a prognosi migliore, mentre il 6% è passato nella classe a prognosi peggiore.



La collaborazione tra specialisti ha permesso di intercettare nuovi casi di IP in pazienti affetti da patologie a rischio per questa complicanza ed ha migliorato la compliance dei pazienti; ha inoltre facilitato l'iter diagnostico e terapeutico per una patologia complessa e dalla prognosi severa. Il gruppo gestisce un database e ha prodotto alcune pubblicazioni scientifiche. La creazione di questa attività multidisciplinare ha consentito di colmare un vuoto assistenziale nella nostra azienda, di razionalizzare l'utilizzo di farmaci ad alto costo e ha ridotto la mobilità passiva in molti pazienti che precedentemente afferivano a centri fuori regione. Il gruppo opera in coerenza con il consorzio ipertensione polmonare della rete interregionale Piemonte Valle d'Aosta per le malattie rare.

PROGETTAZIONE E MESSA A REGIME DI UN APPLICATIVO A SUPPORTO DELL'ATTIVITÀ DI SALA OPERATORIA

Laura Galetto¹; David Marco Veicsteinas²; Marco Le Donne³; Enzo Locatelli⁴; Paolo Belloni⁵; Jader Venegoni e Valerio Carugo⁶

¹Vice Direttore Sanitario IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano; ²Project Manager SBI Italia, Garbagnate Milanese (MI); ³Responsabile progetti innovativi IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano; ⁴Responsabile servizi informativi IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano; ⁵Software developer SBI Italia, Garbagnate Milanese (MI); ⁶Sistemi Informativi IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano

Parole chiave: blocco operatorio, processo, accreditamento.

Introduzione. Dall'esigenza di conciliare l'assolvimento dei requisiti di accreditamento e la necessità della gestione efficiente delle sale, oltre che di garantire la sicurezza del paziente, è nato il progetto di gestione del percorso del paziente nel blocco operatorio sviluppato su piattaforma H-Docs[®].

Contenuti. Una delle più grosse difficoltà che la Direzione Sanitaria incontra quotidianamente nelle sale operatorie è la necessità di porre vincoli organizzativi e procedurali tali da garantire la sicurezza del paziente e il soddisfacimento dei requisiti di accreditamento, senza intralciare l'attività di sala operatoria. La Direzione Generale, dal canto suo, ha invece la necessità di controllare l'efficienza dell'organizzazione dell'attività di sala operatoria al fine di aumentare il più possibile la "produttività" delle stesse in termini di maggior numero di interventi aumentando, dove possibile, anche la complessità degli stessi. Per questo motivo nel Nostro Istituto si è deciso di costruire un sistema di registrazione dell'attività di sala operatoria che andasse a soddisfare le esigenze delle Direzioni e servisse agli operatori per poter tracciare in modo oggettivo il percorso del paziente all'interno della sala. Il progetto ha visto collaborare figure professionali diverse quali anestesisti, personale infermieristico di sala operatoria, personale dei servizi informativi, rappresentanti della Direzione Sanitaria e progettisti della software house. Il percorso del paziente nel blocco operatorio è stato analizzato e suddiviso in fasi, per ognuna si sono identificati i soggetti responsabili e gli attori coinvolti. La tecnologia di registrazione utilizzata è quella che utilizza i bar-code quale modalità di identificazione univoca degli attori coinvolti e i lettori di bar-code quale strumento di rilevazione supportati da rete wireless. La progettazione ha permesso di analizzare fase per fase ogni attività svolta nei blocchi operatori identificando per ognuna quali fossero i requisiti di accreditamento da assolvere o eventuali adempimenti Ministeriali. Questo lavoro di analisi ha permesso di creare blocchi informatici laddove nella fase di immissione dei dati i requisiti non venivano rispettati e di introdurre, quale parte integrante del processo di sala operatoria, la compilazione informatizzata della check list per la sicurezza in sala operatoria. La formazione del personale delle 11 sale operatorie, fatta attraverso la metodica del training on the job, ha richiesto grazie alla semplicità del sistema, un paio di settimane per la messa a regime e un mese circa per il perfezionamento con l'introduzione di alcune modifiche che hanno permesso di snellire il lavoro del personale rendendo il sistema maggiormente performante. Accanto al processo di "inserimento" dati è stato messo a punto una piattaforma di analisi e di reportistica allo scopo di verificare i tempi di occupazione e di attività nelle singole sale operatorie, che permette anche la ricerca degli interventi effettuati (per sala, equipe, paziente, singolo medico, data di esecuzione).

Conclusioni. L'introduzione di questo applicativo ha permesso da un lato di monitorare l'attività di sala operatoria attraverso l'analisi della tempistica certa delle fasi rilevate e dall'altro di garantire la sicurezza del paziente attraverso la continua verifica attiva e passiva dell'identità del paziente e del sito chirurgico e il rigoroso rispetto dei requisiti di accreditamento in ogni fase del percorso del paziente all'interno del blocco operatorio.

Progettazione e messa a regime di un applicativo a supporto dell'attività di sala operatoria

L. Galetto*, D. M. Veicsteinas*, E. Locatelli*, M. Le Donne*, P. Belloni*, J. Venegoni*, V. Carugo*

*IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi - SBI Italia

Normalizza Accredimento

Design

Linee guida Regionali per la Cartella Clinica Elettronica Aziendale di Ricovero Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist

La piattaforma H-DOCS permette il controllo formale dell'assolvimento dei requisiti di accreditamento attraverso l'impostazione di una serie di blocchi informatici che non permettono all'operatore di proseguire nella propria attività finché non venga dichiarato l'assolvimento degli stessi. Ogni passaggio è tracciato ed è possibile sempre risalire all'operatore che lo ha effettuato.

In un Istituto a vocazione chirurgica, quale l'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, è predominante l'esigenza di conciliare l'assolvimento dei requisiti di accreditamento e la necessità della gestione efficiente delle sale, oltre che garantire la sicurezza del paziente. Per questo motivo è nato un progetto di gestione del percorso del paziente nel blocco operatorio (sviluppato su piattaforma H-Docs[®]) che permette il monitoraggio dell'attività di sala operatoria oltre che il costante controllo dell'assolvimento dei requisiti di accreditamento e della sicurezza del paziente. Per poter gestire un percorso così complesso si è suddiviso il processo in fasi e, per ognuna, si sono identificati i soggetti responsabili e gli attori coinvolti. La tecnologia di registrazione utilizzata è quella che utilizza i bar-code quale modalità di identificazione univoca degli attori coinvolti e i lettori di bar-code quale strumento di rilevazione supportati da rete wireless.

Al termine dell'attività viene generato il foglio di registro cartaceo nel quale sono riportati tutti i dati relativi all'intervento e il foglio della check list per la sicurezza del paziente in sala operatoria che vengono archiviati in forma cartacea previa acquisizione della firma olografa del primo operatore.

DALLA CLINICAL GOVERNANCE ALLA GOVERNANCE DELLE SCRIVANIE

Giacometti M¹; Lovato E²; Papalia R³; Bertone M⁴; Zucchi S⁵; Giorello M⁶; Olivero G⁷; Cosola A⁸; Crotti D⁹; Sacco R¹⁰; Minniti D¹¹

¹Giacometti Mrika, Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino;

²Lovato Emanuela, Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino;

³Papalia Riccardo, Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino;

⁴Bertone Marco, Formatore esterno; ⁵Zucchi Serena, SC Psicologia, ASL TO3; ⁶Giorello Mirella, Dirigente

infermieristico OO.RR. Rivoli; ⁷Olivero Giorgio, Dirigente infermieristico OO.RR. Rivoli; ⁸Cosola Alda, SC Ricerca e Formazione, ASL TO3; ⁹Crotti Daniela, SC Ricerca e Formazione, ASL TO3; ¹⁰Sacco Roberto, Direttore

Medico di Presidio, OO.RR Rivoli; ¹¹Minniti Davide, Dirigente Medico, Direzione Sanitaria, OO.RR. Rivoli

Parole chiave: governance, clima, formazione.

Introduzione. Negli ultimi anni è cresciuta l'attenzione all'interno delle aziende per l'analisi del clima interno, che è riconosciuto come indicatore della qualità delle relazioni e come predittivo di efficacia ed efficienza delle risorse umane coinvolte. Lo scarto tra le aspettative delle persone e la quotidianità contribuisce a generare un buon clima aziendale: il lavoratore è tanto più produttivo e coinvolto nel processo aziendale quanto più si sente motivato, cioè quanto più vede soddisfatti i propri bisogni e la qualità delle relazioni. Partendo da questo assunto, diventa prioritario per una Azienda Sanitaria l'attenzione ad alcuni campanelli d'allarme che indicano un deterioramento del "buon clima aziendale".

Il progetto nasce dalla necessità di intervenire a garanzia del "buon clima aziendale" minato da una serie di criticità, riscontrabili in misura maggiore tra i dipendenti del comparto amministrativo di un Ospedale.

Materiali e Metodi. La prima fase del lavoro si è soffermata su un'indagine conoscitiva per rilevare il clima "percepito" e il clima "desiderato" per indagarne le diverse visioni e ipotizzare interventi di miglioramento tramite formazione o cambiamenti sia strutturali sia organizzativi sia relazionali.

La seconda fase del lavoro è stata caratterizzata dall'organizzazione di un Corso di alta formazione rivolto a tutto il personale amministrativo dell'Ospedale di Rivoli e volto a identificare e superare le criticità riportate ed emerse dagli operatori. Il corso, della durata di 120 ore complessive, si è svolto da settembre 2011 a marzo 2012. La terza fase del lavoro prevede la sensibilizzazione del personale della Direzione Sanitaria a stimolare e incentivare le predisposizioni e le preferenze personali in un ambito professionale dinamico contribuendo al mantenimento di un clima collaborativo e produttivo.

Per stimare la reale efficacia del corso si è scelto di utilizzare i seguenti indicatori:

- verbale con "valutazione cromatica" per valutare il clima oggettivo e la ricezione dell'aula;
- indicatori comportamentali (giorni malattie/giorni lavoro, disponibilità negli orari, disponibilità nelle richieste, efficienza intesa come tempo per l'adempimento del compito);
- questionario conclusivo al corso;
- studio di percorso psicoanalitico (con osservatore dedicato).

Risultati: Pur non essendo ancora concluso il periodo formativo, è possibile evidenziare i primi esiti positivi, espressi come miglior predisposizione alla comunicazione, disponibilità alla risoluzione dei conflitti, lieve riduzione dei periodi di assenza da parte di alcune persone, dimostrabile dalla variazione delle "valutazioni cromatiche". Sarà tuttavia possibile oggettivare tali risultati solo al termine della formazione.

Conclusioni. Il Corso di alta formazione ha permesso di riportare e mantenere "in buona salute" il livello di preparazione tecnica, relazionale e di ascolto del personale amministrativo dell'Ospedale di Rivoli, nonché di valorizzare tutti gli attori che quotidianamente lavorano in Ospedale. Il Master ha dimostrato di essere:

- una componente essenziale del processo di motivazione;
- una parte sostanziale e integrante del sistema premiante;
- un'occasione di confronto/dibattito fra professionisti dell'Ospedale appartenenti a diversi profili, nell'ottica di un'assistenza integrata e rispettosa della dignità della persona;
- uno stimolo allo sviluppo di modalità organizzative che privilegino la collaborazione e la condivisione di valori etici e professionali.



DALLA CLINICAL GOVERNANCE ALLA GOVERNANCE DELLE SCRIVANIE



Giacometti M¹, Lovato E², Papalia R³, Bertone M⁴, Zucchi S⁵, Giorello M⁶, Olivero G⁷, Cosola A⁸, Crotti D⁹, Sacco R¹⁰, Minniti D¹¹

1. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva - Università di Torino
2. ASL TO 3
3. OO.RR. Rivoli – ASL TO 3



INTRODUZIONE

Negli ultimi anni è cresciuta l'attenzione all'interno delle aziende per l'analisi del clima interno, che è riconosciuto come indicatore della qualità delle relazioni e come predittivo di efficacia ed efficienza delle risorse umane coinvolte. Lo scarto tra le aspettative delle persone e la quotidianità contribuisce a generare un buon clima aziendale: il lavoratore è tanto più produttivo e coinvolto nel processo aziendale quanto più si sente motivato, cioè quanto più vede soddisfatti i propri bisogni e la qualità delle relazioni. Il progetto nasce dalla necessità di intervenire a garanzia del "buon clima aziendale" minato da una serie di criticità, riscontrabili in misura maggiore tra i dipendenti del comparto amministrativo di un Ospedale.



MATERIALI E METODI

La prima fase del lavoro si è soffermata su un'indagine conoscitiva per rilevare il clima "percepito" e il clima "desiderato" per indagarne le diverse visioni e ipotizzare interventi di miglioramento.

La seconda fase del lavoro è stata caratterizzata dall'organizzazione di un Corso di alta formazione rivolto a tutto il personale amministrativo dell'Ospedale di Rivoli e volto a identificare e superare le criticità riportate ed emerse dagli operatori. Il corso, della durata di 120 ore complessive, si è svolto da settembre 2011 a marzo 2012.

La terza fase del lavoro prevede la sensibilizzazione del personale della Direzione Sanitaria a stimolare e incentivare le predisposizioni e le preferenze personali in un ambito professionale dinamico contribuendo al mantenimento di un clima collaborativo e produttivo.

Per stimare la reale efficacia del corso si è scelto di utilizzare i seguenti indicatori:

- verbale con "valutazione cromatica" per valutare il clima oggettivo e la ricezione dell'aula;
- indicatori comportamentali (giorni malattie/giorni lavoro, disponibilità negli orari, disponibilità nelle richieste, efficienza intesa come tempo per l'adempimento del compito);
- questionario conclusivo al corso;
- studio di percorso psicoanalitico (con osservatore dedicato).



RISULTATI

Pur non essendo ancora concluso il periodo formativo, è possibile evidenziare i primi esiti positivi, espressi come:

- ➔ miglior predisposizione alla comunicazione
- ➔ disponibilità alla risoluzione dei conflitti
- ➔ lieve riduzione dei periodi di assenza
- ➔ variazione delle "valutazioni cromatiche".

Sarà tuttavia possibile oggettivare tali risultati solo al termine della formazione.



CONCLUSIONI

Il Corso di alta formazione ha permesso di riportare e mantenere "in buona salute" il livello di preparazione tecnica, relazionale e di ascolto del personale amministrativo dell'Ospedale di Rivoli, nonché di valorizzare tutti gli attori che quotidianamente lavorano in Ospedale.

Il Master ha dimostrato di essere:

Una componente essenziale del processo di motivazione

Una parte sostanziale e integrante del sistema premiante

Un'occasione di confronto/dibattito fra professionisti dell'Ospedale appartenenti a diversi profili, nell'ottica di un'assistenza integrata e rispettosa della dignità della persona

Uno stimolo allo sviluppo di modalità organizzative che privilegino la collaborazione e la condivisione di valori etici e professionali

Creato con



IMPLEMENTAZIONE DI UN MODELLO INTEGRATO DI GESTIONE DEI RISCHI IN UN'AZIENDA OSPEDALIERA

Gimigliano A*, Petrina R**, Grappiolo A*, Tartaglia A*, M. Errico*, Reitano F***, Monza G*.

*Direzione Medica di Presidio - Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano;

Responsabile Area Risk Management - Divisione Enti Pubblici e Sanità - Inser SpA - Broker di Assicurazioni; *Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

Parole chiave: risk management, incident reporting, sistema informatico.

Introduzione. Un'efficace ed efficiente attività di monitoraggio degli eventi avversi fornisce importanti spunti di riflessione organizzativa alle Direzioni Sanitarie e Mediche di Presidio che, attraverso l'analisi degli eventi, possono mutuare elementi di ri-orientamento di Modelli Assistenziali per i quali, nel tempo, possono venire meno gli strumenti di verifica strutturati autonomamente dalla singole organizzazioni, sia macroscopiche (Aziende) che microscopiche (UU.OO. e/o Equipe multi professionali).

In quest'ottica l'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano ha deciso di fornire alla propria organizzazione uno strumento di comunicazione e condivisione che potesse raggiungere, il più capillarmente possibile, le sue unità costitutive arrivando sino al "desktop" di ogni operatore. L'obiettivo è quello di costruire una rete di sorveglianza attiva che coinvolga tutti gli operatori rendendoli partecipi anche degli esiti della propria collaborazione.

Contenuti. Il nuovo modello adottato prevede l'introduzione, con il supporto del Broker Assicurativo Inser SpA, di un sistema informatico, il Web Hospital Risk Management, composto di 2 moduli: il primo configura una scheda di segnalazione per l'Incident Reporting, a cui tutti i dipendenti possono accedere attraverso il link anonimo apposto sull'Intranet aziendale; il secondo realizza un pannello di controllo ad uso del Risk Manager aziendale, con il quale è possibile processare le segnalazioni pervenute al sistema e monitorare l'esito delle valutazioni e delle azioni correttive e preventive messe in atto. Le aree censite riguardano: near miss, eventi senza danno, eventi con danno e eventi sentinella.

Il sistema prevede che, successivamente all'acquisizione della segnalazione, venga reso in tempo reale il feedback al segnalatore.

Il modello è in accordo con quanto previsto dalla attuale normativa (Regionale e Nazionale) in quanto incentiva:

- il processo di comunicazione aziendale in termini di diffusione della scheda di segnalazione a tutti i dipendenti dell'A.O. e l'integrazione fra le attività di intervento del Risk Manager e della altre funzioni dedicate;
- il processo di diffusione della cultura dei rischi, in quanto l'operatività di un modello integrato di gestione dei rischi comporta attività formativa sia in fase di sturt up del progetto che in fase di svolgimento dello stesso; in questi termini è prevista l'attività di formazione continua per dare al personale dell'Azienda gli elementi teorici di Risk Management fondamentali per una corretta compilazione della scheda di segnalazione;
- il monitoraggio e l'analisi delle informazioni sul rischio riguardante tutte le aree aziendali, con estrazione di dati qualitativamente attendibili in tempo reale.

Conclusioni. I risultati attesi che saranno valutati dopo 2 semestri di osservazione dell'operatività del sistema sono i seguenti:

- crescita del numero di segnalazioni di Incident Reporting con l'introduzione della scheda informatizzata;
- immediatezza nella raccolta e nel monitoraggio dei dati inseriti anche al fine di adempiere agli obblighi normativi fornendo tali dati ad Istituzioni quali Regione e/o Ministero della Salute;
- miglioramento dei processi di comunicazione aziendale;
- misurazione dell'efficienza e dell'efficacia delle azioni correttive e preventive introdotte;
- integrazione a tutti i livelli aziendali (Direzione Strategica, Direzioni Mediche di Presidio e Strutture Complesse) delle attività svolte per la gestione del Rischio Clinico.



Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli ed Oftalmico - Milano
Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione

Implementazione di un modello di gestione dei rischi in un'Azienda Ospedaliera

38°
Congresso Nazionale



Torino
maggio 2011

Gimigliano A*, Petrina R**, Grappiolo A*, Tartaglia A*, M. Errico*, Reitano F***, Monza G*.

*Direzione Medica di Presidio - Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

**Responsabile Area Risk Management - Divisione Enti Pubblici e Sanità - Inser SpA - Broker di Assicurazioni

***Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

INTRODUZIONE

Un'efficace ed efficiente attività di monitoraggio degli eventi avversi fornisce importanti spunti di riflessione organizzativa alle Direzioni Sanitarie e Mediche di Presidio che, attraverso l'analisi degli eventi, possono mutuare elementi di ri-orientamento di Modelli Assistenziali per i quali, nel tempo, possono venire meno gli strumenti di verifica strutturati autonomamente dalla singole organizzazioni, sia macroscopiche (Aziende) che microscopiche (UU.OO. e/o Equipe multi professionali).

In quest'ottica l'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano ha deciso di fornire alla propria organizzazione uno strumento di comunicazione e condivisione che potesse raggiungere, il più capillarmente possibile, le sue unità costitutive arrivando sino al "desktop" di ogni operatore. L'obiettivo è quello di costruire una rete di sorveglianza attiva che coinvolga tutti gli operatori rendendoli partecipi anche degli esiti della propria collaborazione.

CONTENUTI

Il nuovo modello adottato prevede l'introduzione, con il supporto del Broker Assicurativo Inser SpA, di un sistema informatico, il Web Hospital Risk Management, composto di 2 moduli: il primo configura una scheda di segnalazione per l'Incident Reporting, a cui tutti i dipendenti possono accedere attraverso il link anonimo apposto sull'Intranet aziendale; il secondo realizza un pannello di controllo ad uso del Risk Manager aziendale, con il quale è possibile processare le segnalazioni pervenute al sistema e monitorare l'esito delle valutazioni e delle azioni correttive e preventive messe in atto. Le aree censite riguardano: near miss, eventi senza danno, eventi con danno e eventi sentinella.

Il sistema prevede che, successivamente all'acquisizione della segnalazione, venga reso in tempo reale il feedback al segnalatore.

Il modello è in accordo con quanto previsto dalla attuale normativa (Regionale e Nazionale) in quanto incentiva:

- il processo di comunicazione aziendale in termini di diffusione della scheda di segnalazione a tutti i dipendenti dell'A.O. e l'integrazione fra le attività di intervento del Risk Manager e della altre funzioni dedicate;
- il processo di diffusione della cultura dei rischi, in quanto l'operatività di un modello integrato di gestione dei rischi comporta attività formativa sia in fase di sturt up del progetto che in fase di svolgimento dello stesso; in questi termini è prevista l'attività di formazione continua per dare al personale dell'Azienda gli elementi teorici di Risk Management fondamentali per una corretta compilazione della scheda di segnalazione;
- il monitoraggio e l'analisi delle informazioni sul rischio riguardante tutte le aree aziendali, con estrazione di dati qualitativamente attendibili in tempo reale.

CONCLUSIONI

I risultati attesi che saranno valutati dopo 2 semestri di osservazione dell'operatività del sistema sono i seguenti:

- Crescita del numero di segnalazioni di Incident Reporting con l'introduzione della scheda informatizzata;
- Immediatezza nella raccolta e nel monitoraggio dei dati inseriti anche al fine di adempiere agli obblighi normativi fornendo tali dati ad Istituzioni quali Regione e/o Ministero della Salute;
- Miglioramento dei processi di comunicazione aziendale;
- Misurazione dell'efficienza e dell'efficacia delle azioni correttive e preventive introdotte;
- Integrazione a tutti i livelli aziendali (Direzione Strategica, Direzioni Mediche di Presidio e Strutture Complesse) delle attività svolte per la gestione del Rischio Clinico.

LA DIREZIONE DI PRESIDIO NEL PROCESSO DI BUDGET DELLE STRUTTURE: LA CERTIFICAZIONE COME STRUMENTO DI MONITORAGGIO

Grossi Ida¹; Rebagliati Bruna²; Giacobbe Sara³; Corrado Bedogni⁴

¹Direttore Sanitario ASL3 Genovese; ²Direttore Presidio Ospedaliero Unico ASL3 Genovese (DMPO);

³CPSE Infermiere Presidio Ospedaliero Unico (POU) ASL3 Genovese - Referente Area Procedure; ⁴Direttore Generale ASL 3 Genovese

Parole chiave: clinical governance, budget, riorganizzazione aziendale.

Introduzione. Il POU ASL3 GE è stato istituito nel 2008 dalla confluenza di tre Presidi Ospedalieri e un'A.O. deaziendalizzata, per un totale di 6 ospedali. Nel 2011 ha subito una nuova riorganizzazione per la chiusura e la cessione di due ospedali. Tali revisioni di assetto hanno determinato l'esigenza di: PDTA, razionalizzazione delle risorse, implementazione di modelli di Clinical Governance. La DMPO ha adottato un modello di gestione certificato con un ruolo attivo nel processo di Budget delle singole SCCC.

Contenuti. La DMPO:

- ha coordinato la certificazione ISO di tutte le DMMOO degli ospedali del POU;
- ha organizzato la formazione del personale delle Direzioni in tema di clinical governance e controllo di gestione;
- ha pianificato le attività del POU con oltre 20 nuove procedure organizzativo-gestionali, l'accorpamento di SS.CC. operanti su diversi ospedali e organizzato la loro attività trasversale, ha attivato il modello Hub and Spoke dinamico per le chirurgie;
- ha sviluppato la qualità e la formazione del personale, per la sicurezza ed il confronto tra professionisti (il personale sanitario del POU, passava da 2932 dipendenti del ruolo sanitario a 3747);
- ha sperimentato modelli innovativi, organizzativi e gestionali per l'attivazione del reparto di malattie neuro-muscolari con un progetto gestionale pubblico-privato e per la realizzazione di un PDTA ORTO-Medicina-RRF;
- ha supervisionato l'integrazione delle attività dei dipartimenti finalizzata agli obiettivi del POU;
- ha negoziato il budget del POU con la Direzione Generale ed ha partecipato ai budget delle SS.CC., con particolare monitoraggio sui seguenti percorsi: day service ambulatoriali e monitoraggio dei day hospital attivi; attività delle strutture oggetto di flussi informativi in Regione; attività di sala operatoria; attività centro trasfusionale; applicazione procedura per la prescrizione e somministrazione farmacologia; oncologia; prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione e specifiche indagini epidemiologiche; gestione delle cadute in ospedale con monitoraggio dei dati; catena di custodia per pazienti con sospetto utilizzo di alcool/droga; infezioni delle vie urinarie; gestione della documentazione sanitaria;
- ha monitorato gli scostamenti e valutato il raggiungimento degli obiettivi a fine anno;
- ha coinvolto, per tali attività, le singole direzioni di stabilimento ospedaliero con riunioni accreditate ECM.

Conclusioni. Il percorso attivato ha consentito un'attento monitoraggio degli obiettivi assegnati e l'implementazione di un sistema strutturato, uniforme, trasversale al Presidio e consolidato il cui prodotto è esplicitato dai seguenti dati:

- 20 nuove procedure organizzativo-gestionali e loro applicazione in tre anni;
- 46 percorsi di Day Service ambulatoriale aziendali attivati;
- 936 verifiche a campione in tre anni;
- 336 verifiche effettuate, su piano di monitoraggio, su specifici aspetti;
- 100% flussi informativi trasmessi nel rispetto delle scadenze previste;
- 100% applicazione della check list di sala operatoria e monitoraggio inizio attività;
- 100% verifica della documentazione sanitaria con sopralluoghi a campione e sulle cartelle cliniche archiviate;
- riorganizzazione del centro trasfusionale aziendale e gestione delle frigo emoteche;
- formazione capillare per gli aspetti codificati dalle nuove procedure;
- verifica dell'applicazione delle procedure con sopralluoghi e check list condivise e codificate;
- monitoraggio delle infezioni correlate al cateterismo vescicale.



LA DIREZIONE DI PRESIDIO NEL PROCESSO DI BUDGET DELLE STRUTTURE: LA CERTIFICAZIONE COME STRUMENTO DI MONITORAGGIO

°Grossi I., *Rebagliati B., **Giacobbe S., ***Bedogni C.

*Direttore Sanitario ASL 3 Genovese - *Direttore Presidio Ospedaliero Unico ASL3 Genovese (DMPO) -
CPSE Infermiere Presidio Ospedaliero Unico (POU) ASL3 Genovese - Referente Area Procedure - * Direttore Generale ASL 3 Genovese

PAROLE CHIAVE

Clinical Governance - Budget - Riorganizzazione Aziendale

INTRODUZIONE

Il POU ASL3 GE è stato istituito nel 2008 dalla confluenza di tre Presidi Ospedalieri e un'A.O. deaziendalizzata, per un totale di 6 ospedali. Nel 2011 ha subito una nuova riorganizzazione per la chiusura e la cessione di due ospedali. Tali revisioni di assetto hanno determinato l'esigenza di: PDTA, razionalizzazione delle risorse, implementazione di modelli di Clinical Governance. La DMPO ha adottato un modello di gestione certificato con un ruolo attivo nel processo di Budget delle singole SCCC.

CONTENUTI

La DMPO:

1. ha coordinato la certificazione ISO di tutte le DMMOO degli ospedali del POU
2. ha organizzato la formazione del personale delle Direzioni in tema di clinical governance e controllo di gestione
3. ha pianificato le attività del POU con oltre 20 nuove procedure organizzativo-gestionali, l'accorpamento di SS.CC. operanti su diversi ospedali e organizzato la loro attività trasversale, ha attivato il modello Hub and Spoke dinamico per le chirurgie
4. ha sviluppato la qualità e la formazione del personale, per la sicurezza ed il confronto tra professionisti (il personale sanitario del POU, passava da 2932 dipendenti del ruolo sanitario a 3747)
5. ha sperimentato modelli innovativi, organizzativi e gestionali per l'attivazione del reparto di malattie neuro-muscolari con un progetto gestionale pubblico-privato e per la realizzazione di un PDTA ORTO-Medicina-RRF
6. ha supervisionato l'integrazione delle attività dei dipartimenti finalizzata agli obiettivi del POU
7. ha negoziato il budget del POU con la Direzione Generale ed ha partecipato ai budget delle SS.CC., con particolare monitoraggio sui seguenti percorsi:
 - day service ambulatoriali e monitoraggio dei day hospital attivi
 - attività delle strutture oggetto di flussi informativi in Regione
 - attività di sala operatoria
 - attività centro trasfusionale
 - applicazione procedura per la prescrizione e somministrazione farmacologia
 - oncologia
 - prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione e specifiche indagini epidemiologiche
 - gestione delle cadute in ospedale con monitoraggio dei dati
 - catena di custodia per pazienti con sospetto utilizzo di alcool/droga
 - infezioni delle vie urinarie
 - gestione della documentazione sanitaria
8. ha monitorato gli scostamenti e valutato il raggiungimento degli obiettivi a fine anno;
9. ha coinvolto, per tali attività, le singole direzioni

CONCLUSIONI

Il percorso attivato ha consentito un'attento monitoraggio degli obiettivi assegnati e l'implementazione di un sistema strutturato, uniforme, trasversale al Presidio e consolidato il cui prodotto è esplicitato dai seguenti dati:

1. 20 nuove procedure organizzativo-gestionali e loro applicazione in tre anni
2. 46 percorsi di Day Service ambulatoriale aziendali attivati
3. 936 verifiche a campione in tre anni
4. 336 verifiche effettuate, su piano di monitoraggio, su specifici aspetti
5. 100% flussi informativi trasmessi nel rispetto delle scadenze previste
6. 100% applicazione della check list di sala operatoria e monitoraggio inizio attività
7. 100% verifica della documentazione sanitaria con sopralluoghi a campione e sulle cartelle cliniche archiviate
8. riorganizzazione del centro trasfusionale aziendale e gestione delle frigo emoteche
9. formazione capillare per gli aspetti codificati dalle nuove procedure
10. verifica dell'applicazione delle procedure con sopralluoghi e check list condivise e codificate
11. monitoraggio delle infezioni correlate al cateterismo vescicale

PEROSSIDO D'IDROGENO E IONI ARGENTO PER LA BONIFICA DELLE ACQUE CONTAMINATE DA LEGIONELLA

S. Guarducci^o, A. Alessandri^{*}, A. Appicciafuoco^{*}, G. Bonaccorsi[§], P. Bonanni[§], S. Brugnoli^{*}, V. Ceccherini^o, N. Comodo[§], S. Naldini^{*}, L. Nozzoli, B. Rosadoni

^o Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze;

^{*} Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze; [§] Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

Parole chiave: legionella, perossido di argento.

Introduzione. La legionellosi è una malattia grave a letalità elevata.

Sin dalla progettazione del sistema impiantistico ospedaliero è importante prevedere tutte le possibili cause di colonizzazione e proliferazione batterica. La gestione del rischio da legionellosi nosocomiale necessita di un sistema globale che sia in grado di prevenire prima che si verifichi il caso o il cluster di casi di malattia, o comunque di rilevare in modo efficiente ed efficace i casi isolati o raggruppati e, successivamente, di adottare azioni correttive per il conseguimento della massima riduzione possibile del rischio.

Contenuti. Nell'Ospedale San Giovanni di Dio viene applicata la procedura dell'Azienda USL 10 di Firenze per la prevenzione e il controllo della legionellosi che ha la finalità di fornire procedure omogenee all'interno di tutti i presidi ospedalieri, nella quale vengono descritti gli interventi di manutenzione sull'impianto idrico, le metodiche di campionamento e le procedure da adottare in presenza di un caso di legionellosi e/o di campioni positivi per la Legionella.

A luglio 2011, in seguito al riscontro di elevati valori di contaminazione in alcuni dei punti critici che vengono monitorati regolarmente, si è reso necessario procedere alla bonifica.

L'applicazione delle principali metodiche di bonifica dalla contaminazione delle reti idriche nell'Ospedale San Giovanni di Dio, costruito nel 1982, risulta però difficile. Infatti, l'iperclorazione può provocare corrosione di tubi già obsoleti e distacco di un biofilm con eventuali problematiche di intasamento e/o perdite idrauliche. Per l'effettuazione dello shock termico, invece, oltre ad essere necessaria una gestione complessa, permane l'incertezza relativa alla possibilità che l'impianto permetta il raggiungimento e il mantenimento di una temperatura dell'acqua efficace.

Si sono resi pertanto necessari la ricerca e l'uso di una metodiche alternative, in particolare nel nostro presidio abbiamo effettuato il trattamento con perossido di idrogeno e ioni argento, anche se non validato da un numero elevato di studi sperimentali, testandolo inizialmente su una delle tre sottocentrali del presidio. La bonifica ha previsto la sanitizzazione della rete di distribuzione acqua calda sanitaria ed è stata eseguita mediante sistema di dosaggio di perossido di idrogeno stabilizzato e ioni argento, con il mantenimento delle concentrazioni desiderate per 5 ore, per effettuare un dosaggio shock con rilevamento di concentrazione residua nei punti distali non inferiore a 100 ppm.

È stato necessario avvisare tutti i reparti interessati di non usare l'acqua calda sanitaria durante il periodo di bonifica, poiché durante il trattamento l'acqua è da considerarsi precauzionalmente non potabile e irritante al contatto con la pelle. Tale trattamento ha comportato una riduzione significativa della concentrazione delle Unità Formanti Colonie, che si sono mantenute basse anche a distanza di 6 mesi, tanto che il trattamento è stato eseguito anche sulle altre due sottocentrali con gli stessi risultati positivi.

Conclusioni. La bonifica con perossido di idrogeno e ioni argento ha garantito una riduzione significativa della concentrazione delle Unità Formanti Colonie di Legionella nella rete idrica dell'Ospedale San Giovanni di Dio.



Perossido d'idrogeno e ioni argento per la bonifica delle acque contaminate da Legionella

S. Guarducci^o, A. Alessandri^{*}, A. Appicciafuoco^{*}, G. Bonaccorsi[§], P. Bonanni[§], S. Brugnoli^{*}, V. Ceccherini^o, N. Comodo[§], S. Naldini^{*}, L. Nozzoli, B. Rosadoni
Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio - Azienda Sanitaria di Firenze
Dipartimento di Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze
Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva



INTRODUZIONE

Sin dalla progettazione del sistema impiantistico ospedaliero è importante prevedere tutte le possibili cause di colonizzazione e proliferazione batterica. La gestione del rischio da legionellosi nosocomiale necessita di un sistema globale che sia in grado di prevenire prima che si verifichi il caso o il cluster di casi di malattia, o comunque di rilevare in modo efficiente ed efficace i casi isolati o raggruppati e, successivamente, di adottare azioni correttive per il conseguimento della massima riduzione possibile del rischio.

CONTENUTI

Nel Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio viene applicata la procedura dell'Azienda USL 10 di Firenze per la prevenzione e il controllo della legionellosi, che ha la finalità di fornire procedure omogenee all'interno di tutti i presidi ospedalieri, nella quale vengono descritti gli interventi di manutenzione sull'impianto idrico, le metodiche di campionamento e le procedure da adottare in presenza di un caso di legionellosi e/o di campioni positivi per la Legionella.

A luglio 2011, in seguito al riscontro di elevati valori di contaminazione in alcuni dei punti critici che vengono monitorati regolarmente, si è reso necessario procedere alla bonifica dell'impianto idrico sanitario per la distribuzione di acqua calda. L'applicazione delle principali metodiche di bonifica dalla contaminazione delle reti idriche nell'Ospedale San Giovanni di Dio, costruito nel 1982 e dotato quindi di tubature obsolete, risulta però difficile. Si sono resi pertanto necessari la ricerca e l'uso di una metodiche alternative, in particolare nel nostro presidio abbiamo effettuato il trattamento con perossido di idrogeno e ioni argento, anche se non validato da un numero elevato di studi sperimentali, testandolo inizialmente su una delle tre sottocentrali del presidio.

La bonifica prevedeva la sanificazione della rete di distribuzione di acqua calda sanitaria a dosaggio shock di perossido di idrogeno stabilizzato e ioni argento per la durata di 5 ore continuative, secondo il seguente protocollo:

ORE 9.00: INIZIO DOSAGGIO DEL PRODOTTO FINO AL RAGGIUNGIMENTO DELLA CONCENTRAZIONE DI 100 ppm

ORE 10.00: STAZIONAMENTO PRODOTTO E FISSAGGIO DELLE UTENZE

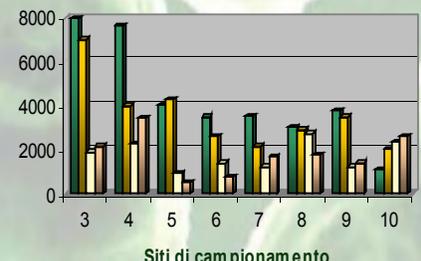
ORE 15.00: INTERRUZIONE DOSAGGIO E FLUSSAGGIO DI TUTTE LE UTENZE FINO ALLO SPURGO DEL PRODOTTO

ORE 19.00: RIPRISTINO DOSAGGIO DI MANTENIMENTO E VERIFICA CONCENTRAZIONE FINALE ALLE UTENZE PIU' DISTALI

È stato necessario avvisare tutti i reparti interessati di non usare l'acqua calda sanitaria durante il periodo di bonifica, poiché durante il trattamento l'acqua è da considerarsi precauzionalmente non potabile e irritante al contatto con la pelle.

CONCLUSIONI

Concentrazione di UFC di Legionella nella rete idrica dell'Ospedale San Giovanni di Dio - Sottocentrale A



Siti di campionamento

- I getto - Prima del trattamento
- II getto - Prima del trattamento
- I getto - Dopo il trattamento
- II getto - Dopo il trattamento

SOTTOCENTRALE A			
		PRIMA	DOPO
NSGD - 3	I° GETTO	8000	1900
	II° GETTO	7000	2150
NSGD - 4	I° GETTO	7650	2300
	II° GETTO	4000	3450
NSGD - 5	I° GETTO	4050	950
	II° GETTO	4300	550
NSGD - 6	I° GETTO	3500	1400
	II° GETTO	2600	800
NSGD - 7	I° GETTO	3550	1250
	II° GETTO	2150	1700
NSGD - 8	I° GETTO	3050	2750
	II° GETTO	2900	1800
NSGD - 9	I° GETTO	3800	1250
	II° GETTO	3500	1400
NSGD - 10	I° GETTO	1100	2350
	II° GETTO	2050	2600

Concentrazione di UFC di Legionella nella rete idrica dell'Ospedale San Giovanni di Dio - Sottocentrale A

La bonifica con perossido di idrogeno e ioni argento ha garantito una riduzione significativa della concentrazione delle Unità Formanti Colonie di Legionella nella rete idrica dell'Ospedale, che si sono mantenute basse anche a distanza di 6 mesi, tanto che il trattamento è stato eseguito anche sulle altre due sottocentrali con gli stessi risultati positivi.

PROPOSTA DI MODELLO “HUB E SPOKE” PER L’ATTIVITÀ DI EMERGENZA DI CHIRURGIA VASCOLARE IN UN ASL

Enrico Guida¹; Margherita Lalla²; Roberta Costa³

¹Direttore UOC Servizio Qualità ASL NA1 centro; ²Dirigente Medico Servizio Qualità ASL NA1 centro;

³Dirigente medico ASL NA1 centro

Parole chiave: modello hub e spoke ASL.

Introduzione. La necessità di garantire un comune percorso assistenziale a tutti i pazienti afferenti ai Presidi Ospedalieri dell’Azienda ha indotto il Servizio Qualità a fornire l’indispensabile supporto metodologico per la costruzione di un modello assistenziale che consentisse la gestione dell’attività interventistica di urgenza della Chirurgia Vascolare aziendale.

Tale attività risulta, infatti, svolta solo da due dei sette presidi costituenti l’area ospedaliera aziendale.

Contenuti. L’assetto organizzativo aziendale, costituito all’epoca da due Dipartimenti (EST e OVEST) coordinanti le attività dei sette ospedali, ha indotto l’elaborazione di un modello organizzativo del tipo hub e spoke, individuando, per ciascun dipartimento, come sede HUB il presidio che garantiva l’attività di chirurgia vascolare, perché provvisto di UOC specialistica, e come sedi SPOKE gli altri ospedali afferenti al medesimo Dipartimento.

Altresì, indispensabile è risultata l’adozione di percorsi organizzativi con strategie di comportamento clinico la cui condivisione ha rappresentato un elemento imprescindibile per garantire, attraverso il coordinamento tra le varie strutture ospedaliere coinvolte, il modello proposto.

Tale regolamentazione, richiedente una integrazione di saperi organizzativi e clinici, è stata il risultato di specifica attività di audit tra i Dipartimenti ospedalieri, le Direzioni Sanitarie presidiali e tutti i medici coinvolti: specialisti delle Chirurgie Vascolari delle sedi HUB e medici dei pronto soccorso delle sedi SPOKE individuate.

Conclusioni. Si auspica che il modello organizzativo proposto, che ha rappresentato per il Servizio Qualità aziendale anche l’opportunità per promuovere e sostenere la realizzazione, il coordinamento e la valutazione di un percorso assistenziale finalizzato anche alla gestione del rischio clinico, possa garantire i medesimi standard assistenziali presso tutti i Presidi aziendali ai pazienti configurantisi come una “emergenza vascolare” da trattare chirurgicamente.

GOVERNO ETICO DELL'INNOVAZIONE: LA PROSPETTIVA DELL'HTA

Margherita Lalla¹; Enrico Guida²; Roberta Costa³

¹Dirigente Medico Servizio Qualità ASL NA1 centro; ²Direttore UOC Servizio Qualità ASL NA1 centro;

³Dirigente medico ASL NA1 centro

Parole chiavi: HTA, etica.

Introduzione. Nell'ambito del processo strutturato e multidimensionale di analisi e decisioni che caratterizza l'Health Technology Assessment (HTA), l'impatto della tecnologia è valutato a vari livelli: clinico, economico, organizzativo, politico, sociale, psicologico ed etico.

L'alto contenuto tecnologico della medicina moderna, infatti, solleva questioni di carattere clinico (dimostrazione dell'efficacia, sicurezza, indicazioni) ed economico (contenimento della spesa); diventa, pertanto, prioritaria l'esigenza di un uso appropriato delle risorse e del loro migliore impiego tra diverse alternative. L'aspetto etico, in linea con la letteratura al riguardo, in particolare quella dei Paesi Scandinavi, risulta coinvolgere in maniera trasversale tutti i livelli precedenti, ponendo la necessità di maggiori approfondimenti delle tematiche etiche che emergono nel processo di valutazione delle tecnologie sanitarie.

Contenuti. Dall'indagine avviata dall'INAHTA e portata a termine dall'EU NET HTA, agenzie mondiali che si occupano di HTA, diversi risultano gli approcci alle valutazioni etiche attualmente considerati.

Il paradigma principialista di Beuchamp e Childress, utilizzato fin dagli anni '70, quale strumento per orientare gli operatori sanitari nelle scelte sui dilemmi etici sottesi ai problemi biomedici, si è posto come un importante riferimento per declinare gli aspetti etici delle tecnologie sanitarie nella fase iniziale di valutazione, avviata in via sperimentale presso il Servizio Qualità aziendale.

Si è, infatti, ritenuto che l'approccio principialista, basato sui principi di autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia, nel superamento di una pratica medica caratterizzata da un "paternalismo autoritario", possa dilatare i confini della responsabilità professionale, chiamata a conciliare la pluralità dell'Ethos individuale con l'Etica della comunità.

Tanto è stato considerato in linea con l'approccio metodologico condiviso utilizzato dall'HTA che, nel consentire non già di valutare la bontà della tecnologia in esame, ma la sua preferibilità rispetto alle alternative possibili, promuove la sostenibilità del sistema delle cure, armonizzando l'interesse del singolo con quello della comunità.

L'applicazione della checklist proposta da Hoffmann (2005), in una fase avanzata di valutazione, consentendo di esplorare, tra le varie aree di indagine, anche quella dei "portatori di interesse", potrebbe inoltre configurarsi anche come potente strumento nel processo di evoluzione del rapporto tra imprese biomedicali e sanità pubblica secondo un modello di collaborazione e corresponsabilità in un ambito delicato e complesso quale quello della salute, per conseguire il governo condiviso dell'innovazione.

Conclusioni. In linea con la letteratura al riguardo, gli autori ritengono rilevante l'analisi degli aspetti etici e sociali nel modello di valutazione dell'HTA e ne auspicano una sistematizzazione metodologica, che, nella prospettiva del governo etico dell'innovazione, potrebbe segnare il passaggio dalla tecnocrazia ad una tecnologia a servizio dell'individuo, concretizzando l'auspicio che "la tecnologia esige di completarsi in un antropologia globale in cui possa trovare un ruolo accanto alle altre dimensioni dell'uomo" (E. Sgreccia).

RIORGANIZZAZIONE DEL PROCESSO DI PATIENT FLOW PRESSO L'OSPEDALE MAGGIORE DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

Mauro Goletti, Antonio Rossi, Bruna Zuenelli, Claudio Lazzari, Manuela Panico

Direzione Medica di Presidio – Ospedale Maggiore di Bologna - AUSL di Bologna

Parole chiave: patient flow, pronto soccorso, dimissione ospedaliera.

Introduzione. Per rendere l'ospedale più funzionale alle esigenze dei pazienti e degli operatori sanitari la Direzione Medica ha deciso in accordo con la Direzione Sanitaria ed i clinici, di riorganizzare il processo di patient flow alla luce delle difficoltà emerse nel corso dell'anno 2011 nell'ottica di facilitare il processo di ricovero e dimissione. L'ingresso in ospedale attraverso il Pronto Soccorso presenta nel tempo elementi di estrema variabilità ed è pertanto necessario un presidio continuo del processo. Il tema è di estrema attualità e meritevole di attenzione da parte dei cittadini, dei media e degli operatori del servizio sanitario come emerso da recenti eventi della cronaca nazionale ed è legato anche al crescente utilizzo di prestazioni di pronto Soccorso, non sempre appropriate per il quale oggi l'anziano o il malato cronico finiscono in PS e il cittadino preferisce accedere a prestazioni certe e rapide a seguito di lunghe liste di attesa per accedere a prestazioni ambulatoriali o per le risposte deboli di presa in carico sul territorio.

Contenuti. Nel corso del 2011 si è assistito ad un progressivo aumento dell'afflusso di pazienti al PS: 56.000 al PSG e 33.000 sul versante ortopedico. L'Ospedale Maggiore di Bologna rappresenta pertanto una porta di accesso importante per la sanità bolognese ed è centro di riferimento per trauma center. L'incremento degli accessi e del filtro da PS ha comportato difficoltà organizzative all'interno dei reparti internistico geriatrici ritrovandosi a gestire frequentemente posti letto soprannumerari oltre ad una disomogenea ripartizione degli accessi aggiuntivi nelle 4 UU.OO di Medicina e di Geriatria. Nei periodi di sovraffollamento delle Medicine – con forte discrepanza tra la domanda e l'offerta in termini di posti letto – si è proceduto all'apertura di un ulteriore reparto di medicina (denominata Medicina P "Polmone"). La Medicina P è stata aperta nel periodo invernale fino al 20 aprile 2011 e in estate dall'1/8 al 10/10. La gestione clinica era affidata a turno da parte di medici delle Medicine con incremento di risorse infermieristiche a tempo determinato e di un medico a tempo pieno. Di norma l'organizzazione dei ricoveri da PS si basa su di una disponibilità storica di 215 PL a settimana; Per 5 mesi il numero di ricoveri è stato maggiore. La Medicina P inoltre ha assunto progressivamente una funzione di "appoggio" per le altre UU.OO in sofferenza. Gli accessi al PS sono incrementati progressivamente con relativo peggioramento del filtro (ricoveri/accessi). Ciò ha comportato inevitabilmente un aggravio dal punto di vista assistenziale. Da tempo al centro del dibattito è da sempre il numero di posti letto necessario per ricoverare dal PS tutti coloro che ne hanno necessità. Legittimo domandarsi, allora, in quale modo redistribuire la risorsa posto letto in un contesto di risorse sempre più limitate. A seguito delle difficoltà emerse (alto tasso di occupazione, alto filtro ed elevato n. di accessi), si è successivamente deciso di proporre una revisione del progetto attraverso la definizione di una nuova gestione della stessa istituendo la Medicina F ("fast", "flexibility", "follow up", "filter"), ad alto turn over (con deg medica 6,2), con la stessa dotazione di PL, con ingressi esclusivi da PS o Medicina d'Urgenza al fine di limitare al massimo che ai reparti di Medicina e Geriatria vengano trasferiti pz soprannumerari e quindi con l'obiettivo di rispettare il debito da giornaliero. La responsabilità clinica e gestionale della Medicina F viene affidata alla equipe del PS e Medicina d'Urgenza; confermate le precedenti risorse infermieristiche incentivando un'ampia integrazione operativa medico-infermieristica.

Conclusione. Gli accessi ai PS italiani sono di difficile controllo se non con azioni mirate a migliorare l'educazione rivolta ai cittadini rispetto all'utilizzo del servizio in urgenza con l'opportunità di rivedere il ruolo del medico curante istituendo sul territorio le tante attese Case della salute, luogo della integrazione dei servizi sanitari e sociali e, quindi, uno snodo fondamentale dei percorsi clinico-assistenziali. Il dibattito sulla chiusura dei PL è quanto mai aperto; margini di intervento esistono ma la Direzione Sanitaria ha preferito assegnare PL in relazione al reale fabbisogno riconvertendo la tipologia di PL autorizzati in ospedale. Il nuovo modello ha determinato una serie di azioni di miglioramento: identificazione di un referente medico di Direzione Medica addetto alla gestione del posto letto; presidio e dialogo continuo con i clinici (telefonate, sopralluoghi, mailn discussione dei casi); attenzione giornaliera alla ripartizione dei PL; coinvolgimento attivo dei clinici con assegnazione di responsabilità nel rendicontare le previsioni di dimissioni; miglioramento rapporti medico infermiere (briefing e debriefing); responsabilizzazione dell'equipe medica PS a gestire un reparto di medicina (diverso da medicina d'Urgenza).

LA DIREZIONE SANITARIA E IL COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI DONAZIONE E PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI

Le Gouëllec L°, Vigna I*, Mitola B*, Vitale A*, Borsotti M***, Guermani A§, Malvasio P**

* Dirigente Medico S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero (DMPO); ** Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero; *** Direttore Sanitario d'Azienda – A.O. Ordine Mauriziano – Ospedale Umberto I di Torino; § Dirigente Medico Coordinamento regionale delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti (CRP)- A.O.U. San Giovanni Battista; ° Medico in Formazione Specialistica in Medicina e Igiene Preventiva, Università degli Studi di Torino

Parole chiave: donazioni cornee, Torino, coordinatore locale.

Introduzione. Il trapianto è un'efficace terapia per alcune patologie che colpiscono organi o tessuti e, grazie all'esperienza acquisita negli anni, consente al paziente durata e qualità di vita che nessun'altra terapia è in grado di garantire. Il trapianto è l'ultimo atto di un complesso processo frammentato in vari reparti della stessa Azienda e in varie Aziende/Enti della stessa Regione, che vede coinvolte una pluralità di figure professionali diverse che devono essere coordinate tra loro, in un limitato spazio temporale, per garantire la necessaria integrazione delle fasi e delle attività correlate. La donazione è il primo e cruciale momento, senza il quale l'intero sistema non può attivarsi. Proprio in considerazione dell'importanza della fase di procurement del donatore ed alla luce del modello spagnolo, la normativa nazionale richiede di identificare a livello aziendale, tra i dipendenti, un coordinatore ospedaliero, che ha il compito di promuovere la donazione degli organi e di tessuti e di supportare operativamente il processo. L'AO Mauriziano ha da alcuni anni individuato la figura del Coordinatore ospedaliero in un Dirigente Medico della DMPO.

Contenuti. In Piemonte i coordinatori ospedalieri sono medici di DMPO (20%), anestesisti rianimatori (80%), neurologi (1 caso): la scelta ha tenuto conto degli aspetti clinici di gestione del donatore e psicologici dei familiari (rianimatori), ma anche del grande impegno gestionale ed organizzativo (DMPO). I coordinatori ospedalieri medici di DMPO sono infatti stati scelti dal CRP là dove era importante costruire ed agevolare un percorso donazione – prelievo. Al Mauriziano (AO con 448 pl: 402 di RO e 46 di DH, con circa 15000 RO, 8000 DH/day surgery) dopo un incremento pressoché costante del numero di donazioni dal 2006 al 2008, si è assistito ad una diminuzione sia delle segnalazioni dei potenziali donatori sia dei prelievi nel 2009. Il 2010 è stato caratterizzato da un aumento di questi due dati prima del loro crollo nel 2011, fino ad arrivare ad Aprile 2012 con 3 donazioni di cornee.

Negli anni, presso l'AOOM, si sono moltiplicate le azioni volte ad incentivare l'atto della donazione. Dal 2009 sono inseriti tra gli obiettivi aziendali dei Dipartimenti la sensibilizzazione del personale medico e infermieristico dei reparti di degenza, affinché venga prospettata sempre, in caso di decesso, la possibilità di donazione di cornee e l'applicazione in tutti i casi di decesso dei criteri per la selezione dei donatori e in caso di possibilità di donazione, la richiesta del consenso ai familiari. Inoltre sono stati effettuati due corsi all'anno di formazione e di sensibilizzazione del personale sanitario con relativo accreditamento Regionale. Dal 01/01/12, si attua una sorveglianza attiva, con contatto telefonico dei reparti coinvolti in ogni caso di potenziale donatore non segnalato.

Conclusioni. L'approccio integrato, con sorveglianza attiva, si pone l'obiettivo di sensibilizzare ulteriormente il personale medico ed infermieristico coinvolto e di rendere l'approccio alla donazione un atto simil-routine, facente parte integrante del percorso assistenziale. Questa nuova strategia è oggetto di monitoraggio giornaliero: nei primi mesi del 2012 si è già raggiunto il numero di segnalazioni delle donazioni di cornee riscontrato in tutto il 2011. Inoltre si è già effettuato un prelievo multiorgano. I risultati definitivi saranno valutati a fine anno e saranno inseriti, a cura della DMPO, nel report aziendale annuale.



Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino



REGIONE PIEMONTE

La Direzione Sanitaria e il coordinamento delle attività di donazione e prelievo di organi e tessuti

Le Gouëllec L°, Vigna I*, Mitola B*, Vitale A*, Borsotti M*, Malvasio P****

* **Dirigente Medico S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**
 ** **Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**
 *** **Direttore Sanitario d'Azienda**
 ° **Medico in Formazione Specialistica in Medicina e Igiene Preventiva, Università Degli Studi di Torino**
A.O. Ordine Mauriziano – Torino



INTRODUZIONE

Il trapianto è un'efficace terapia per alcune patologie che colpiscono organi o tessuti. Grazie all'esperienza acquisita negli anni il trapianto consente al paziente durata e qualità di vita che nessun'altra terapia è in grado di garantire. Il trapianto costituisce l'ultimo atto di un complesso processo frammentato in vari reparti della stessa Azienda e in varie Aziende/Enti della stessa Regione che vede coinvolte una pluralità di figure professionali diverse che devono essere coordinate tra loro, peraltro in un limitato spazio temporale, per garantire la necessaria integrazione delle fasi e delle attività correlate. La donazione è il primo e cruciale momento, senza il quale l'intero sistema non può attivarsi. Proprio in considerazione dell'importanza della fase di procurement del donatore ed alla luce del modello spagnolo (paese europeo con la maggior percentuale di donatori e con la migliore organizzazione del sistema dei trapianti) la normativa nazionale richiede di identificare a livello aziendale, tra i dipendenti, un coordinatore locale, che ha il compito di promuovere la donazione degli organi e di tessuti e di supportare operativamente il processo. L'AO Mauriziano ha da alcuni anni individuato la figura del Coordinatore locale in un Dirigente Medico della DMPO.

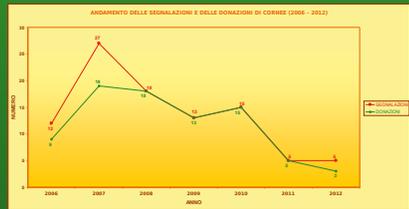
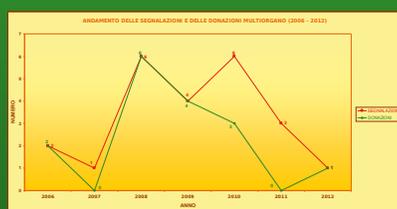


"Chi aspetta un organo, non aspetta altro"



STATO DELL'ARTE

In Piemonte i coordinatori locali sono medici di DMPO (20%), anestesisti rianimatori (80%), neurologi (1 caso): la scelta ha tenuto conto degli aspetti clinici di gestione del donatore e psicologici dei familiari (rianimatori) ma anche del grande impegno gestionale ed organizzativo (DMPO). Al Mauriziano (Azienda ospedaliera con 448 posti letto: 402 di ricovero ordinario e 46 di day hospital, che effettua circa 15.000 ricoveri ordinari e 8.000 DH/day surgery all'anno) dopo un incremento pressoché costante del numero di donazioni dal 2006 al 2008, si è assistito ad una diminuzione sia delle segnalazioni dei potenziali donatori sia dei prelievi nel 2009. Il 2010 è stato caratterizzato da un aumento di questi due dati prima del loro crollo nel 2011, fino ad arrivare al 1° Aprile 2012 con 3 sole donazioni di cornee.



PROVVEDIMENTI INTRAPRESI

Negli anni, presso il Mauriziano, si sono moltiplicate le azioni volte ad incentivare l'atto della donazione. Dal 2009 tra gli obiettivi aziendali dei Dipartimenti sono inseriti la sensibilizzazione del personale medico e infermieristico dei reparti di degenza, affinché venga prospettata sempre, in caso di decesso, la possibilità di donazione di cornee e l'applicazione in tutti i casi di decesso dei criteri per la selezione dei donatori e in caso di possibilità di donazione, la richiesta del consenso ai familiari. Inoltre sono stati effettuati due corsi all'anno di formazione e di sensibilizzazione del personale sanitario con relativo accreditamento Regionale. Dal 01.01.2012, si attua una sorveglianza attiva, con contatto telefonico dei reparti coinvolti in ogni caso di potenziale donatore non segnalato.






CONCLUSIONI

L'approccio integrato, con sorveglianza attiva, si pone l'obiettivo di sensibilizzare ulteriormente il personale medico ed infermieristico coinvolto e di rendere l'approccio alla donazione un atto simil-routine, facente parte integrante del percorso assistenziale. Questa nuova strategia è oggetto di monitoraggio giornaliero: nei primi mesi del 2012 si è già raggiunto il numero di segnalazioni delle donazioni di cornee riscontrato in tutto il 2011. Inoltre si è già effettuato un prelievo multiorgano. I risultati definitivi saranno valutati a fine anno e saranno inseriti, a cura della DMPO, nel report aziendale annuale.



HUMAN ORGAN DONOR CARD

OFFERTA ATTIVA DEL VACCINO 13-VALENTE IN CAMPANIA: ANALISI ECONOMICA DEI POSSIBILI SCENARI

Liguori G¹, Parlato A², Scaletti A³, Belfiore P¹, Russo P², Gallé F¹, Granata MR², Lauro E¹, Pecci F⁴, Zamparelli B⁵ & Società Italiana di Health Horizon Scanning (SIHHS)

¹ Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi territoriali, Università degli Studi di Napoli "Parthenope", Presidente SIHHS; ² Area Dipartimentale di Epidemiologia e Prevenzione, ASL NA2 Nord; ³ Dipartimento di Studi Aziendali, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"; ⁴ Dirigente Medico ASL NA2 Nord, Segretario SIHHS; ⁵ Direttore Sanitario Ospedaliero, Vicepresidente SIHHS

Parole chiave: vaccinazione antipneumococcica, Health Technology Assessment (HTA), Budget Impact Analysis (BIA).

Introduzione. Negli ultimi anni, il vaccino antipneumococco eptavalente Prevenar[®] ha rappresentato in alcuni contesti il vaccino coniugato più utilizzato. L'esigenza di aumentare il numero di seriotipi coperti dalla vaccinazione ha condotto alla messa a punto di una formulazione 13valente (Prevenar 13[®]) contenente 6 seriotipi addizionali rispetto alla precedente. Tale vaccino si è dimostrato altrettanto efficace e capace di aumentare la copertura nei confronti dei seriotipi di *S. pneumoniae* più diffusi.

In Italia, l'offerta della vaccinazione antipneumococcica pediatrica appare ancora diversificata da regione a regione. La vaccinazione antipneumococcica può essere considerata, a diversi livelli, un'opportunità per riorganizzare l'intero sistema delle politiche vaccinali nelle varie realtà della nostra penisola, nel tentativo di migliorare l'efficienza dell'offerta vaccinale.

In Campania la situazione è peculiare, infatti solo alcune AASSLL offrono attivamente il vaccino mentre altre lo somministrano in co-payment. La disomogeneità delle politiche vaccinali tra le diverse province rappresenta un determinante dell'aumento delle disuguaglianze in salute: la situazione andrebbe uniformata mantenendo una linea comune.

Contenuti. È stata effettuata una valutazione HTA sull'eventuale convenienza economica dell'offerta attiva del nuovo vaccino antipneumococcico Prevenar 13[®] in Campania, considerando i due possibili scenari: assenza o presenza di un programma regionale di offerta attiva a tutti i nuovi nati. Una volta implementato il programma vaccinale, è stato calcolato il numero di casi di malattia previsti allorché raggiunti livelli di copertura vaccinale del 50%, dell'80% e del 100%. L'analisi ha preso in considerazione la prospettiva del SSN in un arco temporale di due anni dall'attivazione del programma vaccinale.

Conclusioni. Pur non considerando i benefici ottenibili almeno fino a 10 anni dalla vaccinazione, né l'effetto indiretto sulla popolazione dovuto all'*herd immunity*, l'indagine ha mostrato che la vaccinazione antipneumococcica consentirebbe di risparmiare risorse (*cost saving*). L'adozione del Prevenar 13 a tutti i nuovi nati può essere considerata, pertanto, una strategia di politica sanitaria regionale estremamente conveniente dal punto di vista economico, oltre che da quello dell'efficacia clinica.



OFFERTA ATTIVA DEL VACCINO 13-VALENTE IN CAMPANIA: ANALISI ECONOMICA DEI POSSIBILI SCENARI

Liguori G¹, Parlato A², Scaletti A³, Belfiore P¹, Russo P², Gallé F¹, Granata MR², Longanella W¹, Pecci F⁴, Zamparelli B⁵ & Società Italiana di Health Horizon Scanning (SIHHS)

¹ Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi territoriali, Università degli Studi di Napoli "Parthenope", Presidente SIHHS
² Area Dipartimentale di Epidemiologia e Prevenzione, ASL NA2 Nord
³ Dipartimento di Studi Aziendali, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"
⁴ Dirigente medico ASL NA2 Nord, Segretario SIHHS
⁵ Direttore Sanitario Ospedaliero, Vicepresidente SIHHS

Introduzione. Negli ultimi anni, il vaccino antipneumococco eptavalente Prevenar[®] ha rappresentato in alcuni contesti il vaccino coniugato più utilizzato. L'esigenza di aumentare il numero di seriotipi coperti dalla vaccinazione ha condotto alla messa a punto di una formulazione 13valente (Prevenar 13[®]) contenente 6 seriotipi addizionali rispetto alla precedente. Tale vaccino si è dimostrato altrettanto efficace e capace di aumentare la copertura nei confronti dei seriotipi di *S. pneumoniae* più diffusi.

In Italia, l'offerta della vaccinazione antipneumococcica pediatrica appare ancora diversificata da regione a regione. La vaccinazione antipneumococcica può essere considerata, a diversi livelli, un'opportunità per riorganizzare l'intero sistema delle politiche vaccinali nelle varie realtà della nostra penisola, nel tentativo di migliorare l'efficienza dell'offerta vaccinale.

In Campania la situazione è peculiare, infatti solo alcune AASSLL offrono attivamente il vaccino mentre altre lo somministrano in co-payment. La disomogeneità delle politiche vaccinali tra le diverse province rappresenta un determinante dell'aumento delle disuguaglianze in salute: la situazione andrebbe uniformata mantenendo una linea comune.

Contenuti. È stata effettuata una valutazione HTA sull'eventuale convenienza economica dell'offerta attiva del nuovo vaccino antipneumococcico Prevenar 13[®] in Campania, considerando i due possibili scenari: assenza o presenza di un programma regionale di offerta attiva a tutti i nuovi nati. Una volta implementato il programma vaccinale, è stato calcolato il numero di casi di malattia previsti allorché raggiunti livelli di copertura vaccinale del 50%, dell'80% e del 100%. L'analisi ha preso in considerazione la prospettiva del SSN in un arco temporale di due anni dall'attivazione del programma vaccinale.



Conclusioni. Pur non considerando i benefici ottenibili almeno fino a 10 anni dalla vaccinazione, né l'effetto indiretto sulla popolazione dovuto all'*herd immunity*, l'indagine ha mostrato che la vaccinazione antipneumococcica consentirebbe di risparmiare risorse (*cost saving*). L'adozione del Prevenar 13 a tutti i nuovi nati può essere considerata, pertanto, una strategia di politica sanitaria regionale estremamente conveniente dal punto di vista economico, oltre che da quello dell'efficacia clinica.

INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION RIVOLTA AGLI UTENTI DEI DISTRIBUTORI AUTOMATICI ALLOCATI NEGLI AMBIENTI DELL'A.O.U.P. "P. GIACCONO" DI PALERMO

Marsala MGL*, Restivo V*, Faraci V**, Signorello**, Di Maggio MR***, Morici M*, Russo S**** Firenze A*

*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva; **Corso di Laurea in Tecnico della Prevenzione degli Ambienti di Lavoro; ***Facoltà di Medicina e Chirurgia-Università degli Studi di Palermo; **** Direzione del Distretto di Partinico dell'ASP di Palermo

Parole chiave: Customer Satisfaction, distribuzione automatica.

Introduzione. Data la mancanza di un servizio mensa interno nell'A.O.U.P., i distributori automatici (D.A.) rappresentano l'unico mezzo a disposizione dei dipendenti e degli utenti, per poter consumare degli alimenti all'interno dell'Azienda. Al fine di conoscere l'opinione sulla qualità di tale servizio è stato formulato un questionario di Customer Satisfaction rivolto agli utenti e ai dipendenti dell'A.O.U.P., per evidenziare alcuni aspetti critici su cui intervenire per migliorare tale servizio.

Materiali e Metodi. Il questionario è stato strutturato in due parti: la prima, composta da domande a risposta chiusa, con possibilità di giudizio, in scala decrescente, da buono a scarso, miranti a sondare il grado di soddisfazione dell'utenza su alcuni aspetti della distribuzione automatica, come la qualità dei prodotti, la loro capacità di soddisfare le esigenze degli utenti, la loro allocazione in ambienti adeguati per trascorrere il periodo di pausa nell'ambito del turno lavorativo. La seconda parte, invece, è stata strutturata in modo da consentire al compilatore di fornire dei suggerimenti utili per il miglioramento del servizio e di indicare quali prodotti possano essere inseriti ad integrazione di quelli attualmente forniti. Sono stati compilati 676 questionari. Gli utenti che hanno risposto al questionario sono per il 49.6% donne e per il 50.4% uomini, con un'età media di 40 anni (range 18-79 anni). Relativamente alla qualità dei prodotti inseriti nel D.A., l'87% ritiene che sia "buona", contro l'11% che la giudica "sufficiente" e il 2% "scarsa" (Fig.1). Anche il rapporto qualità/prezzo è stato giudicato nel complesso positivamente; nello specifico, il 60% degli intervistati lo giudica "buono"; il 22% "sufficiente"; e solo una piccola percentuale di intervistati, pari al 17%, ha espresso un giudizio negativo. Alla domanda "I prodotti dei distributori soddisfano i bisogni degli utenti?" il 63% del campione ha risposto "buono"; il 35% "sufficiente"; solo il 2% del campione ha risposto "scarso". Tra i suggerimenti espressi dal campione al fine di migliorare la qualità del servizio di distribuzione automatica, la maggior parte degli intervistati dichiara che sarebbe auspicabile predisporre dei tavoli in prossimità dei D.A., al fine di rendere più idonea e confortevole l'area in cui passare la pausa lavorativa. Tra gli alimenti che andrebbero erogati, la maggior parte degli intervistati desidererebbe tramezzini e panini, nonché frutta ed insalata.

Risultati. Analizzando i risultati nel loro complesso, le richieste più significative sono relative alla presenza di alimenti che in qualche modo possono costituire un pasto completo da mangiare non solo come spuntino ma anche durante la pausa pranzo o la cena; tale necessità non può essere soddisfatta dai prodotti, per lo più snack, erogati attualmente dai D.A.. L'altra richiesta espressa dagli utenti nei questionari, è la possibilità di usufruire di un'area "attrezzata" per trascorrere i momenti pausa: uno dei dati negativi che emerge dall'indagine è che una grossa percentuale di utenti ritiene che i distributori non siano allocati in zone adeguate alla ristorazione. Sarebbe auspicabile dunque poter migliorare tale servizio, sia da un punto di vista logistico che qualitativo.

Figura 1. Qualità dei prodotti erogati tramite D.A. percepita dagli intervistati



DIPARTIMENTO DI SCIENZE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE
"GIUSEPPE D'ALESSANDRO"
Sezione Igiene



ANMDO
CONGRESSO NAZIONALE
NAPOLI



Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone
dell'Università degli Studi di Palermo

INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION RIVOLTA AGLI UTENTI DEI DISTRIBUTORI AUTOMATICI ALLOCATI NEGLI AMBIENTI DELL'A.O.U.P. "P. GIACCONO" DI PALERMO

Marsala M G L *, Restivo V *, Faraci V **, Signorello **: Di Maggio M R *, Morici M *, Russo S **** Firenze A ***

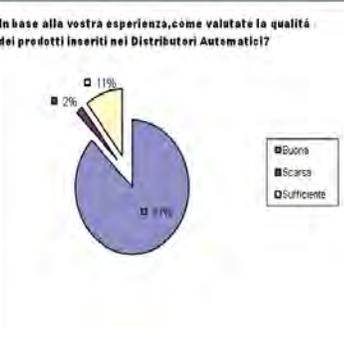
* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva
** Corso di Laurea in Tecnico della Prevenzione degli Ambienti di Lavoro
*** Facoltà di Medicina e Chirurgia-Università degli Studi di Palermo
**** Direzione del Distretto di Partinico dell'ASP di Palermo

INTRODUZIONE:
Data la mancanza di un servizio mensa interno nell'A.O.U.P., i distributori automatici (D.A.) rappresentano l'unico mezzo a disposizione dei dipendenti e degli utenti, per poter consumare degli alimenti all'interno dell'Azienda. Al fine di conoscere l'opinione sulla qualità di tale servizio è stato formulato un questionario di Customer Satisfaction rivolto agli utenti e ai dipendenti dell'A.O.U.P., per evidenziare alcuni aspetti critici su cui intervenire per migliorare tale servizio.

PAROLE CHIAVE:
Customer Satisfaction, Distribuzione Automatica

MATERIALI E METODI:
Il questionario è stato strutturato in due parti: la prima, composta da domande a risposta chiusa, con possibilità di giudizio, in scala decrescente, da buono a scarso, miranti a sondare il grado di soddisfazione dell'utenza su alcuni aspetti della distribuzione automatica, come la qualità dei prodotti, la loro capacità di soddisfare le esigenze degli utenti, la loro allocazione in ambienti adeguati per trascorrere il periodo di pausa nell'ambito del turno lavorativo. La seconda parte, invece, è stata strutturata in modo da consentire al compilatore di fornire dei suggerimenti utili per il miglioramento del servizio e di indicare quali prodotti possano essere inseriti ad integrazione di quelli attualmente forniti. Sono stati compilati 676 questionari. Gli utenti che hanno risposto al questionario sono per il 49.6% donne e per il 50.4% uomini, con un'età media di 40 anni (range 18-79 anni). Relativamente alla qualità dei prodotti inseriti nel D.A., l'87% ritiene che sia "buona", contro l'11% che la giudica "sufficiente" e il 2% "scarsa" (Fig.1). Anche il rapporto qualità/prezzo è stato giudicato nel complesso positivamente; nello specifico, il 60% degli intervistati lo giudica "buono"; il 22% "sufficiente"; e solo una piccola percentuale di intervistati, pari al 17%, ha espresso un giudizio negativo. Alla domanda "I prodotti dei distributori soddisfano i bisogni degli utenti?" il 63% del campione ha risposto "buono"; il 35% "sufficiente"; solo il 2% del campione ha risposto "scarso". Tra i suggerimenti espressi dal campione al fine di migliorare la qualità del servizio di distribuzione automatica, la maggior parte degli intervistati dichiara che sarebbe auspicabile predisporre dei tavoli in prossimità dei D.A., al fine di rendere più idonea e confortevole l'area in cui passare la pausa lavorativa. Tra gli alimenti che andrebbero erogati, la maggior parte degli intervistati desidererebbe tramezzini e panini, nonché frutta ed insalata.





In base alla vostra esperienza, come valutate la qualità dei prodotti inseriti nei Distributori Automatici?

FIGURA 1:
Qualità dei prodotti erogati tramite D.A. percepita dagli intervistati

RISULTATI:
Analizzando i risultati nel loro complesso, le richieste più significative sono relative alla presenza di alimenti che in qualche modo possono costituire un pasto completo da mangiare non solo come spuntino ma anche durante la pausa pranzo o la cena; tale necessità non può essere soddisfatta dai prodotti, per lo più snack, erogati attualmente dai D.A.. L'altra richiesta espressa dagli utenti nei questionari, è la possibilità di usufruire di un'area "attrezzata" per trascorrere i momenti pausa: uno dei dati negativi che emerge dall'indagine è che una grossa percentuale di utenti ritiene che i distributori non siano allocati in zone adeguate alla ristorazione. Sarebbe auspicabile dunque poter migliorare tale servizio, sia da un punto di vista logistico che qualitativo.

LA CHECK LIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA NELL'OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA DI TORINO

M. Martinese*, D. Tangolo*, L. Odetto**

* Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ° S.C. Qualità, Comunicazione e URP Azienda Ospedaliera Regina Margherita- Sant'Anna, Torino; °° Coordinatore infermieristico Dipartimento Chirurgia Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Parole chiave: check-list, sicurezza paziente chirurgico, ospedale pediatrico.

Introduzione. Nell'Ottobre 2009 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha pubblicato il Manuale per la sicurezza in sala Operatoria: in esso sono contenute le raccomandazioni riferite ai "16 obiettivi per la sicurezza di sala operatoria" e le indicazioni per l'adozione della "Check-list per la sicurezza di sala operatoria"; risultano però mancanti le raccomandazioni riguardo ai pazienti in età pediatrica.

Contenuto. Vista la peculiarità dell'atto operatorio in età pediatrica e l'assenza di indicazioni ministeriali, l'Azienda Ospedaliera Regina Margherita- Sant'Anna è stata coinvolta in un Progetto di Ricerca Ministeriale Multicentrico sulla Sicurezza in Pediatria è stato quindi creato un gruppo di lavoro rappresentativo di tutti i professionisti coinvolti nell'attività chirurgica (anestesiisti, chirurghi, coordinatrice dipartimento chirurgico, coordinatore infermieristico blocco operatorio, infermieri e strumentisti) coordinato dalla Direzione Sanitaria di Presidio OIRM e con la collaborazione della S.C. Qualità, Comunicazione e URP aziendale, per definire una check-list di sala operatoria da adottare sul paziente pediatrico in tutti gli ospedali (pediatrici e generali). Prima di procedere sono state definite una serie di procedure fondamentali per la programmazione degli interventi chirurgici in ambito pediatrico: 1) tutti gli interventi chirurgici pediatrici devono essere pianificati e i componenti dell'intera équipe devono essere informati sulle criticità dell'atto operatorio, sul rischio emorragico, su eventuali variazioni tecniche rispetto alla procedura prevista per il paziente adulto. 2) le check list di controllo giornaliero delle dotazioni di sala operatoria devono prevedere il controllo della strumentazione specifica per l'età pediatrica. 3) l'acquisizione del consenso informato deve prevedere due moduli ai quali entrambi i genitori sono tenuti a sottoscrivere il consenso alle cure. Il minore viene comunque coinvolto nel processo di espressione dell'assenso/dissenso. 4) tutti i pazienti devono essere dotati di braccialetto identificativo che riporta nome, cognome, data di nascita.

Considerate tali procedure, vista la necessità di seguire in modo globale il paziente pediatrico in relazione ai molteplici problemi e ai bisogni che la situazione ed età determinano, è stata creata una check-list formata da sei sezioni che ripercorrono tutto il percorso del paziente dalla fase di pre-ricovero a quella post-operatoria. Le sei sezioni sono così ripartite:

- Sezione A in fase del pre-ricovero con raccolta dati anagrafici, eventuali allergie e verifica esami e documentazione disponibile.
- Sezione B relativa al momento del ricovero, comprendente la verifica di procedura corretta, sede intervento e sito marcato nonché esami, documentazione e preparazione del paziente.
- Sezione C relativa all'accettazione in blocco operatorio in cui viene rifeffettuata la verifica documentale, viene confermato il programma operatorio e si valuta la presenza delle informazioni cliniche e le ultime fasi di preparazione pre-operatoria.
- Sezione D comprendente il TIME OUT(verifiche di équipe) ed il SIGN OUT (verifiche relative all'intervento)
- Sezione E relativa alle verifiche nell'immediato post-operatorio.
- Sezione F per la verifica di esami, documentazione e informazioni cliniche nel passaggio dal post-operatorio al reparto di degenza.

Ogni fase si conclude con la valutazione di completezza della check.list, cui segue una verifica all'inizio della fase successiva.

Conclusioni. La check-list diventerà parte integrante della documentazione clinica del paziente e quindi se ne valuterà la compilazione da parte di tutti gli operatori coinvolti analogamente a tutta la documentazione sanitaria.

La check list per la sicurezza in sala operatoria nell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino M.Martinese*, D.Tangolo°, L.Odetto°°

*Medico in formazione specialistica in Igiene, Università di Torino
° S.C. Qualità, Comunicazione e URP Azienda Ospedaliera Regina Margherita- Sant'Anna, Torino
°° Coordinatore infermieristico Dipartimento Chirurgia Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino



Vista la peculiarità dell'atto operatorio in età pediatrica e l'assenza di indicazioni nel Manuale per la sicurezza in sala Operatoria emesso dal Ministero nel 2009 l'Azienda Ospedaliera Regina Margherita - Sant'Anna è stata coinvolta in un Progetto di Ricerca Ministeriale Multicentrico sulla Sicurezza in Pediatria

Definizione di check-list di sala operatoria per il paziente pediatrico Suddivisione in sei sezioni con alcune peculiarità proprie del regime pediatrico

Vista la necessità di seguire in modo globale il paziente pediatrico in relazione ai molteplici problemi e bisogni che la situazione e l'età determinano, è stata creata una Check-list formata da sei sezioni che comprendono tutto il percorso del paziente dalla fase di pre-ricovero a quella post-operatoria

FASE DEL PRE-RICOVERO

L'acquisizione del consenso prevede due moduli ai quali entrambi i genitori sono tenuti a sottoscrivere il consenso alle cure. Il minore viene comunque coinvolto nel processo di espressione di assenso/dissenso, soprattutto se adolescente

Enorme importanza viene data non solo alla comunicazione, ma anche all'educazione del genitore e del paziente in ambito pediatrico

FASE DEL RICOVERO

L'identificazione del paziente pediatrico è svolta con il genitore del bambino. Tutti i pazienti devono inoltre essere dotati di braccialetto identificativo che riporta nome, cognome e data di nascita.

Tutti gli interventi pediatrici devono essere pianificati. I diversi componenti dell'équipe devono essere informati sulle criticità dell'atto operatorio, sul rischio emorragico, su eventuali variazioni tecniche rispetto alla procedura prevista per l'adulto.

ACCETTAZIONE BLOCCO OPERATORIO

VERIFICHE NELL'IMMEDIATO POST-OPERATORIO

PASSAGGIO POST-OPERATORIO/INGRESSO REPARTO

TIME-OUT (verifiche di équipe)

SIGN-OUT (verifiche relative all'intervento)

La check-list di controllo giornaliero delle dotazioni di sala operatoria prevede il controllo della strumentazione specifica dell'età pediatrica. Devono essere a disposizione materiali, prodotti, farmaci per le varie fasce di età e peso dei pazienti pediatrici compresi i sistemi di riscaldamento adeguati per le dimensioni del bambino

Ogni fase si conclude con la valutazione di completezza della check.list, cui segue una verifica all'inizio della fase successiva.

La check-list diventerà parte integrante della documentazione clinica del paziente e quindi se ne valuterà la compilazione da parte di tutti gli operatori coinvolti analogamente a tutta la documentazione sanitaria.



GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: L'INTEGRAZIONE CREA LA DIFFERENZA

MR. Mazzocanti, E. Bianchini, L. Marinelli, A. Costantini, BM. Gentilozzi, G. Scaloni, N. Mosca
Direzione Medica Ospedaliera Marche AV3 Macerata – Tolentino – Treia

Parole chiave: segnalazioni spontanee, segreteria rischio, rete referenti.

Introduzione. Alla fine dell'anno 2001 la allora Azienda Sanitaria 9 di Macerata aderì ad una sperimentazione nazionale del Tribunale dei Diritti del Malato per la prevenzione degli errori nell'attività sanitaria con l'istituzione di una Unità di Gestione del Rischio Aziendale (UGRA) finalizzata a monitorare ed analizzare gli eventi avversi, individuare le azioni correttive e a redigere una mappa dei rischi aziendali. Nell'anno successivo la sperimentazione vide coinvolte due Unità Operative (Ostetricia/ Ginecologia e il Pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza). Alla fine del 2003, nonostante fosse venuta a mancare la coordinazione centrale del Tdm, la Direzione Medica di Presidio, su indicazione del Commissario Straordinario, estese il sistema di rischio clinico a tutta la AUSL 9 nominando tramite determina due referenti (un medico ed un infermiere professionale) per ogni Unità Operativa e/o Servizio e prevedendo l'istituzione di due organi Co.Ge.Ri. (Comitato Gestione Rischio Clinico) e Co.Va.Si.(Comitato Valutazione Sinistri) che rapportandosi reciprocamente davano un quadro completo dei singoli casi e della loro evoluzione.

Contenuto. L'obiettivo del sistema di rischio clinico è essenzialmente quello di monitorare tutti gli eventi segnalati mediante l'archiviazione degli stessi su supporto informatico in modo di dotare il sistema di una "memoria". In questo modo si può produrre una mappa dei rischi che fornisce elementi di valutazione sufficienti ad intervenire adeguatamente sulle aree critiche e ad avviare una seria politica di prevenzione e di governo dei fattori di rischio.

La segreteria del Rischio Clinico, organo centrale di questo virtuoso sistema archivia in un apposito programma informatico, messo in rete a disposizione dei referenti, le segnalazioni spontanee e per ognuna produce un istruttoria che prevede l'analisi di cartelle cliniche, prestazioni di Pronto Soccorso o ambulatoriali e di tutta la documentazione ritenuta necessaria alla descrizione dell'evento. Il programma garantisce l'immediata produzione della Scheda Istruttoria, immagazzinando contemporaneamente i dati necessari alle statistiche effettuate dalle Segreterie del Co.Ge.Ri, garantendo un monitoraggio effettivo delle ipotesi correttive scaturite in seno ad un incontro che si svolge in maniera riservata con i referenti del Rischio Clinico dell'Unità Operativa coinvolte nell'evento. Nel corso degli anni le segnalazioni spontanee, da parte degli operatori sanitari, sono incrementate in maniera sostanziale, a dimostrazione che tale sistema visto in ottica di miglioramento crea un rapporto di fiducia tra i diversi professionisti coinvolti.

Tale gestione degli eventi avversi prevede come prodotto finale un report di fine anno e la produzione della Mappa del Rischio.

Conclusioni. A seguito di oltre 10 anni di lavoro costante, fianco a fianco degli operatori in prima linea, numerose sono state le criticità segnalate e molteplici le riposte trovate assieme a loro e questa fiducia reciproca si può vedere dal numero sempre crescente di segnalazioni che giungono alla Segreteria che se nel 2001 registrava la sua prima segnalazione volontaria e arrivata al 2011 ad avere una media costante di oltre 300 segnalazioni.

Gestione del rischio clinico: l'integrazione crea la differenza

M.R. Mazzocanti, E. Bianchini, A. Costantini, B.M. Gentilozzi, L. Marinelli, G. Scaloni, N. Mosca
Direzione Medica Ospedaliera Marche AV3, Macerata – Tolentino – Treia

Parole chiave:
segnalazioni
spontanee, segre-
teria rischio, re-
te referenti

Contenuto:
L'obiettivo del sistema di rischio clinico è essenzialmente quello di monitorare tutti gli eventi segnalati mediante l'archiviazione degli stessi su supporto informatico in modo di dotare il sistema di una "memoria". In questo modo si può produrre una mappa dei rischi che fornisce elementi di valutazione sufficienti ad intervenire adeguatamente sulle aree critiche e ad avviare una seria politica di prevenzione e di governo dei fattori di rischio.

La segreteria del Rischio Clinico, organo centrale di questo virtuoso sistema archivia in un apposito programma informatico, messo in rete a disposizione dei referenti, le segnalazioni spontanee e per ognuna produce un istruttoria che prevede l'analisi di cartelle cliniche, prestazioni di Pronto Soccorso o ambulatoriali e di tutta la documentazione ritenuta necessaria alla descrizione dell'evento. Il programma garantisce l'immediata produzione della Scheda Istruttoria, immagazzinando contemporaneamente i dati necessari alle statistiche effettuate dalle Segreterie del Co.Ge.Ri, garantendo un monitoraggio effettivo delle ipotesi correttive scaturite in seno ad un incontro che si svolge in maniera riservata con i referenti del Rischio Clinico dell'Unità Operativa coinvolte nell'evento. Nel corso degli anni le segnalazioni spontanee, da parte degli operatori sanitari, sono incrementate in maniera sostanziale, a dimostrazione che tale sistema visto in ottica di miglioramento crea un rapporto di fiducia tra i diversi professionisti coinvolti. Tale gestione degli eventi avversi prevede come prodotto finale un report di fine anno e la produzione della Mappa del Rischio.

Introduzione:

Alla fine dell'anno 2001 la allora Azienda Sanitaria 9 di Macerata aderì ad una sperimentazione nazionale del Tribunale dei Diritti del Malato per la prevenzione degli errori nell'attività sanitaria con l'istituzione di una Unità di Gestione del Rischio Aziendale (UGRA) finalizzata a monitorare ed analizzare gli eventi avversi, individuare le azioni correttive e a redigere una mappa dei rischi aziendali. Nell'anno successivo la sperimentazione vide coinvolte due Unità Operative (Ostetricia/ Ginecologia e il Pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza). Alla fine del 2003, nonostante fosse venuta a mancare la coordinazione centrale del Tdm, la Direzione Medica di Presidio, su indicazione del Commissario Straordinario, estese il sistema di rischio clinico a tutta la AUSL 9 nominando tramite determina due referenti (un medico ed un infermiere professionale) per ogni Unità Operativa e/o Servizio e prevedendo l'istituzione di due organi Co.Ge.Ri. (Comitato Gestione Rischio Clinico) e Co.Va.Si.(Comitato Valutazione Sinistri) che rapportandosi reciprocamente davano un quadro completo dei singoli casi e della loro evoluzione.

Conclusioni:

A seguito di oltre 10 anni di lavoro costante, fianco a fianco degli operatori in prima linea, numerose sono state le criticità segnalate e molteplici le riposte trovate assieme a loro e questa fiducia reciproca si può vedere dal numero sempre crescente di segnalazioni che giungono alla Segreteria che se nel 2001 registrava la sua prima segnalazione volontaria e arrivata al 2011 ad avere una media costante di oltre 250 segnalazioni.

ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI AUTOCERTIFICAZIONE DI ACCREDITAMENTO: ESPERIENZA DI UNA AZIENDA SANITARIA LOCALE IN TOSCANA

M. Mecca¹, G. Aldinucci², G. Bellucci³, L. Marchi⁴, G. Parca⁵, B. Vujovic⁶

¹ Resp. Accreditemento, Verificatore Regionale, ² Resp. Ecomanagement, ³ Resp. Qualità, ⁴ Dir. UOC Manutenzione Immobili e Impianti, ⁵ Clinical Risk Manager, ⁶ Direttore Sanitario

Parole chiave: accreditamento, qualità, sicurezza.

Introduzione. La LR Toscana n. 51 del 5 agosto 2009 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) ha rivoluzionato il sistema di accreditamento dei servizi sanitari pubblici e privati introducendo elementi di novità sia nella gestione del sistema che dei suoi strumenti di verifica orientati alla sicurezza e qualità delle cure rese al cittadino.

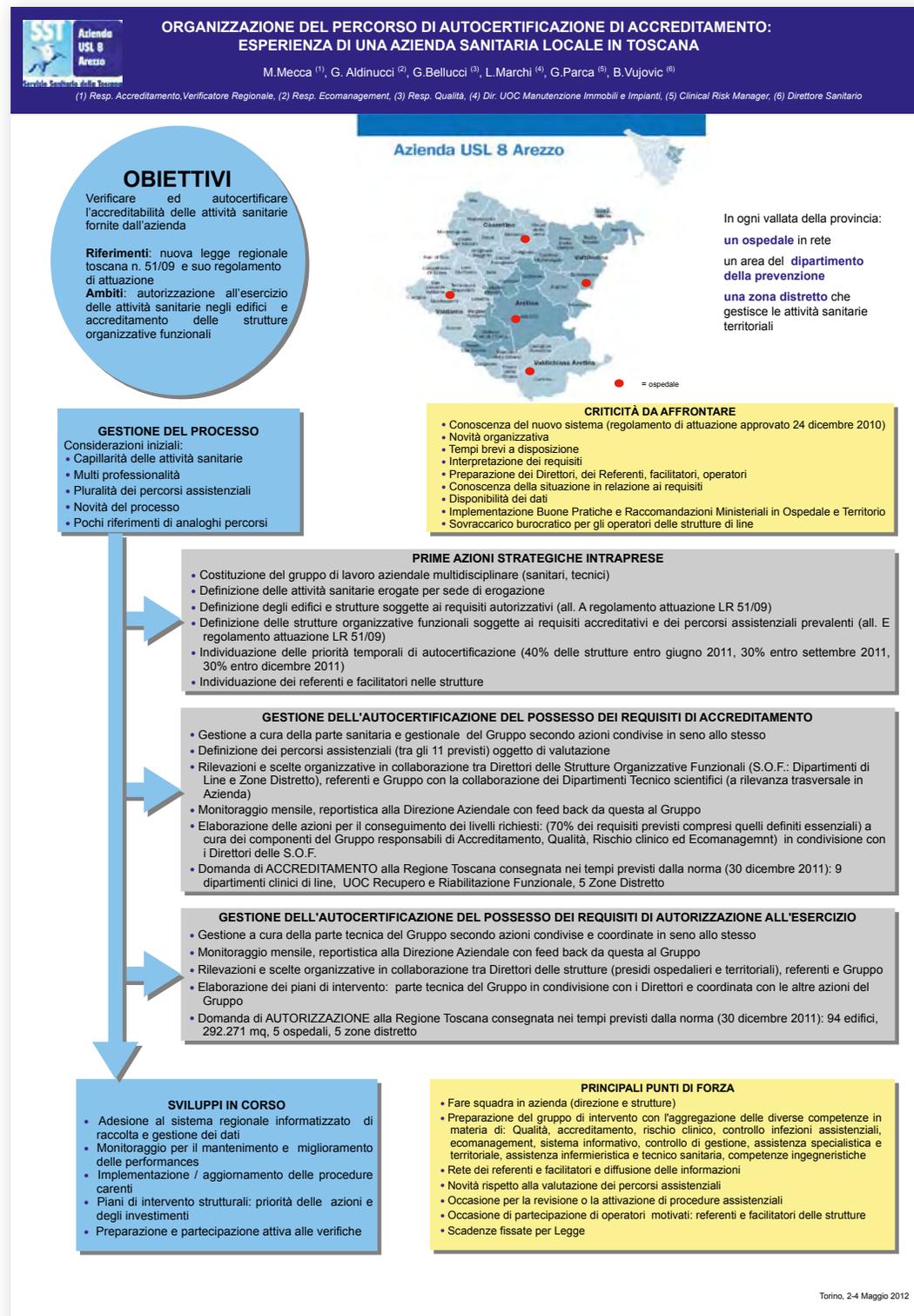
Contenuto. La novità del sistema ha determinato nelle organizzazioni aziendali la necessità di adottare strategie che consentissero di accreditare le attività in considerazione di elementi di criticità quali ad esempio:

- conoscenza del nuovo sistema (regolamento di attuazione approvato 24 dicembre 2010 con scadenza di autocertificazione corredata dei dati di monitoraggio dell'esito dei processi fissata entro l'anno 2011),
- novità organizzativa;
- interpretazione di requisiti per la maggior parte nuovi;
- preparazione dei Direttori, dei Referenti, facilitatori, operatori di struttura;
- implementazione delle Buone Pratiche e Raccomandazioni Ministeriali in tutte le strutture ospedaliere e territoriali.

Tali criticità sono state affrontate con un "percorso" condiviso tra la Direzione Aziendale ed i Direttori delle strutture e con il coinvolgimento capillare degli operatori ai diversi livelli attraverso una azione che ha visto agire sinergicamente le diverse competenze aziendali coordinate in un gruppo operativo appositamente costituito con professionalità diverse in grado di affrontare i diversi aspetti assistenziali ed organizzativi, ma anche quelli tecnologici e strutturali.

La novità del processo ha consentito la revisione della organizzazione dell'assistenza dando la possibilità di attivare, ove necessario, le azioni di miglioramento o comunque la presa in carico degli aspetti ritenuti critici.

Conclusioni. La gestione del processo di accreditamento (e di autorizzazione) definito dalla Legge Regionale Toscana ha comportato collateralmente ai risultati ottenuti l'opportunità di coordinamento delle azioni aziendali e di scambio virtuoso delle informazioni tra le strutture nonchè la valorizzazione degli aspetti di una positiva cultura della ricerca della evidenza dei risultati di qualità assistenziali raggiunti e della necessità di essere verificati da terzi.



UN PROGETTO DI CLINICAL RISK MANAGEMENT PER L'ASLTO5 DI CHIERI (REGIONE PIEMONTE)

Messori Ioli G*, Coppola G**, Lasagna R**, Leoni N**, Vola F°, Schreiber AF°, Aimone M°,°°, Pescarmona A°°°°

*Responsabile S.S. Controllo di Gestione e Risk Management - ASL TO5; **Componenti Unità Gestione Rischio Clinico ASLTO5; °Collaboratore presso "Scuola Superiore Sant'Anna" di Pisa; °°Dirigente Medico "Fondazione Maugeri" Pavia; °°°Direttore Sanitario d'Azienda ASLTO5; °°°° Direttore Amministrativo d'Azienda ASLTO5

Parole chiave: gestione del rischio clinico.

Introduzione. L'ASLTO5 ha istituito recentemente la Struttura Semplice "Controllo di Gestione e Risk Management", organizzando in modo permanente una funzione dedicata al miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure, attenendosi in tal modo anche alle indicazioni regionali in materia (il PSSR prevede infatti un potenziamento della rete *risk management* a livello piemontese). Tale scelta strategica si pone comunque in continuità con la *vision* aziendale, dal momento che è già operativa dal 2007 l'Unità Gestione Rischio Clinico.

Materiali e metodi. Il nuovo progetto si snoda attraverso numerose attività trasversali e innovative (elencate nella sezione "risultati"), pianificate all'interno del gruppo operativo ristretto e condotte a livello dei gruppi di lavoro individuati all'interno dei Dipartimenti, attraverso un'analisi dettagliata del profilo di rischio dell'azienda e con l'individuazione di priorità d'azione oggettive (in base al valore dell'indice IPR).

Risultati. L'attività si concretizza attraverso alcune aree prioritarie:

- 1. ANALISI DEL PROFILO DI RISCHIO:** punto di partenza per l'identificazione dei rischi presenti nella struttura sanitaria e della loro valutazione per priorità d'azione, è stato il lavoro di confronto tra i sinistri della Regione e quello della nostra ASL, conducendo l'analisi disaggregata per reparti e specialità, prendendo in considerazione le richieste di risarcimento danni (*report broker* assicurativo MARSH). Il confronto ha registrato, in sintesi, valori positivi per quanto riguarda le medicine generali (1% vs. 7% della media regionale) ed un rischio maggiore invece per alcune specialità chirurgiche (15% vs. 12% della media piemontese per le ortopedie; 13% contro un 7% medio regionale per le ostetricie e ginecologie). Tale analisi verrà integrata da dati provenienti dalle SDO e dall'URP. Per i reparti risultati a maggior rischio, sono previste analisi di approfondimento, al fine di identificare eventuali aree di vulnerabilità per le quali attivare opere di prevenzione.
- 2. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI:** il programma prevede di formare circa 500 professionisti, attraverso corsi ad hoc e sull'audit clinico (ad oggi ne sono già stati formati circa 300); è in studio anche lo svolgimento di simulazioni ed esercitazioni sul campo con approfondimenti specifici sul tema degli aspetti psicologici degli errori (es. *bias* di memoria, percezione soggettiva di gravità).
- 3. DIFFUSIONE E VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DI LINEE-GUIDA nazionali (Raccomandazioni Ministeriali), regionali e aziendali, in sinergia con il Gruppo Aziendale PDTA, il quale ha il compito di analizzare i documenti presenti in Azienda e predisporre un piano di revisione e divulgazione.**
- 4. IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA DI INCIDENT REPORTING (dedicato ai soli eventi potenzialmente dannosi) all'interno delle Unità Operative ed analisi delle schede pervenute attraverso la metodica FMECA per individuare le aree di priorità di intervento (attraverso l'indice I.P.R.); tale analisi viene condotta dai gruppi dipartimentali.**
- 5. CONSENSO INFORMATO:** è previsto un aggiornamento della modulistica esistente, rispettando le recenti indicazioni contenute nel documento regionale "linee di indirizzo ARESS per la costruzione del consenso informato".
- 6. DOCUMENTAZIONE SANITARIA:** diffusione della Scheda Unica di Terapia e Cartella Clinica integrata.
- 7. COINVOLGIMENTO DELLA MEDICINA LEGALE** in caso di contenziosi che richiedano la stesura di una relazione clinica da parte di medici coinvolti in episodi veri o presunti di *malpractice*.

QUALITÀ DELLA CARTELLA CLINICA: COMPARAZIONE DEGLI ELEMENTI MISURABILI JCI RELATIVA AL BIENNIO 2010-2011



A. Midolo°, G. Patriarca°, G. Di Natale*, G. Drago**

° Servizio Infermieristico P.O. "Guzzardi"-Vittoria; * Direzione Medica P.O. "Guzzardi"-Vittoria;

** Direttore Sanitario P.O. "Guzzardi"-Vittoria

Qualità della cartella clinica: comparazione degli elementi misurabili JCI relativa al biennio 2010-2011

AUTORI: G. Patriarca°, A. Midolo°, G. Di Natale*, G. Drago**

°Infermiere P.O. Guzzardi-Vittoria - *Medico P.O. Guzzardi-Vittoria - **Direttore Sanitario P.O. Guzzardi-Vittoria

Parole chiave: medical records, patient safety, accurate compilation.

Introduzione. La cartella clinica assume un valore documentale di grande importanza e diventa anche strumento di verifica dell'attività clinica.

L'attenta raccolta dei dati e la completezza degli stessi hanno un peso rilevante sulla sua qualità non solo in ambito clinico-terapeutico, ma anche in ambito giudiziario visto il gran numero di denunce di malpractice all'autorità giudiziaria.

Ai fini del controllo di gestione essa fornisce dati sull'appropriatezza delle prestazioni; è lo specchio della performance clinico-terapeutica di una équipe o U.O.; è strumento di verifica per la Direzione Sanitaria. Si è avviato, pertanto, un controllo campionario delle cartelle cliniche al fine di rilevare i punti di criticità e le deficienze nella compilazione per migliorare in modo diretto gli standards descrittivi ed in modo indiretto la qualità dell'assistenza.

Materiali e Metodi. La Direzione Sanitaria del P.O. "Guzzardi" di Vittoria (RG) ha verificato un campione di cartelle cliniche, utilizzando come criterio di selezione la richiesta da parte dei pazienti all'archivio sanitario nel periodo marzo-dicembre 2010 e gennaio-dicembre 2011, allo scopo di evidenziarne le carenze compilative e determinare i miglioramenti. Sono state controllate 202 cartelle del 2010 (114 dell'area chirurgica e 88 dell'area medica) e 275 cartelle del 2011 (154 dell'area chirurgica e 121 dell'area medica). È stata utilizzata la modulistica suggerita dalla JCI (CHECK LIST 28), considerando i seguenti elementi ritenuti indispensabili: anamnesi; esame obiettivo; diario clinico; lettera di dimissione; profilassi TEV; profilassi antibiotica operatoria; appropriatezza; valutazione iniziale; identificazione compilatore; chiarezza e leggibilità, documentazione intervento chirurgico; consenso emotrasiusione, anestesia, intervento chirurgico; check list operatoria.

Risultati. Da una analisi complessiva dei dati emerge un netto miglioramento della qualità della cartella clinica nel biennio in esame, seppure con qualche eccezione. Si ritiene che tale miglioramento sia stato determinato prevalentemente dall'effettuazione di diversi audit clinici con i soggetti compilatori, svolti tra il 2010 ed il 2011, al fine di monitorare retrospettivamente i processi relativi alla compilazione delle cartelle. Permangono delle criticità nella valutazione del dolore del paziente al momento del ricovero, aspetto che spesso incide negativamente sul suo equilibrio psico-fisico. L'area medica presta maggiore attenzione all'esame obiettivo ed all'anamnesi. Si rileva complessivamente un'anamnesi sul paziente molto diffusa, ma a volte superficiale, ad esempio nella rilevazione di eventuali allergie.

Si nota una certa difficoltà del medico compilatore nella capacità di rendersi identificabile: qui il dato di partenza del 2010 era del 6,44%. Cresce la presenza dei consensi informati nel biennio, precauzione legata a forme di tutela medico-legale. Si abbassa la media delle rivalutazioni giornaliere, soprattutto nell'area chirurgica.

Conclusioni. Alcune delle carenze riscontrate vanno decisamente migliorate e ciò è possibile mediante un valido approccio alla compilazione della cartella clinica, che va considerata la più importante fonte di informazioni sul paziente.

È opportuno ricordare che essa dal punto di vista giuridico è un atto pubblico di fede privilegiata ed è fondamentale che venga redatta con grafia più chiara e leggibile. L'implementazione di un sistema di monitoraggio costante delle cartelle cliniche, che contempli la condivisione dei risultati con i soggetti estensori, si ritiene la leva strategica che orienta verso la piena conformità agli standard JCI.

Key Word: medical records, patient safety, accurate compilation.

Abstract

Introduzione: la cartella clinica assume un valore documentale di grande importanza e diventa anche strumento di verifica dell'attività clinica. Ai fini del controllo di gestione essa fornisce dati sull'appropriatezza delle prestazioni; è lo specchio della performance clinico-terapeutica di una équipe o U.O.; è strumento di verifica per la Direzione Sanitaria. Si è avviato, pertanto, un controllo campionario delle cartelle cliniche al fine di rilevare i punti di criticità e le deficienze nella compilazione per migliorare in modo diretto gli standards descrittivi ed in modo indiretto la qualità dell'assistenza.

Materiali e metodi: la Direzione Sanitaria del P.O. "Guzzardi" di Vittoria (RG) ha verificato un campione di cartelle cliniche, utilizzando come criterio di selezione la richiesta da parte dei pazienti all'archivio sanitario nel periodo marzo-dicembre 2010 e gennaio-dicembre 2011, allo scopo di evidenziarne le carenze compilative e determinare i miglioramenti. Sono state controllate 202 cartelle del 2010 (114 dell'area chirurgica e 88 dell'area medica) e 275 cartelle del 2011 (154 dell'area chirurgica e 121 dell'area medica). È stata utilizzata la modulistica suggerita dalla JCI (CHECK LIST 28), considerando i seguenti elementi ritenuti indispensabili: anamnesi; esame obiettivo; diario clinico; lettera di dimissione; profilassi TEV; profilassi antibiotica operatoria; appropriatezza; valutazione iniziale; identificazione compilatore; chiarezza e leggibilità, documentazione intervento chirurgico; consenso emotrasiusione, anestesia, intervento chirurgico; check list operatoria.

Risultati: da una analisi complessiva dei dati emerge un netto miglioramento della qualità della cartella clinica nel biennio in esame, seppure con qualche eccezione. Si ritiene che tale miglioramento sia stato determinato prevalentemente dall'effettuazione di diversi audit clinici con i soggetti compilatori, svolti tra il 2010 ed il 2011, al fine di monitorare retrospettivamente i processi relativi alla compilazione delle cartelle. Permangono delle criticità nella valutazione del dolore del paziente al momento del ricovero, aspetto che spesso incide negativamente sul suo equilibrio psico-fisico. L'area medica presta maggiore attenzione all'esame obiettivo ed all'anamnesi. Si rileva complessivamente un'anamnesi sul paziente molto diffusa, ma a volte superficiale, ad esempio nella rilevazione di eventuali allergie. Si nota una certa difficoltà del medico compilatore nella capacità di rendersi identificabile: qui il dato di partenza del 2010 era del 6,44%. Cresce la presenza dei consensi informati nel biennio, precauzione legata a forme di tutela medico-legale. Si abbassa la media delle rivalutazioni giornaliere, soprattutto nell'area chirurgica.

Conclusioni: alcune delle carenze riscontrate vanno decisamente migliorate e ciò è possibile mediante un valido approccio alla compilazione della cartella clinica, che va considerata la più importante fonte di informazioni sul paziente. È opportuno ricordare che essa dal punto di vista giuridico è un atto pubblico di fede privilegiata ed è fondamentale che venga redatta con grafia più chiara e leggibile. L'implementazione di un sistema di monitoraggio costante delle cartelle cliniche, che contempli la condivisione dei risultati con i soggetti estensori, si ritiene la leva strategica che orienta verso la piena conformità agli standard JCI.

Materiali e metodi: la Direzione Sanitaria del P.O. "Guzzardi" di Vittoria (RG) ha verificato un campione di cartelle cliniche, utilizzando come criterio di selezione la richiesta da parte dei pazienti all'archivio sanitario nel periodo marzo-dicembre dell'anno 2010 e nel periodo gennaio-dicembre dell'anno 2011, allo scopo di evidenziarne le carenze compilative e determinare i miglioramenti per ogni item previsto nella ricerca. Sono state controllate 202 cartelle del 2010 (114 dell'area chirurgica e 88 dell'area medica) e 275 cartelle del 2011 (154 dell'area chirurgica e 121 dell'area medica).

Il controllo è stato effettuato da 2 gruppi costituiti da 5 reparti chirurgici (Chirurgia Vascolare, Chirurgia Generale, Otolaringoiatria, Ortopedia, Oncologica) e da 5 reparti medici (Pediatrica, Cardiologia, Medicina, Neurologia, Rianimazione), inserendo tra questi ultimi per affinità clinica anche la Rianimazione. Per il controllo e la raccolta dei dati è stata utilizzata la modulistica suggerita dalla Joint Commission International (CHECK LIST 28).

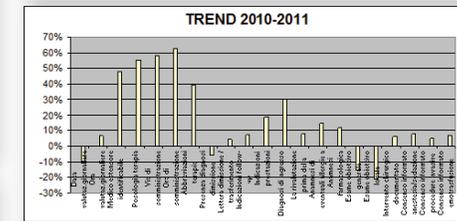
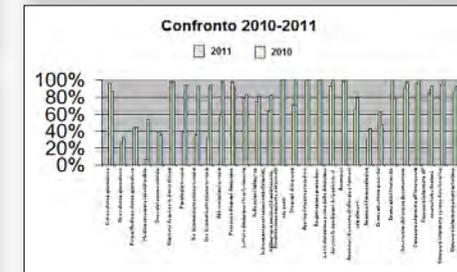
L'attività di controllo ha preso in considerazione i seguenti elementi ritenuti indispensabili:

- Anamnesi
- Esame Obiettivo
- Diario clinico compilato giornalmente con aggiornamento quotidiano della terapia
- Lettera di dimissione
- Profilassi TEV antibiotica pre-operatoria
- Appropriatezza delle procedure rispetto al quesito diagnostico.
- Consenso informato.
- Data, ora e valutazione iniziale
- Identificazione del medico redattore.
- Chiarezza e leggibilità della cartella clinica.
- Indagini ha preso in considerazione, in particolare modo, oltre gli elementi sopra elencati, i dati relativi a:
 - Documentazione intervento chirurgico.
 - Consenso ad eventuale emotrasiusione.
 - Consenso informato all'intervento chirurgico.
 - Consenso informato all'anestesia contenuto nella cartella clinica.
 - Compilazione Check list sala operatoria.

Risultati: nella rilevazione del campione di cartelle cliniche del 2010, nelle valutazioni giornaliere la data è riportata nel 96,64%, ma nel 2011 c'è una flessione del dato di circa il 10%, causato dal dato dell'area medica (122,03%) nel 2010 (ora nella valutazione giornaliera è riportata nel 25,17% dei casi, mentre nel 2011 la percentuale sale al 32,05%; nel 2010 la firma del medico che ha effettuato le valutazioni giornaliere è riportata nel 43,99% dei casi e l'identificazione del medico che ha redatto la cartella clinica è possibile nel 6,44% delle cartelle controllate. Nel 2011 migliora il dato riguardante l'identificazione del medico che ha redatto la cartella clinica (54,18%, cioè +47,74%). La possibilità la via di somministrazione e la dose di somministrazione delle prescrizioni terapeutiche nel 2010 hanno percentuali rispettivamente del 38,61%, 35,15% e 31,19%; nel 2011 c'è un sostanziale miglioramento, tra il 55 ed il 61%, con percentuali che superano il 93%. Risulta un sempre più frequente ricorso alle abbreviazioni nelle prescrizioni terapeutiche: 58,42% nel 2010 e 98,18 nel 2011, ossia +39,86%. Nel 2010 non è possibile evincere se e quando viene effettuata la profilassi TEV e la profilassi antibiotica pre-operatoria, né è possibile rilevare se viene effettuata una somministrazione aggiuntiva intra e post operatoria di antibiotici. Nel 2011, invece, tali dati sono presenti con percentuali importanti: 93,26% la TEV, 100% la profilassi antibiotica; 59,55% le dosi aggiuntive intra-operatorie; 71,91% le dosi aggiuntive post-operatorie. In oltre il 90% del campione è presente la diagnosi di dimissione, ma c'è una lieve flessione del trend: -5,88%. Gli standards sulla lettera di dimissione (presenza copia, indicazioni circa il follow up, la continuità assistenziale domiciliare o eventuali prestazioni ambulatoriali) nel 2010 hanno percentuali del 78,71%, 74,73% e 69,86% con crescita tra il 5 ed il 9% nel 2011 che portano ogni dato a circa 192-233%. Diminuisce la media delle rivalutazioni giornaliere, passando da 1,5/die nel 2010 ad 1,6 die nel 2011 (-15,8%), abbassando ancora il dato se si esamina solo l'area chirurgica (-28,5%). La registrazione della diagnosi d'ingresso è passata dal 70% del 2010 al 100% del 2011. La valutazione del paziente prima della dimissione descrive le sue condizioni al momento della dimissione nel 92,08% del campione nel 2010 e nel 100% del campione nel 2011. L'anamnesi è registrata in quasi il 99% del campione. L'area medica presta maggiore attenzione all'esame obiettivo ed all'anamnesi. Si rileva complessivamente un'anamnesi sul paziente molto diffusa, ma a volte superficiale, ad esempio nella rilevazione di eventuali allergie. Si nota una certa difficoltà del medico compilatore nella capacità di rendersi identificabile. Cresce la presenza dei consensi informati nel biennio, precauzione legata a forme di tutela medico-legale. Si abbassa la media delle rivalutazioni giornaliere, soprattutto nell'area chirurgica.

Discussione: da una analisi complessiva dei dati emerge un netto miglioramento della qualità della cartella clinica nel biennio in esame, seppure con qualche eccezione. Si ritiene che tale miglioramento sia stato determinato prevalentemente dall'effettuazione di diversi audit clinici con i soggetti compilatori, svolti tra il 2010 ed il 2011, al fine di monitorare retrospettivamente i processi relativi alla compilazione delle cartelle. Permangono delle criticità nella valutazione del dolore del paziente al momento del ricovero, aspetto che spesso incide negativamente sul suo equilibrio psico-fisico. L'area medica presta maggiore attenzione all'esame obiettivo ed all'anamnesi. Si rileva complessivamente un'anamnesi sul paziente molto diffusa, ma a volte superficiale, ad esempio nella rilevazione di eventuali allergie. Si nota una certa difficoltà del medico compilatore nella capacità di rendersi identificabile. Cresce la presenza dei consensi informati nel biennio, precauzione legata a forme di tutela medico-legale. Si abbassa la media delle rivalutazioni giornaliere, soprattutto nell'area chirurgica.

Conclusioni: alcune delle carenze riscontrate vanno decisamente migliorate e ciò è possibile solo se ognuno degli estensori assume un approccio corretto alla compilazione della cartella clinica, che va considerata la più importante fonte di informazioni relative a quanto è stato fatto sul paziente e per il paziente. È opportuno ricordare che essa dal punto di vista giuridico è un atto pubblico di fede privilegiata ed è fondamentale che venga redatta con grafia più chiara e leggibile. L'implementazione di un sistema di monitoraggio costante delle cartelle cliniche, che contempli la condivisione dei risultati con i soggetti estensori, si ritiene la leva strategica che orienta verso la piena conformità agli standard JCI.



Bibliografia:
 Joint Commission Resources (2007). *Joint Commission International Accreditation Standard of Hospital, 3^a Edition* (effective January 2008)
 Kaldjian L et al. Reporting Medical Errors to Improve Patient Safety: A Survey of Physicians in Teaching Hospitals. *Archives of Internal Medicine*. 2008. 168 (1): 40-46.
 Norris M, Braga M, Guzzardi E (1998). *Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
 Pasini E, Ravizza R.F. (2004). *La cartella clinica come documento del Sistema Qualità: un esempio pratico*; Italian Heart Journal Supplement, 5 (2), pp112-118

PROGETTO "SICUREZZA IN OSPEDALE". L'ESPERIENZA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI RIVOLI

Minniti D¹, Lovato E², Papalia R³, Sina P⁴, Siri T⁵, Ogliero GS⁶, Giorello M⁷, Olivero G⁸, Sacco R⁹, Picco C¹⁰

¹Dirigente Medico, Direzione Sanitaria, OO.RR. Rivoli; ²Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ³Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁴Amministrativo, Economato e logistica, OO.RR. Rivoli; ⁵Ufficio Tecnico, OO.RR. Rivoli; ⁶coordinatore infermieristico SC MECAU, OO.RR. Rivoli; ⁷Dirigente infermieristico OO.RR. Rivoli; ⁸Dirigente infermieristico OO.RR. Rivoli; ⁹Direttore Medico di Presidio, OO.RR. Rivoli; ¹⁰Direttore Sanitario ASL TO3

Parole chiave: sicurezza, sorveglianza, analisi costo-beneficio.

Introduzione. Gli ospedali sono da sempre un luogo privilegiato per home-less e malviventi: l'apertura al pubblico e i flussi continui di persone rendono tali luoghi di facile accesso e di difficile controllo. L'Ospedale di Rivoli è particolarmente "a rischio" per le sue caratteristiche architettoniche e per i numerosi ingressi dislocati su piani differenti.

Obiettivo del progetto è garantire maggiore sicurezza dell'ospedale al fine di: 1) creare le condizioni di lavoro ottimali per gli operatori; 2) salvaguardare i pazienti/utenti; 3) ridurre eventuali incidenti ed aggressioni. Per l'espletamento del progetto è stata condotta un'analisi costo-beneficio per evidenziare la strategia più vantaggiosa nell'ottica del contenimento degli sprechi.

Materiali e Metodi. Nel 2011 viene istituito dalla Direzione Medica di Presidio un gruppo di lavoro multidisciplinare con lo scopo di delineare un progetto sperimentale sulla sicurezza in ospedale.

La sperimentazione prevede due fasi:

- Fase I:
 - chiusura di tutti gli ingressi ospedalieri tra le ore 22,30 e le ore 6,30, fatta salva la possibilità di ingresso controllato per il personale dipendente (tramite accesso dedicato con badge) e per gli utenti (tramite controllo di personale di sorveglianza);
 - presenza di ulteriori telecamere posizionate negli ingressi sotterranei e nei corridoi degli spogliatoi, collegate con monitor sorvegliato e possibilità di intervento immediato.
- Fase II:
 - potenziamento del personale di sorveglianza (attualmente h24 dedicato al DEA) con unità di controllo nelle ore notturne (dalle ore 0,00 alle ore 6,00);
 - presenza di telecamere posizionate nei parcheggi esterni;
 - sostituzione e decorazione delle aree spogliatoi site nei sotterranei con sostituzione degli armadietti con modelli "antifurto".

Risultati. Per la messa in atto del progetto sono state necessarie opere tecniche (posizionamento di telecamere, posizionamento lettori di badge, adeguamento porte esistenti), ma anche strategie organizzative che prevedono l'implementazione del servizio di vigilanza (appalto esterno) con conseguenti costi per l'Ospedale. L'analisi costo-beneficio ha messo a confronto tre ipotesi di lavoro, differenti tra loro per aspetti gestionali-organizzativi specie per quanto attiene la vigilanza, ma uguali per la componente delle opere tecniche.

- Ipotesi 1: presenza di vigilante aggiuntivo dedicato nella fascia oraria notturna (costo di 66.225,60 €/anno);
- Ipotesi 2: presenza di vigilante aggiuntivo presente 1,30 h/die random tra le ore 0,00 e le ore 6,00 tutti i giorni (costo di 11.037,60/anno + 5000€/anno per sistema gestione a distanza delle telecamere);
- Ipotesi 3: riorganizzazione dell'attività del sorvegliante dedicato al PS che viene spostato temporaneamente pur mantenendo la reperibilità (costo 5000€/anno per sistema gestione a distanza delle telecamere).

La somma prevista per le opere tecniche, da aggiungere in ciascuna ipotesi è di circa 15.000€.

Tali ipotesi progettuali sono state inviate dal Gruppo di Lavoro al vaglio del decisore (Direzione Strategica) che, sulla base delle esigenze espresse, ha deliberato l'ipotesi 2.

Conclusioni. La sicurezza è un elemento fondamentale negli Ospedali sia per i pazienti, sia per gli operatori, che devono essere messi nelle condizioni di espletare al meglio la loro professionalità. In un momento storico di carenza di risorse, ma continue in termini di necessità socio-assistenziali, è opportuno valutare in termini costo-beneficio quanto investire per la sicurezza interna.



Progetto "Sicurezza in Ospedale". L'esperienza del Presidio Ospedaliero di Rivoli



Minniti D¹, Lovato E², Papalia R³, Sina P⁴, Siri T⁵, Ogliero GS⁶, Giorello M⁷, Olivero G⁸, Sacco R⁹, Picco C⁷

¹Direzione Sanitaria, OO.RR. Rivoli; ²Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva; ³Economato e logistica, OO.RR. Rivoli; ⁴Ufficio Tecnico, OO.RR. Rivoli; ⁵SC MECAU, OO.RR. Rivoli; ⁶Dirigente infermieristico OO.RR. Rivoli; ⁷Direzione Sanitaria ASL TO3

INTRODUZIONE

Gli ospedali sono da sempre un luogo privilegiato per home-less e malviventi: l'apertura al pubblico e i flussi continui di persone rendono tali luoghi di facile accesso e di difficile controllo.

L'Ospedale di Rivoli è particolarmente "a rischio" per le sue caratteristiche architettoniche e per i numerosi ingressi dislocati su piani differenti. Obiettivo del progetto è garantire maggiore sicurezza dell'ospedale al fine di

- creare le condizioni di lavoro ottimali per gli operatori;
- salvaguardare i pazienti/utenti
- ridurre eventuali incidenti ed aggressioni.

Per l'espletamento del progetto è stata condotta un'analisi costo-beneficio per evidenziare la strategia più vantaggiosa nell'ottica del contenimento degli sprechi.



MATERIALI E METODI

Nel 2011 viene istituito dalla Direzione Medica di Presidio un gruppo di lavoro multidisciplinare con lo scopo di delineare un progetto sperimentale sulla sicurezza in ospedale. La sperimentazione prevede due fasi

fase I

chiusura di tutti gli ingressi ospedalieri tra le ore 22,30 e le ore 6,30, fatta salva la possibilità di ingresso controllato per il personale dipendente (tramite accesso dedicato con badge) e per gli utenti (tramite controllo di personale di sorveglianza)

presenza di ulteriori telecamere posizionate negli ingressi sotterranei e nei corridoi degli spogliatoi, collegate con monitor sorvegliato e possibilità di intervento immediato

fase II

potenziamento del personale di sorveglianza (attualmente h24 dedicato al DEA) con unità di controllo nelle ore notturne (dalle ore 0,00 alle ore 6,00)

presenza di telecamere posizionate nei parcheggi esterni

sostituzione e decorazione delle aree spogliatoi site nei sotterranei con sostituzione degli armadietti con modelli "antifurto"

RISULTATI

Per la messa in atto del progetto sono state necessarie opere tecniche (posizionamento di telecamere, posizionamento lettori di badge, adeguamento porte esistenti), e strategie organizzative come l'implementazione del servizio di vigilanza con conseguenti costi per l'Ospedale.

L'analisi costo-beneficio ha messo a confronto tre ipotesi di lavoro, differenti tra loro per aspetti gestionali-organizzativi specie per quanto attiene la vigilanza, ma uguali per la componente delle opere tecniche (15.000€ circa)

Tali ipotesi progettuali sono state inviate dal Gruppo di Lavoro al vaglio del decisore (Direzione Strategica) che, sulla base delle esigenze espresse, ha deliberato l'ipotesi 2.

Ipotesi 1
presenza di vigilante aggiuntivo dedicato nella fascia oraria notturna (costo di 66.225,60 €/anno)

Ipotesi 2
presenza di vigilante aggiuntivo presente 1,30 h/die random tra le ore 0,00 e le ore 6,00 tutti i giorni (costo di 11.037,60/anno + 5000€/anno per sistema gestione a distanza delle telecamere);

Ipotesi 3
riorganizzazione dell'attività del sorvegliante dedicato al PS che viene spostato temporaneamente pur mantenendo la reperibilità (costo 5000€/anno per sistema gestione a distanza delle telecamere)



CONCLUSIONI

La sicurezza è un elemento fondamentale negli Ospedali sia per i pazienti, sia per gli operatori, che devono essere messi nelle condizioni di espletare al meglio la loro professionalità. In un momento storico di carenza di risorse, ma continue in termini di necessità socio-assistenziali, è opportuno valutare in termini costo-beneficio quanto investire per la sicurezza interna.

nitro professional

DISINFEZIONE CONTINUA DELLA RETE IDRICA OSPEDALIERA CON ANOLYTE: VALUTAZIONE A DUE ANNI

Molese V.¹, Vellani A.², Ricci M.³, Vaira R.³

Fondazione Toscana Gabriele Monasterio Ricerca Medica e di Sanità Pubblica
¹ Direttore Sanitario Presidio, ² Servizio Prevenzione Protezione, ³ Ufficio Tecnico

Parole chiave: disinfezione Legionella Anolyte.

Introduzione. La clorazione è ampiamente usata per disinfettare le reti idriche ospedaliere nonostante aspetti critici: il cloro reagisce con molti composti normalmente presenti nell'acqua producendo indesiderabili sottoprodotti della disinfezione (DBP); gli impianti basati su cloro gassoso impongono misure di sicurezza specifiche; spesso la disinfezione è di tipo discontinuo, perché dosi di cloro alte e/o continue possono dare problemi organolettici e/o corrosione di alcuni tipi di tubazioni. Di recente sono comparse tecniche di disinfezione basate su attivazione elettrochimica dell'acqua (tecnologia ECA) in cui il disinfettante anolyte: è acido ipocloroso prodotto in celle elettrolitiche da soluzione acquosa salina, ha meno idrossidi negativi dell'ac. ipocloroso derivato dalla tradizionale dissociazione dell'ipoclorito di sodio, ha minore tendenza ad aumentare il pH dell'acqua e a corrodere, è una sostanza metastabile senza fenomeni di accumulo, nelle concentrazioni d'uso indicate non produce DBP, è registrato in letteratura come disinfettante di alto livello e sporicida.

Contenuti. Nei 2 Stabilimenti della Fondazione sono stati valutati gli effetti dell'utilizzo di impianti di disinfezione della rete idrica a base di anolyte. La scelta è ricaduta su impianti ad alto potenziale redox con certificazione di non corrosività della soluzione (produzione anolyte garantita pH 6-7 stabile) in quanto in uno stabilimento la precedente introduzione di biossido cloro coincise con fenomeni diffusi di corrosione della rete idrica. L'altro stabilimento non utilizzava disinfezione continua, con valori di base molto elevati in termini di contaminazione. Dopo analisi costo beneficio, gli impianti venivano installati sulla linea dell'acqua calda, dotati di sistema di telecontrollo per verifica e tracciabilità della disinfezione. Per garantire la costante disinfezione dei punti terminali il personale delle pulizie veniva formato ad eseguire bonifica periodica dei terminali semplicemente flussando acqua calda. Con cadenza semestrale si effettuavano campionamenti ai punti terminali rappresentativi della rete idrica finalizzati a verificare l'efficacia disinfezione, e campionamento ingresso ed uscita dall'impianto di disinfezione per verificare eventuali effetti sulla potabilità.

Conclusioni. Il sistema disinfezione ad anolyte si è dimostrato efficace nel controllo del rischio legionella: la ricerca per Legionella spp e per sierogruppi 1 e 2-14 eseguita da laboratorio certificato SINL in conformità al Doc. 04/04/00 G.U. 103 del 05/05/00 ha dato esito negativo o sotto il limite massimo di 100ufc/L. Solo in due punti nel primo campionamento si è avuta positività per Legionella spp (solo un caso significativo per sierogruppi 2-14): le verifiche effettuate indicavano una impropria manutenzione di questi due punti. A seguito di ulteriori azioni di formazione si è avuta costante normalizzazione dei valori. I valori nello stabilimento privo di disinfezione si sono normalizzati già al primo controllo. Le analisi sulla potabilità dell'acqua hanno dimostrato la non modifica dei parametri da parte del disinfettante che non ha creato DBP.



Fondazione Toscana Gabriele Monasterio
per la Ricerca Medica e di Sanità Pubblica



DISINFEZIONE CONTINUA DELLA RETE IDRICA OSPEDALIERA CON ANOLYTE: VALUTAZIONE A DUE ANNI.

Molese V.¹, Vellani A.², Ricci M.³, Vaira R.³

¹ Direttore Sanitario Presidio ² Servizio Prevenzione Protezione ³ Ufficio Tecnico

CHI SIAMO La Fondazione Toscana Gabriele Monasterio è stata istituita con la Legge Regione Toscana n. 25 del 21 giugno 2006. Operativa dal 1° novembre 2007, ha assunto la titolarità delle attività sanitarie specialistiche e di ricerca di interesse del Servizio Sanitario Regionale già svolte dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa fin dalla sua costituzione nel 1968, affiancando alle attività di ricerca istituzionali quella della ricerca clinica nel campo delle malattie cardiovascolari e discipline affini. Dal 1 gennaio 2012 è ente pubblico e Presidio Ospedaliero Specialistico, mantenendo la codifica 090.907 quale Azienda del Servizio Sanitario Nazionale. La Fondazione Monasterio svolge le proprie attività sanitarie presso gli Stabilimenti Ospedalieri di Massa, in località Montepete (già Ospedale Pediatrico Apuano), e di Pisa, presso l'Area della Ricerca del CNR. Erogando prestazioni specialistiche, in regime di ricovero ed ambulatoriale nell'ambito del SSN, con particolare riferimento a: cardiologia pediatrica, interventistica pediatrica cardiologica, cardiologia dell'adulto, interventistica cardiologica dell'adulto, cardiocirurgia neonatale e pediatrica (centro di riferimento regionale), cardiocirurgia dell'adulto, neonatologia e pediatria cardiologica, medicina cardiovascolare.

SINTESI DEL LAVORO La Direzione Sanitaria, l'Ufficio Tecnico e il Servizio Prevenzione e Protezione della Fondazione Monasterio ha testato un impianto per la disinfezione della rete idrica basato su una tecnologia emergente, a basso costo di gestione, senza effetti indesiderati.

INTRODUZIONE Nell'ambito dei piani di intervento per il controllo del *Rischio Legionella* i sistemi di clorazione sono ampiamente utilizzati per disinfettare le reti idriche ospedaliere, nonostante alcuni aspetti critici: il cloro reagisce con molti composti normalmente presenti nell'acqua producendo indesiderabili sottoprodotti della disinfezione (DBP), potenzialmente nocivi, come i trihalometani; gli impianti basati su cloro gassoso (biossido di cloro) richiedono l'individuazione e l'adozione di misure di sicurezza specifiche per gestire il rischio di esplosione; spesso la disinfezione è di tipo discontinuo, perché dosi di cloro alte e/o continue possono dare problemi organolettici e/o corrosione di alcuni tipi di tubazioni; questa scelta organizzativa, pur soddisfacendo la forma (i risultati delle analisi periodiche sono conformi), non risolve nella sostanza il problema della contaminazione da Legionella della rete idrica. Di recente sono comparse tecniche di disinfezione basate su attivazione elettrochimica dell'acqua (tecnologia ECA) in cui la molecola disinfettante, chiamata anolyte, risulta essere acido ipocloroso prodotto in celle elettrolitiche da soluzione acquosa salina. Questa tecnica di produzione crea meno idrossidi negativi di quelli prodotti nel corso della tradizionale dissociazione dell'ipoclorito di sodio; pertanto, l'anolyte ha minore tendenza ad aumentare il pH dell'acqua: questo elemento si correla ad una maggiore efficacia disinfettante del cloro (inversamente correlata al pH dell'acqua) e ad un minore effetto corrosivo. L'anolyte è una sostanza metastabile senza fenomeni di accumulo, nelle concentrazioni d'uso indicate non produce DBP, ed è registrato in letteratura come disinfettante di alto livello e sporicida. L'impianto di produzione è compatto e trova facilmente posto nell'ambito dei locali tecnici dell'ospedale (vd. Foto1).

CONTENUTI In entrambi gli Stabilimenti ospedalieri della Fondazione sono stati valutati gli effetti dell'utilizzo di impianti di disinfezione della rete idrica a base di anolyte. La scelta è ricaduta su impianti ad alto potenziale redox con certificazione di non corrosività della soluzione (produzione anolyte garantita pH 6-7 stabile) in quanto nello Stabilimento di Massa l'installazione di un impianto a base di biossido cloro era coincisa con fenomeni diffusi di corrosione della rete idrica. Nello Stabilimento di Pisa non veniva effettuata disinfezione continua, con valori di base molto elevati in termini di contaminazione (vd. dati 2008 Tab.1). Sulla base dell'analisi costo beneficio, e dell'esperienza analoga di altri ospedali, gli impianti venivano installati sulla linea dell'acqua calda, dotati di sistema di telecontrollo per verifica e tracciabilità della disinfezione (creazione di un file di back up del funzionamento dell'impianto). La produzione del disinfettante e la sua distribuzione avveniva in relazione all'utilizzo dell'acqua calda: pertanto, per garantire la costante disinfezione dei punti terminali il personale delle pulizie veniva formato ad eseguire bonifica periodica dei terminali semplicemente flussando acqua calda. Con cadenza semestrale si effettuavano campionamenti ai punti terminali rappresentativi della rete idrica finalizzati a verificare l'efficacia disinfezione (Tab.1 e Tab.2). Per evitare fenomeni adattivi opportunisticamente da parte di chi era addetto alla manutenzione dei terminali, i punti sono stati modificati nella sede e nel numero pur mantenendo la rappresentatività delle varie zone. Sono stati eseguiti controlli sull'acqua in ingresso ed uscita dall'impianto di disinfezione per verificare eventuali effetti sulla potabilità (Tab.3).

CONCLUSIONI Il sistema disinfezione ad anolyte si è dimostrato efficace nel controllo del rischio legionella: la ricerca per Legionella spp e per sierogruppi 1 e 2-14 eseguita da laboratorio certificato SINL in conformità al Doc. 04/04/00 G.U. 103 del 05/05/00 ha dato quasi sistematicamente esito negativo o sotto il limite massimo di 100ufc/L. Nei casi in cui si è avuta positività per Legionella spp (solo un punto significativo per sierogruppi 2-14, e comunque a bassa concentrazione), le verifiche effettuate indicavano una impropria manutenzione di questi due punti. A seguito di ulteriori specifiche azioni di formazione del personale addetto si è avuta costante normalizzazione dei valori. L'efficacia in tempi rapidi è indicata dai valori dello Stabilimento di Pisa, dove l'installazione dell'impianto seguito da un semplice protocollo di disinfezione intensiva (flussaggio acqua calda dai terminali per 5 minuti al giorno per una settimana) ha conseguito azzeramento delle ufc (valori di partenza tra 2000 - 9000 ufc). Le analisi sulla potabilità dell'acqua hanno dimostrato la non modifica dei parametri da parte del disinfettante che non ha creato DBP (Tab.3). I costi di gestione in questi anni sono stati in media di 1200 euro/anno per i materiali di consumo, 2600 euro/anno per la manutenzione ordinaria da Ditta specializzata. Per ottimizzare ulteriormente i costi, nel 2012, in occasione della manutenzione periodica delle celle, gli impianti sono stati aggiornati con unità di elettrolisi a minore consumo di elettricità.

Data prelievo	21/06/2010				21/06/2010				20/07/2010				20/07/2010				20/07/2010				20/07/2010			
	Legionella spp		Legionella pneumophila s.s. 2-14																					
Stabilimento	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2		
Legionella spp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Legionella pneumophila s.s. 2-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Data prelievo	28/12/2009				17/06/2010				20/12/2010				21/07/2011			
	Legionella spp		Legionella pneumophila s.s. 2-14													
Stabilimento	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2	Camp. 1	Camp. 2
Legionella spp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Legionella pneumophila s.s. 2-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

VERIFICHE DI POTABILITA'	16/12/2009		16/12/2010		13/01/2011		26/06/2011	
	Prima rete distribuzione							
Cloro	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
pH	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
Conduttività	500	500	500	500	500	500	500	500
Temperatura	15	15	15	15	15	15	15	15
Residuo fisso	500	500	500	500	500	500	500	500
Residuo fisso a 180°C	0	0	0	0	0	0	0	0



Foto 1: impianto di produzione dell'anolyte

INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE CURE: IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE

Monti P¹, Brusadelli P², Goretti P³, Pasquini R⁴

¹Direttore Sanitario A.O. della Provincia di Lecco; ²medico Struttura Qualità e Gestione del Rischio, A.O. della Provincia di Lecco; ³Direttore Struttura Qualità e Gestione del Rischio, A.O. della Provincia di Lecco; ⁴borsista Struttura Qualità e Gestione del Rischio, A.O. della Provincia di Lecco

Parole chiave: consenso, consapevolezza, paziente.

Introduzione. L'acquisizione del Consenso Informato è un momento fondamentale del percorso terapeutico perché assicura l'autodeterminazione del paziente, lo aiuta ad affrontare le cure con maggior partecipazione e consolida il rapporto di fiducia con il medico. Costituisce un elemento saliente della qualità delle cure: dal 2004 l'AO ha definito una procedura, schede informative di supporto, modulistica dedicata e ha avviato opportuni controlli per verificarne il grado di attuazione attraverso la completezza dei moduli compilati.

La consapevolezza rimane però requisito fondamentale per la validità del Consenso: il paziente deve aver ricevuto e compreso le informazioni indispensabili per fornire un valido consenso. L'acquisizione del Consenso non deve scadere in prassi burocratica perciò è essenziale che le verifiche di efficacia del processo si basino anche sull'opinione del paziente oltre ai controlli sui moduli presenti in cartella clinica.

Contenuti. Nel 2010, sono stati diffusi poster informativi sul tema del Consenso per rafforzare la consapevolezza del cittadino sui diritti fondamentali; nel primo semestre 2011 l'AO, con le Associazioni di Volontariato presenti in ospedale, ha avviato un'indagine per raccogliere il vissuto del paziente. È stato predisposto un questionario che ha presentato il tema nei suoi aspetti principali; è stata effettuata la formazione dei Volontari che hanno effettuato interviste guidate ai pazienti del Dipartimento Chirurgico.

La struttura Qualità ha coordinato il progetto, cui hanno aderito 200 pazienti garantendo così la stessa dimensione campionaria dei controlli svolti solo su cartelle cliniche.

L'82% degli intervistati ha dichiarato di conoscere il tema in maniera esaustiva; inoltre:

- nel 74% dei casi il Consenso è acquisito con un adeguato intervallo di tempo dall'atto chirurgico;
- più del 92% degli intervistati dichiara di aver ricevuto informazioni complete sulle condizioni di salute, sulle caratteristiche dell'intervento chirurgico e i benefici correlati;
- il 74% dei pazienti afferma di aver ricevuto adeguate informazioni relativamente a effetti collaterali, alternative ed eventuali problemi di recupero inerenti al trattamento proposto;
- il 95% degli intervistati dichiara di aver ben compreso le informazioni ricevute.

Conclusioni. L'indagine ha permesso di confrontare la percezione del cittadino con i risultati emersi dai controlli effettuati sulle cartelle cliniche:

- sulla comprensione/consapevolezza i dati sono sovrapponibili: 93.4% indagine documentale, 95% intervista;
- sulle informazioni fornite per l'atto sanitario (caratteristiche, benefici, effetti collaterali, alternative, problemi di recupero inerenti al trattamento proposto) vi è un netto miglioramento: da una conformità del 57.5% (indagine documentale) si passa all'81% (intervista).

Nell'intervista il 93% dei pazienti giudica efficace il processo di informazione implementato e l'87% afferma che le informazioni ricevute hanno permesso di affrontare le cure con più serenità.

Un processo di acquisizione del Consenso effettuato e verificato solo "sulla carta" non assicura gradi di conformità elevati. Nella nostra AO, nel colloquio con il paziente, è correttamente garantita la dimensione relazionale che permette di superare il limite della standardizzazione dei contenuti della documentazione di supporto ed è elemento imprescindibile per assicurare la consapevolezza alla cura e la validità del Consenso.

INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE CURE: IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE

Monti P, Direttore Sanitario A.O. della Provincia di Lecco / Brusadelli P, medico Struttura Qualità e Gestione del Rischio, A.O. della Provincia di Lecco / Goretti P, Direttore Struttura Qualità e Gestione del Rischio, A.O. della Provincia di Lecco / Pasquini R, borsista Struttura Qualità e Gestione del Rischio, A.O. della Provincia di Lecco

INFORMAZIONE → CONSAPEVOLEZZA → VALIDO CONSENSO

Consenso e Qualità delle cure

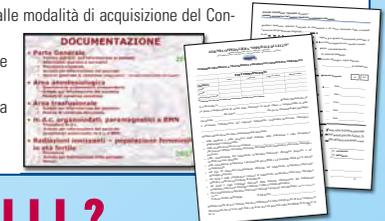
Il consenso è un elemento fondante di ogni percorso di cura:

- assicura l'autodeterminazione del paziente
- aiuta la persona assistita ad affrontare le cure con maggior consapevolezza e partecipazione
- consolida il rapporto di fiducia con il medico

L'approccio dell'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco

L'AO della Provincia di Lecco in merito alle modalità di acquisizione del Consenso alle Cure, dal 2004:

- ha definito una procedura e apposite schede informative di supporto
- ha razionalizzato la modulistica dedicata
- ha avviato **controlli** per verificare il grado di attuazione delle indicazioni



QUALI CONTROLLI ?

Per verificare la conformità del processo di acquisizione del consenso è stata controllata la presenza delle informazioni fornite dal medico sul trattamento proposto: caratteristiche, benefici, effetti collaterali, alternative, problemi di recupero.

Controlli sulla documentazione sanitaria

- applicazione delle linee guida della Regione Lombardia sul Risk Management
- controlli su documentazione relativa al consenso informato presente in cartella clinica
- verifica dell'1% delle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati

GRADO DI
CONFORMITÀ
RILEVATO
57,5 %

IL PAZIENTE COSA NE PENSA ?

Indagine conoscitiva nel Dipartimento Chirurgico

Sono state svolte 200 interviste con la collaborazione delle Associazioni di Volontariato presenti in ospedale.

- l'82% degli intervistati ha dichiarato di conoscere il tema in maniera esaustiva;
- nel 74% dei casi il Consenso è acquisito con un adeguato intervallo di tempo dall'atto chirurgico
- più del 92% degli intervistati dichiara di aver ricevuto informazioni complete sulle condizioni di salute, sulle caratteristiche dell'intervento chirurgico e i benefici correlati
- il 74% dei pazienti afferma di aver ricevuto adeguate informazioni relativamente a effetti collaterali, alternative ed eventuali problemi di recupero inerenti al trattamento proposto
- il 95% degli intervistati dichiara di aver ben compreso le informazioni ricevute



GRADO DI
CONFORMITÀ
RILEVATO
81 %

CONCLUSIONI

L'indagine ha permesso di confrontare la percezione del cittadino con i risultati emersi dai controlli effettuati sulle cartelle cliniche:

- sulla comprensione/consapevolezza i dati sono sovrapponibili: 93.4% indagine documentale, 95% intervista;
- sulle informazioni fornite per l'atto sanitario (caratteristiche, benefici, effetti collaterali, alternative, problemi di recupero inerenti al trattamento proposto) vi è un netto miglioramento: da una conformità del 57.5% (indagine documentale) si passa all'81% (intervista).
- il 93% dei pazienti giudica efficace il processo di informazione implementato
- l'87% dei pazienti afferma che le informazioni ricevute hanno permesso di affrontare le cure con maggiore serenità.

Un processo di acquisizione del Consenso effettuato e verificato solo "sulla carta" non assicura gradi di conformità elevati. Nella nostra AO, nel colloquio con il paziente, è correttamente garantita la dimensione relazionale che permette di superare il limite della standardizzazione dei contenuti della documentazione di supporto ed è elemento imprescindibile per assicurare la consapevolezza alla cura e la validità del Consenso.

QUALITÀ PERCEPITA DAL PAZIENTE

Dott. Alessandro Morteo

Vice Direttore Sanitario, Maria Pia Hospital, Strada Mongreno 180, 10132 Torino

Palore chiave: qualità percepita, promozione qualità.

Introduzione. Negli ultimi anni è maturato un approccio culturale all'interno dell'ospitalità privata, orientato non solo al rispetto dei massimi standard delle strutture e delle prestazioni, ma anche alla corrispondenza tra "qualità effettiva" e "qualità percepita" dai fruitori dei servizi.

È cresciuta l'attenzione del mondo sanitario per la valutazione della "qualità della vita percepita" dal paziente, sia come misura di esito nella valutazione dei trattamenti, sia come dimensione eticamente imprescindibile per migliorare il rapporto medico-paziente. L'O.M.S. definisce la qualità percepita come la "percezione che una persona ha della propria posizione nella vita, nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vive, in relazione ai suoi obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni". Questo concetto multidimensionale comprende la salute fisica, lo stato psicologico, il livello di autonomia, le relazioni sociali e la relazione dell'individuo con le caratteristiche salienti dell'ambiente, da cui, pertanto, non si può prescindere.

Il gruppo GVM, ed in particolare Maria Pia Hospital, consapevole della grande importanza che riveste la qualità nel delicato settore sanitario, in quanto tratta della salute, che è il bene più prezioso per l'individuo, è impegnata in un percorso di "promozione della qualità", iniziato con l'ottenimento della certificazione di qualità ISO 9001.

Contenuti. Differenti iniziative sono attualmente condotte presso la struttura atte a verificare ed a monitorare la qualità dell'ambiente e dell'attività sanitaria svolta: questionari per il monitoraggio della "customer satisfaction", il protocollo di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e le indagini igienico-ambientali.

Conclusioni. La verifica della qualità percepita dai fruitori dei servizi è condotta mediante la somministrazione ai pazienti di questionari di valutazione di gradimento dei servizi presenti presso Maria Pia Hospital (customer satisfaction). I dati finora analizzati riguardano il periodo dal 2002 al 2010 relativamente ai seguenti aspetti: assistenza alberghiera, assistenza medica, assistenza infermieristica, accettazione e dimissione ricoveri, prenotazione telefonica. I risultati ottenuti dimostrano un trend positivo per la maggior parte degli aspetti analizzati. Gli unici picchi negativi si sono osservati relativamente all'assistenza alberghiera. Tali anomalie sono state direttamente risolte tramite azioni correttive da parte della Direzione Sanitaria al fine di migliorare la qualità del servizio offerto.

Maria Pia Hospital ha inoltre aderito al progetto promosso dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico. Tale progetto, di carattere nazionale, ha lo scopo di consentire il monitoraggio dei tassi di infezioni del sito chirurgico e promuovere il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza prestata. Attualmente sono stati raccolti ed inviati al sistema centrale di elaborazione i dati raccolti nel trimestre ottobre-novembre-dicembre 2010 relativamente ad interventi di cardiocirurgia e di ortopedia. La sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e delle infezioni in terapia intensiva è prevista anche per il trimestre aprile-maggio-giugno 2012 ed i dati raccolti faranno parte di un progetto a più ampio spettro, di carattere europeo.

Il monitoraggio della qualità dell'ambiente infine è effettuato annualmente attraverso le indagini igienico-ambientali che riguardano le determinazioni microbiologiche per la ricerca della Legionella su campioni ambientali, le determinazioni quantitative e qualitative della carica microbica totale in aria nelle aree a rischio della Struttura e la determinazione dell'inquinamento da gas anestetici.

A partire dal 2012 inoltre verranno eseguite presso il centro le rilevazioni ambientali durante le sedute operatorie che permetteranno di garantire gli standard di buona tecnica e di corretta prassi igienico-comportamentale del personale coinvolto.

Maria Pia Hospital
Torino



QUALITÀ PERCEPITA DAL PAZIENTE

Autore: Dott. Alessandro Morteo, vice Direttore Sanitario
Maria Pia Hospital, Strada Mongreno 180, 10132 Torino

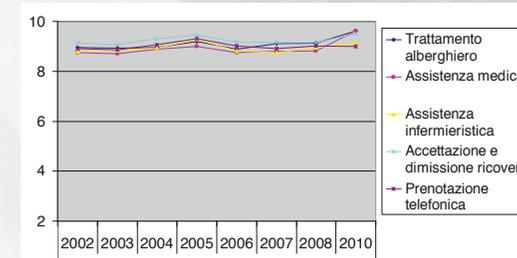
Introduzione

Negli ultimi anni è maturato un approccio culturale all'interno dell'ospitalità privata, orientato non solo al rispetto dei massimi standard delle strutture e delle prestazioni, ma anche alla corrispondenza tra "qualità effettiva" e "qualità percepita" dai fruitori dei servizi.

Il gruppo GVM, ed in particolare Maria Pia Hospital è impegnata in un percorso di "promozione della qualità", iniziato con l'ottenimento della certificazione di qualità ISO 9001 e che prosegue mediante le seguenti iniziative atte a verificare ed a monitorare la qualità dell'ambiente e dell'attività sanitaria svolta.

Questionari per il monitoraggio della "customer satisfaction"

Il campo valore 2 corrisponde a pessimo
Il campo valore 4 corrisponde a insufficiente
Il campo valore 6 corrisponde a sufficiente
Il campo valore 8 corrisponde a buono
Il campo valore 10 corrisponde a ottimo



Protocollo di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico

Maria Pia Hospital ha inoltre aderito al progetto promosso dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico.



La sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e delle infezioni in terapia intensiva è prevista anche per il trimestre aprile-maggio-giugno 2012 ed i dati raccolti faranno parte di un progetto a più ampio spettro, di carattere europeo.

Indagini igienico-ambientali

Il monitoraggio della qualità dell'ambiente è effettuato annualmente attraverso le indagini igienico-ambientali che riguardano:

- determinazioni microbiologiche per la ricerca della Legionella su campioni ambientali
- determinazioni quantitative e qualitative della carica microbica totale in aria nelle aree a rischio della Struttura
- determinazione dell'inquinamento da gas anestetici.

A partire dal 2012 inoltre verranno eseguite presso il centro le rilevazioni ambientali durante le sedute operatorie che permetteranno di garantire gli standard di buona tecnica e di corretta prassi igienico-comportamentale del personale coinvolto.

L'HEALTH CARE TECHNOLOGY ASSESSMENT – HCTA NEL P.O. DI MACERATA

G. Scaloni, N. Mosca, B.M. Gentilozzi, A. Costantini, E. Bianchini, S. Fattori*, M. Francesconi**, M. Catarini^{oo}, M. Sartelli***, A. Minnucci^{ooo}, S. Rossi**, M. Costantino[^], M.R. Mazzocanti

Direzione Medica Ospedaliera ASUR – Area Vasta 3 PP.OO. Macerata – Tolentino – Treia, * Fisica Medica Area Vasta 3 Macerata – Tolentino – Treia, ** Blocco Operatorio P.O. Macerata, ^{oo} U.O. Medicina P.O. Macerata, ***U.O. Chirurgia P.O. Macerata, ^{ooo} Farmacia Ospedaliera P.O. Macerata, [^] Ingegneria Clinica ASUR

Parole chiave: tecnologie sanitarie, metodologia, multidisciplinare.

Introduzione. Lo sviluppo e l'innovazione delle tecnologie nel campo medico sanitario che si è avuto negli ultimi decenni, ha richiesto una contemporanea crescita di metodologie, atte a valutare l'appropriatezza delle prestazioni, degli effetti prodotti e dei costi delle nuove strumentazioni. L'insieme di queste metodologie sono definite Health Care Technology Assessment.

L'HCTA è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia (apparecchiature biomedicali, dispositivi medici, farmaci, procedure cliniche, mediche e chirurgiche, modelli organizzativi, programmi di prevenzione e promozione della salute), attraverso la valutazione di efficacia, sicurezza, costi, impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo è valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia e le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e l'intera società, poiché l'HCTA è necessario per la valutazione delle proprietà tecniche ma anche per l'impatto socio economico che la stessa tecnologia può condizionare.

Contenuto. La volontà della DMO è stata quella di istituire un gruppo di lavoro finalizzato alla valutazione di dispositivi e tecniche sanitarie utilizzate o richieste dai sanitari dei PP.OO. di Macerata, Tolentino e Treia con l'obiettivo di diventare il principale riferimento per la diffusione dei principi e delle buone pratiche di valutazione delle tecnologie sanitarie all'interno dei P.O. di Macerata, Tolentino e Treia.

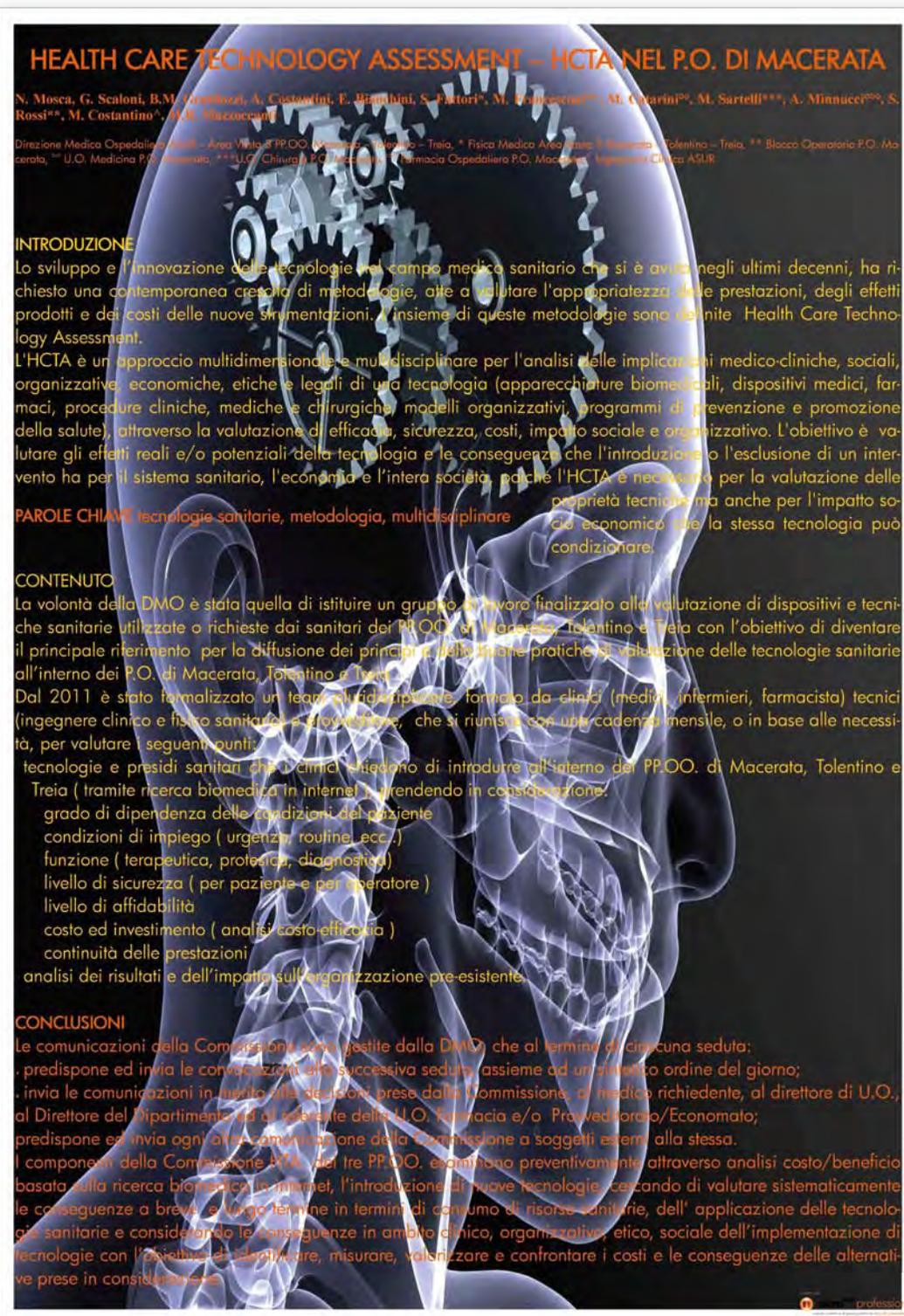
Dal 2011 è stato formalizzato un team pluridisciplinare, formato da clinici (medici, infermieri, farmacista) tecnici (ingegnere clinico e fisico sanitario) e provveditore, che si riunisce con una cadenza mensile, o in base alle necessità, per valutare i seguenti punti:

- tecnologie e presidi sanitari che i clinici chiedono di introdurre all'interno dei PP.OO. di Macerata, Tolentino e Treia (tramite ricerca biomedica in internet), prendendo in considerazione: 1) grado di dipendenza delle condizioni del paziente; 2) condizioni di impiego (urgenza, routine, ecc.); 3) funzione (terapeutica, protesica, diagnostica); 4) livello di sicurezza (per paziente e per operatore); 5) livello di affidabilità; 6) costo ed investimento (analisi costo-efficacia); 7) continuità delle prestazioni;
- analisi dei risultati e dell'impatto sull'organizzazione pre-esistente.

Conclusioni. Le comunicazioni della Commissione sono gestite dalla DMO, che al termine di ciascuna seduta:

- predispone ed invia le convocazioni alla successiva seduta, assieme ad un sintetico ordine del giorno;
- invia le comunicazioni in merito alle decisioni prese dalla Commissione, al medico richiedente, al direttore di U.O., al Direttore del Dipartimento ed al referente della U.O. Farmacia e/o Provveditorato/Economato;
- predispone ed invia ogni altra comunicazione della Commissione a soggetti esterni alla stessa.

I componenti della Commissione HTA dei tre PP.OO. esaminano preventivamente attraverso analisi costo/beneficio basata sulla ricerca biomedica in internet, l'introduzione di nuove tecnologie, cercando di valutare sistematicamente le conseguenze a breve e lungo termine in termini di consumo di risorse sanitarie, dell'applicazione delle tecnologie sanitarie e considerando le conseguenze in ambito clinico, organizzativo, etico, sociale dell'implementazione di tecnologie con l'obiettivo di identificare, misurare, valorizzare e confrontare i costi e le conseguenze delle alternative prese in considerazione.



HEALTH CARE TECHNOLOGY ASSESSMENT – HCTA NEL P.O. DI MACERATA

N. Mosca, G. Scaloni, B.M. Gentilozzi, A. Costantini, E. Bianchini, S. Fattori*, M. Francesconi**, M. Catarini^{oo}, M. Sartelli***, A. Minnucci^{ooo}, S. Rossi**, M. Costantino[^], M.R. Mazzocanti

Direzione Medica Ospedaliera ASUR – Area Vasta 3 PP.OO. Macerata – Tolentino – Treia, * Fisica Medica Area Vasta 3 Macerata – Tolentino – Treia, ** Blocco Operatorio P.O. Macerata, ^{oo} U.O. Medicina P.O. Macerata, ***U.O. Chirurgia P.O. Macerata, ^{ooo} Farmacia Ospedaliera P.O. Macerata, [^] Ingegneria Clinica ASUR

INTRODUZIONE

Lo sviluppo e l'innovazione delle tecnologie nel campo medico sanitario che si è avuto negli ultimi decenni, ha richiesto una contemporanea crescita di metodologie, atte a valutare l'appropriatezza delle prestazioni, degli effetti prodotti e dei costi delle nuove strumentazioni. L'insieme di queste metodologie sono definite Health Care Technology Assessment.

L'HCTA è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia (apparecchiature biomedicali, dispositivi medici, farmaci, procedure cliniche, mediche e chirurgiche, modelli organizzativi, programmi di prevenzione e promozione della salute), attraverso la valutazione di efficacia, sicurezza, costi, impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo è valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia e le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e l'intera società, poiché l'HCTA è necessario per la valutazione delle proprietà tecniche ma anche per l'impatto socio economico che la stessa tecnologia può condizionare.

PAROLE CHIAVE tecnologie sanitarie, metodologia, multidisciplinare

CONTENUTO

La volontà della DMO è stata quella di istituire un gruppo di lavoro finalizzato alla valutazione di dispositivi e tecniche sanitarie utilizzate o richieste dai sanitari dei PP.OO. di Macerata, Tolentino e Treia con l'obiettivo di diventare il principale riferimento per la diffusione dei principi e delle buone pratiche di valutazione delle tecnologie sanitarie all'interno dei P.O. di Macerata, Tolentino e Treia.

Dal 2011 è stato formalizzato un team pluridisciplinare, formato da clinici (medici, infermieri, farmacista) tecnici (ingegnere clinico e fisico sanitario) e provveditore, che si riunisce con una cadenza mensile, o in base alle necessità, per valutare i seguenti punti:

- tecnologie e presidi sanitari che i clinici chiedono di introdurre all'interno dei PP.OO. di Macerata, Tolentino e Treia (tramite ricerca biomedica in internet), prendendo in considerazione:
 - grado di dipendenza delle condizioni del paziente
 - condizioni di impiego (urgenza, routine, ecc.)
 - funzione (terapeutica, protesica, diagnostica)
 - livello di sicurezza (per paziente e per operatore)
 - livello di affidabilità
 - costo ed investimento (analisi costo-efficacia)
 - continuità delle prestazioni
- analisi dei risultati e dell'impatto sull'organizzazione pre-esistente.

CONCLUSIONI

Le comunicazioni della Commissione sono gestite dalla DMO, che al termine di ciascuna seduta:

- predispone ed invia le convocazioni alla successiva seduta, assieme ad un sintetico ordine del giorno;
- invia le comunicazioni in merito alle decisioni prese dalla Commissione, al medico richiedente, al direttore di U.O., al Direttore del Dipartimento ed al referente della U.O. Farmacia e/o Provveditorato/Economato;
- predispone ed invia ogni altra comunicazione della Commissione a soggetti esterni alla stessa.

I componenti della Commissione HTA dei tre PP.OO. esaminano preventivamente attraverso analisi costo/beneficio basata sulla ricerca biomedica in internet, l'introduzione di nuove tecnologie, cercando di valutare sistematicamente le conseguenze a breve e lungo termine in termini di consumo di risorse sanitarie, dell'applicazione delle tecnologie sanitarie e considerando le conseguenze in ambito clinico, organizzativo, etico, sociale dell'implementazione di tecnologie con l'obiettivo di identificare, misurare, valorizzare e confrontare i costi e le conseguenze delle alternative prese in considerazione.

ANALISI DEL RISCHIO CLINICO TRAMITE INCIDENT REPORTING NEL PRESIDIO OSPEDALIERO SAN PAOLO DI BARI

Mundo A°, Fusano MS°, Leaci A*, Colacicco VG^

° Direzione Medica, Presidio Ospedaliero San Paolo, ASL BARI; * Direttore Medico di Presidio - Presidio Ospedaliero San Paolo, ASL BARI; ^ Direttore Sanitario Aziendale ASL BARI

Parole chiave: rischio clinico, Incident Reporting, sicurezza.

Introduzione. Il rischio clinico rappresenta un problema sanitario di rilevante importanza ai fini della qualità dell'assistenza e di forte impatto sociale. Vari strumenti permettono di effettuare una stima degli eventi avversi già verificatisi (misses) o potenzialmente verificabili (near-misses).

Mediante i sistemi attivi, soprattutto americani e inglesi, sono stati effettuati numerosi studi per definire ottimali strumenti che permettano l'identificazione di "eventi indesiderati" in modo da fornire una base di analisi per la predisposizione di strategie e azioni di miglioramento atte a prevenirne il riaccadimento. L'Incident Reporting è una modalità di raccolta di segnalazioni di eventi o quasi-eventi tramite la compilazione volontaria e anonima di una scheda da parte dell'operatore sanitario. Tale sistema, nato nel settore aeronautico come segnalazione confidenziale tra piloti e controllori di volo per migliorare la sicurezza aerea, è stato adattato alle organizzazioni sanitarie con l'obiettivo di migliorare la sicurezza del paziente.

Contenuti. Nel Presidio Ospedaliero San Paolo è stato messo a punto un sistema sperimentale di Incident Reporting attraverso un modello di scheda di veloce compilazione anonima con la quale riferire gli eventi avversi generali, quelli prevenibili e le situazioni di rischio presunto o di quasi errore che sono spesso alla base di più gravi e frequenti errori conclamati. La Direzione Medica ha individuato due referenti, uno medico e uno infermieristico, per ciascuna Unità Operativa del Presidio. È stato inizialmente realizzato un Corso di Aggiornamento della durata di un giorno al fine di sensibilizzare gli operatori referenti al tema del Rischio Clinico ed è stato quindi avviato il progetto sperimentale. Almeno nella fase iniziale si è ritenuto opportuno non delimitare la raccolta dati ai reparti più a rischio o con più alti casi riportati in Letteratura, ma di estenderla a tutte le Unità Operative per una valutazione complessiva dei rischi presenti nel Presidio. Sono state raccolte 24 schede in 18 mesi. La maggior parte non era compilata in maniera completa. 13 provenivano dall'area medica e 11 da quella chirurgica e di emergenza. La compilazione è stata maggiormente effettuata da personale infermieristico (16 casi) rispetto al coinvolgimento del personale medico (8 casi). Sono stati evidenziati esclusivamente casi di near misses, legati alla gestione della terapia farmacologia (15 casi su 24), all'identificazione del paziente (3 casi su 24) e della sede interessata dalla patologia (2 casi su 24). In 14 delle 24 segnalazioni erano coinvolti pazienti in età avanzata.

Conclusioni. Lo studio conferma l'utilità della valutazione dell'errore come occasione di miglioramento della qualità del servizio.

Risulta rilevante nella compilazione della scheda la valutazione dell'evento sia come stima attuale che come analisi delle cause, ponendo particolare attenzione alle soluzioni atte ad evitarle.

Sono riconosciute come cause primarie sia carenze di personale che carenze di procedure informatizzate. L'età avanzata dei pazienti coinvolti permette di ipotizzare che l'età costituisca un fattore di rischio indipendente.

Il numero esiguo di schede raccolte rivela tuttavia lo scarso interesse suscitato nel personale e la necessità di proseguire soprattutto con l'informazione e la formazione.

Analisi del Rischio Clinico tramite Incident Reporting nel Presidio Ospedaliero San Paolo di Bari



Mundo A, Fusano MS, Leaci A*, Colacicco VG**
 Direzione Medica, *Direttore Medico,
 Presidio Ospedaliero San Paolo ASL BARI
 **Direttore Sanitario Aziendale ASL BARI

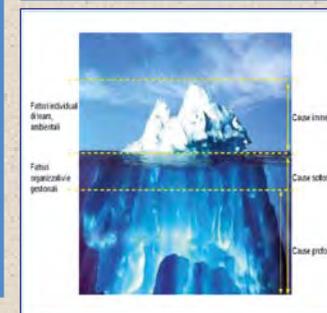
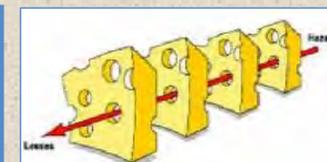


INTRODUZIONE

Il rischio clinico rappresenta un problema sanitario di rilevante importanza ai fini della qualità dell'assistenza e di forte impatto sociale. Vari strumenti permettono di effettuare una stima degli eventi avversi già verificatisi (misses) o potenzialmente verificabili (near-misses). Mediante i sistemi attivi, soprattutto americani e inglesi, sono stati effettuati numerosi studi per definire ottimali strumenti che permettano l'identificazione di "eventi indesiderati" in modo da fornire una base di analisi per la predisposizione di strategie e azioni di miglioramento atte a prevenirne il riaccadimento. L'Incident Reporting è una modalità di raccolta di segnalazioni di eventi o quasi-eventi tramite la compilazione volontaria e anonima di una scheda da parte dell'operatore sanitario. Tale sistema, nato nel settore aeronautico come segnalazione confidenziale tra piloti e controllori di volo per migliorare la sicurezza aerea, è stato adattato alle organizzazioni sanitarie con l'obiettivo di migliorare la sicurezza del paziente.

CONTENUTI

Nel Presidio Ospedaliero San Paolo è stato messo a punto un sistema sperimentale di Incident Reporting attraverso un modello di scheda di veloce compilazione anonima con la quale riferire gli eventi avversi generali, quelli prevenibili e le situazioni di rischio presunto o di quasi errore che sono spesso alla base di più gravi e frequenti errori conclamati. La Direzione Medica ha individuato due referenti, uno medico e uno infermieristico, per ciascuna Unità Operativa del Presidio. È stato inizialmente realizzato un Corso di Aggiornamento della durata di un giorno al fine di sensibilizzare gli operatori referenti al tema del Rischio Clinico ed è stato quindi avviato il progetto sperimentale. Almeno nella fase iniziale si è ritenuto opportuno non delimitare la raccolta dati ai reparti più a rischio o con più alti casi riportati in Letteratura, ma di estenderla a tutte le Unità Operative per una valutazione complessiva dei rischi presenti nel Presidio. Sono state raccolte 24 schede in 18 mesi. La maggior parte non era compilata in maniera completa. 13 provenivano dall'area medica e 11 da quella chirurgica e di emergenza. La compilazione è stata maggiormente effettuata da personale infermieristico (16 casi) rispetto al coinvolgimento del personale medico (8 casi). Sono stati evidenziati esclusivamente casi di near misses, legati alla gestione della terapia farmacologia (15 casi su 24), all'identificazione del paziente (3 casi su 24) e della sede interessata dalla patologia (2 casi su 24). In 14 delle 24 segnalazioni erano coinvolti pazienti in età avanzata.



CONCLUSIONI

Lo studio conferma l'utilità della valutazione dell'errore come occasione di miglioramento della qualità del servizio. Risulta rilevante nella compilazione della scheda la valutazione dell'evento sia come stima attuale che come analisi delle cause, ponendo particolare attenzione alle soluzioni atte ad evitarle. Sono riconosciute come cause primarie sia carenze di personale che carenze di procedure informatizzate. L'età avanzata dei pazienti coinvolti permette di ipotizzare che l'età costituisca un fattore di rischio indipendente. Il numero esiguo di schede raccolte rivela tuttavia lo scarso interesse suscitato nel personale e la necessità di proseguire soprattutto con l'informazione e la formazione.

STRUMENTO INNOVATIVO PER LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA MEDICA: PROPOSTA DELLA LOGICA FUZZY A SUPPORTO DECISIONALE

Musolino M*, Sesti E*, Nasi G**

*UOC Qualità Aziendale e Risk Management ASL RMB; **Direzione Sanitaria Ospedale "Cristo Re" Roma

Parole chiave: valutazione performance, logica fuzzy.

Introduzione. La valutazione della dirigenza costituisce una delle dimensioni del sistema dei controlli interni in sanità e deve essere applicata in una visione di integrazione degli altri settori del controllo interno coinvolto.

I regolamenti aziendali, come stabiliti dalla vigente normativa e dalla contrattazione collettiva, costituiscono la modalità operativa di espressione dei nuovi indirizzi di valutazione che tendono a misurare i possibili livelli di performance sia gestionali che professionali a livello della dirigenza come del personale delle altre qualifiche.

Contenuti. Per valutare la performance individuale è stato possibile definire una metodologia innovativa sviluppata ovviamente in base agli obiettivi aziendali calati sulla dirigenza medica. Gli obiettivi sono stati suddivisi in due categorie principali per un totale di venti parametri, rispettivamente dieci per la prima afferenti a capacità tecnico-professionali di "skills" (variabile x) e dieci per la seconda riconducibili a capacità organizzative, programmatiche e relazionali "ability" (variabile y).

Il metodo ha presupposto la progettazione di un algoritmo decisionale articolato su 2 variabili con grafico a 3 dimensioni:

- variabile X (Technical) come prima categoria di obiettivi: valutazione delle capacità tecnico professionali, di risoluzione e di innovazione;
- variabile Y (Leadership) come seconda categoria di obiettivi: valutazione delle capacità di programmazione, di performance organizzativa e relazionale; la cui integrazione mediante un modello inferenziale basato sulla logica fuzzy offre come risultanza un giudizio sul grado di performance individuale (già individuo sistema complesso) di un soggetto che presta la sua opera all'interno di un altro sistema complesso (S.S.N.).
- La variabile (Z) è la valutazione della performance (piano verticale).
- La variabile X Tecnological (skills): è costruita in base alla valutazione di tre parametri di performance per dieci obiettivi totali.
- La variabile Y leadership (ability): è costruita in base alla valutazione di un parametro di performance integrato tra aspetti organizzativi e programmatici con elementi relazionali sviluppata in dieci obiettivi complessivi.

Un'ultima verifica è lasciata allo stesso soggetto valutato, quindi sulla base delle relative risultanze si stimerà lo scostamento rispetto alla valutazione degli organismi preposti.

Per la verifica soggettiva si prendono in considerazione parametri in tema di automotivazione e autovalutazione da sottoporre a ciascun dirigente.

Conclusioni. Elemento innovativo del modello proposto è l'approccio multidimensionale a più variabili quali criteri decisionali e l'applicazione della logica fuzzy che, permette una miglior rappresentazione della realtà decisionale in ambiti per loro natura intrinseca complessi.

CONTROLLO DEL RISCHIO DA LEGIONELLA SPP. E DEI COSTI PRESSO LA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA

Muzzi A.¹, Marena C.², Lodola L.³, Fiorentini M.L.¹, Lodi R.⁴, Perversi L.⁵, Marone P.⁶, Pellino P.⁷

¹ Dirigente medico, Direzione Medica di Presidio; ² Direttore medico di Presidio, Direzione Medica di Presidio; ³ Chimico, Medicina nucleare; ⁴ Infermiere Coordinatore, Direzione Medica di Presidio; ⁵ Dirigente biologo, Laboratorio di Microbiologia e Virologia; ⁶ Direttore ff Laboratorio Microbiologia e Virologia; ⁷ Direttore Sanitario, Direzione Sanitaria Aziendale.

Parole chiave: *Legionella spp.*; costi; capitolato di gara.

Introduzione. Il rischio di Legionellosi suscita un interesse crescente in ambito sanitario, a fronte del costante aumento dei casi. L'acquisizione della malattia dipende infatti sia dalle caratteristiche del microrganismo, sia dalla suscettibilità individuale, sia dalle condizioni ambientali. Gli ospedali sono ambienti a rischio per la trasmissione della legionellosi a causa della tipologia di persone ricoverate (immunodepressi), della possibile presenza di aree di ristagno nella rete idrica e della temperatura dell'acqua calda, che favoriscono la proliferazione delle legionelle.

Contenuti. La conoscenza dei singoli aspetti che caratterizzano il processo di gestione del rischio da Legionella ha permesso di individuare nella metodologia HACCP (Metodologia dell'analisi dei pericoli e dei Punti di Controllo Critici), lo strumento di lavoro più idoneo presso la Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia. L'elaborazione del piano per la sicurezza microbiologica dell'acqua nella rete idrica dell'Ente ha coinvolto un gruppo di lavoro multidisciplinare. Particolare attenzione è stata posta da Direzione Medica di Presidio, Struttura Tecnico Patrimoniale e Laboratorio di Microbiologia e Virologia nell'elaborare il capitolato di gara, nell'ottica di implementare i sistemi di controllo interni, riducendo i costi diretti. I punti di forza del capitolato sono: *Ruolo dell'assuntore:* garanzia di comprimere la presenza di legionella nella rete idrica entro livelli non superiori a 100 UFC/L; monitoraggio degli impianti continuo, con azioni correttive entro 12 ore; campionamenti mensili secondo le indicazioni dalla Direzione Medica (1 punto/impianto di trattamento) presso laboratorio esterno accreditato; trasmissione mensile dei risultati microbiologici e delle eventuali azioni correttive intraprese in accordo con il gruppo di lavoro; messa in sicurezza dei punti terminali con filtri antibatterici assoluti in caso di positività. *Ruolo della Fondazione:* verifica della conformità del servizio, della validità delle misure di controllo e dell'erogazione del servizio rispetto alla progettazione, mediante sopralluoghi presso i Reparti e gli impianti; campionamento random in doppio dei campioni analizzati mensilmente; rispondenza del servizio rispetto al Progetto Qualità. Le tabella 1 e la tabella 2 riportano rispettivamente i costi sostenuti dalla Fondazione per i sistemi di trattamento dell'acqua calda e per le indagini microbiologiche per la ricerca di *Legionella spp.* nell'acqua calda.

Tabella 1. Costo sistemi di trattamento acqua calda

	Costo trattamenti fino al 2007 (trattamento in continuo a partire dal 2005)	Canone impianti ionizzazione rame-argento e biossido di cloro 2007-2009	Canone impianti biossido di cloro in continuo 2010-2015
	anno 2005: 168.000€ (+ IVA 20%), pari a 201.200€ anno 2006: 252.200,00€ (IVA compresa)	230.400,00€ (IVA compresa)/anno	119.800,00/anno
Totale	453.800 €	691.200 €	718.800 €
Risparmio			110.600 €/anno

Tabella 2. Costo indagini microbiologiche

	Dal 2007 al 2010	Dal 2010 al 2015 (proiezione)
	12.000 €/anno	7.000 €/anno
Totale	36.000 € totali	35.000 € totali
Risparmio		5.000 €/anno

Conclusioni. La gestione del rischio da *Legionella* da parte di un gruppo multidisciplinare consente un governo del processo integrato e completo. L'elaborazione del capitolato di gara, basato sul risultato e sulla rispondenza al progetto di qualità, ha consentito di mantenere sotto controllo i livelli di contaminazione e di ridurre i costi sostenuti dalla Fondazione.

OSPEDALE REGIONALE DI AOSTA: ATTIVITÀ DI IGIENE OSPEDALIERA NEL 2011

R. Novati, M. Mastaglia, MG Canta, R. Ippolito, C. Galotto, G. De Filippis

Direzione Medica ospedaliera, °Direttore sanitario aziendale, Azienda USL valle d'Aosta.

Parole chiave: igiene, sorveglianza, infezioni nosocomiali.

Introduzione. Le attività di igiene ospedaliera restituiscono come è noto un'immagine fedele della qualità assistenziale e della gestione del rischio in Ospedale, e sono molto redditizie in termini di costo efficacia e costo beneficio.

Contenuti. In Ospedale di Aosta nel 2011 abbiamo realizzato un programma aggressivo di azioni di sorveglianza e miglioramento, basate queste ultime sul coinvolgimento continuo e quanto possibile diretto dei professionisti, oltre che sul feedback precoce dei risultati. Le **attività di sorveglianza** sono state le seguenti:

- 1. Inquadramento igienico dell'area chirurgica:** a) studio di incidenza delle infezioni del sito chirurgico (due reparti); b) aderenza alla profilassi antibiotica in chirurgia (250 cartelle esaminate, aderenza media del 40,8%); c) Sorveglianza igienica nei blocchi operatori e nelle sale chirurgiche (33 sessioni operatorie osservate, 3255 minuti, 207 operatori); d) Monitoraggio microbiologico del blocco operatorio; e) è stato infine sperimentata la soluzione idroalcolica per l'antisepsi chirurgica delle mani.
- 2. Sorveglianza periodica programmata o a ciclo continuo:** a) pulizia ospedaliera e ambientale; b) nutrizionale e del vitto ospedaliero; c) monitoraggio acqua sanitaria e impianti di condizionamento; d) monitoraggio dell'aderenza all'igiene delle mani: 600 osservazioni in tre reparti, adesione media alle opportunità di igiene dal 21,7 nel 2010 al 30,8% nel 2011; e) monitoraggio dei consumi di gel idroalcolico, passato da 6,79 a 8.6 litri /1000 giorni paziente tra il primo e il quarto trimestre dell'anno (+ 26.6%); f) monitoraggio del consumo di classi selezionate di antibiotici (carbapenemici, glicopeptidi, linezolid daptomicina e tigeciclina), sceso da 8977 a 7018 DDD tra il primo e il quarto trimestre dell'anno (- 21,8%); g) studio di prevalenza delle infezioni nosocomiali (ottobre 2011), passate dal 11,7 (2010) al 7,3% e dal 10,9 al 4,9% (-55%) escludendo la lungodegenza geriatrica, sita in Ospedale.
- 3. Formazione:** nel corso del 2011 sono state pubblicate e diffuse le seguenti nove procedure, alcune inedite: a) uso delle divise nel blocco operatorio; b) prevenzione delle infezioni del sito chirurgico; c) pulizie in sala operatoria; d) profilassi delle polmoniti nosocomiali; e) prevenzione delle infezioni delle vie urinarie; f) prevenzione della legionellosi; g) gestione dei dispositivi intravascolari; h) isolamento ospedaliero (in pubblicazione nel 2012); i) gestione casi di tubercolosi bacillifera.

Non ultimo, a giugno 2011 è stata diffusa la prima edizione del manuale di antibiotico terapia ospedaliera, interamente redatto da un gruppo di lavoro interdisciplinare.

Conclusioni. Nell'esperienza descritta le armi vincenti sono state:

- 1.** La discesa nei reparti a fianco dei sanitari e il dialogo incessante sui temi igienici;
- 2.** la elevata metodicità nelle attività e nel feedback agli operatori.

Le sfide in corso consistono nel consolidare i miglioramenti raggiunti e soprattutto nell'aumentare l'aderenza all'igiene delle mani. Infine, a gennaio 2012 si è avviata la sorveglianza dei gemi sentinella mentre ad aprile è previsto l'avvio di una innovativa piattaforma intranet di igiene ospedaliera.

UN SISTEMA INTEGRATO IN RISPOSTA ALLA COMPLESSITÀ: ORGANIZZAZIONE SNELLA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Orlandi W*, Pioppo M*, Bernardini I*, Torroni D*, Ruffini F*, Ceccarini E*, Panti A*, Di Giacomo G*, Bologni D*.

*Azienda Ospedaliera di Perugia; °Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva-Perugia

Introduzione. La complessità dell'organizzazione sanitaria e nello specifico di un'Azienda Ospedaliera necessita di un approccio multidimensionale e sistemico che apra nuove prospettive al management, alla gestione dei team di operatori sanitari, per impostare strategie assistenziali e per le attività direttamente cliniche.

La nostra Azienda Ospedaliera di Perugia ha sperimentato il modello organizzativo della "lean organization", ovvero "organizzazione snella", noto anche come metodo Toyota. Si tratta di un approccio innovativo basato sul "Miglioramento Rapido e Continuo", finalizzato a raggiungere alti livelli di qualità con isorisorse. Presso la Struttura Complessa di Pronto Soccorso (PS) è stata condotta una "Settimana Kaizen" (azioni di miglioramento per raggiungere risultati rilevanti in soli cinque giorni lavorativi) ed è stata redatta una "Mappa del Flusso del Valore" per mettere in luce le azioni richieste da un completo percorso assistenziale di un utente individuando gli sprechi e le loro cause. Dall'esperienza maturata si è voluto applicare tale approccio alla Struttura Complessa di Ortopedia considerando l'indicatore tempo medio di attesa evento frattura di femore-trattamento che valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti

Contenuti. Durante la settimana Kaizen (9-13 maggio 2011) in PS un gruppo di professionisti (infermieri e medici) sotto la guida di un esperto in ingegneria dell'organizzazione ha misurato i tempi di attraversamento e di lavorazione del "processo produttivo" per tre classi di patologia: disturbo neurologico, dolore addominale e disturbo cardiologico, codificati al triage con priorità di accesso verde. Grazie alla individuazione di attività "di valore" e "non valore" e l'attuazione degli interventi correttivi sono stati raggiunti risultati interessanti con una riduzione dei tempi di attesa e di attraversamento.

A partire dal 1° novembre 2011 lo stesso approccio è stato applicato al percorso del paziente ortopedico traumatologico da sottoporre ad intervento chirurgico. Il percorso è visualizzato in una flow chart che individua le attività di "valore". È stata adottata una check-list riportante le azioni e la priorità di inserimento. Inoltre, nel rispetto della multidimensionalità di sistema e nell'ottica di un modello assistenziale ortogeriatrico, è previsto l'accesso 2 volte al giorno del medico geriatra presso il PS. Mettendo a confronto il periodo novembre-dicembre 2011 con i mesi precedenti dell'anno si nota una riduzione del tempo medio di attesa tra l'evento ed il trattamento (2,89 giorni nel mese di dicembre). Se si utilizza l'indicatore ministeriale (rapporto percentuale fra numero di dimessi con diagnosi principale di frattura del femore che abbiano subito l'intervento entro due giorni dal ricovero ed il totale dei dimessi con diagnosi principale di frattura del femore) si arriva al valore più alto dell'anno pari al 47.4%.

Conclusioni. Come dimostrano i due percorsi presi in esame i codici verdi in PS e frattura di femore per intervento l'applicazione del metodo Organizzazione snella sulla selezione da parte degli operatori delle azioni a valore e attento monitoraggio dei risultati da parte della Direzione Medica Ospedaliera porta rapidamente al raggiungimento dei risultati attesi.



UN SISTEMA INTEGRATO IN RISPOSTA ALLA COMPLESSITÀ: ORGANIZZAZIONE SNELLA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA



Azienda Ospedaliera di Perugia
Orlandi W*, Pioppo M*, Bernardini I*, Torroni D*, Ruffini F*, Ceccarini E*, Panti A*, Di Giacomo G*, Bologni D*.
*Azienda Ospedaliera di Perugia, °Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva-Perugia
segreteria.unificata@ospedale.perugia.it

INTRODUZIONE

La complessità dell'organizzazione sanitaria e nello specifico di un'Azienda Ospedaliera necessita di un approccio multidimensionale e sistemico che apra nuove prospettive al management, alla gestione dei team di operatori sanitari, per impostare strategie assistenziali e per le attività direttamente cliniche. La nostra Azienda Ospedaliera di Perugia ha sperimentato il modello organizzativo della "lean organization" nella S.C. di Pronto Soccorso e nella S.C. di Ortopedia.

PAROLE CHIAVE
Lean Organization, flusso di valore, ortogeriatrico

CONTENUTI
A partire dal 1° novembre 2011 è stato applicato al percorso del paziente ortopedico da sottoporre ad intervento chirurgico l'approccio "lean". Il percorso è visualizzato in una flow chart (fig.1) ed un "flusso di valore" (fig.2)

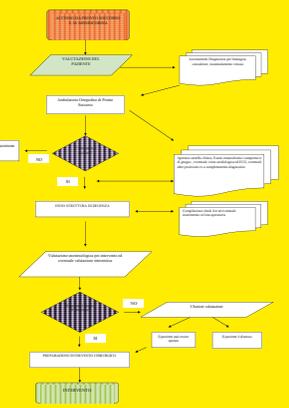


Figura 1: Flow chart del paziente ortopedico da sottoporre ad intervento chirurgico traumatologico

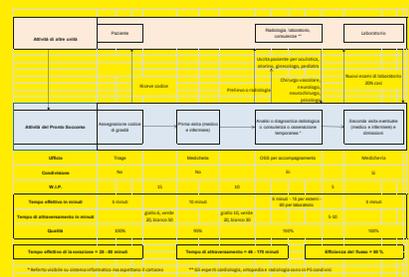


Figura 2: Mappa del "flusso di valore"

RISULTATI

Nei rispetto della multidimensionalità di sistema e nell'ottica di un modello assistenziale orto-geriatrico, è previsto l'accesso 2 volte al giorno del medico geriatra. Mettendo a confronto il periodo novembre-dicembre 2011 con i mesi precedenti dell'anno si nota una riduzione del tempo medio di attesa tra l'evento ed il trattamento (2,89 giorni nel mese di dicembre) (fig. 3).

Se si utilizza l'indicatore ministeriale (rapporto percentuale fra numero di dimessi con diagnosi principale di frattura del femore che abbiano subito l'intervento entro due giorni dal ricovero ed il totale dei dimessi con diagnosi principale di frattura del femore) si arriva al valore più alto dell'anno pari al 47.4% (fig.4).

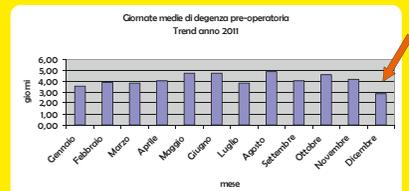


Figura 3: Trend 2011 giornate di degenza pre-operatoria

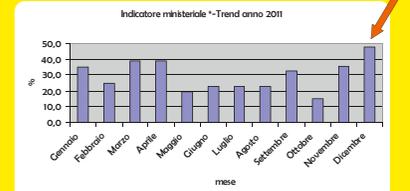


Figura 4: Trend 2011 Indicatore ministeriale

CONCLUSIONI

I valori più elevati dell'indicatore ministeriale, osservati nel periodo di applicazione delle strategie proprie della "Organizzazione snella", denotano una migliore efficienza che si riflette in una aumentata appropriatezza clinica e nella comprovata maggiore efficacia dell'assistenza erogata. L'approccio utilizzato concorre dunque a perseguire l'eccellenza, tendendo cioè alla "perfezione", nell'ottica del miglioramento continuo.

Creato con 

Bibliografia essenziale: Jones D., Mitchell A., Lean thinking for the NHS, The NH

SVILUPPO DI UN PIANO DI SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATO DA UN SISTEMA DI VERIFICA E CONFRONTO DEI DATI SUGLI AGENTI SENTINELLA IN UN PRESIDIO OSPEDALIERO DELL'A.O. G.SALVINI DI GARBAGNATE MILANESE

Passarella S., Caldarulo T., Orfeo N., Cordani G., Gavioli IP, Cappuccio MT, Re L., Annunziata F.

Parole chiave: Infezioni ospedaliere, Agenti sentinella, Segnalazione.

Introduzione. Si è voluta migliorare la qualità della segnalazione delle infezioni ospedaliere (IO), rendendo più efficace e attivo il sistema di sorveglianza e controllo aziendale, con un utilizzo più razionale di tutte le risorse a disposizione. Il sistema, in origine basato su singole segnalazioni cartacee e su una valutazione non sistematica dei dati di laboratorio, permetteva una sorveglianza di tipo passiva delle infezioni ospedaliere solo attraverso la valutazione della prevalenza. Con l'attuale sistema si è cercato di ottenere un dato più attendibile e dinamico relativo alle infezioni ospedaliere aziendali con la possibilità di valutarne anche l'incidenza, osservando in tempo reale lo sviluppo delle infezioni all'interno delle unità operative di degenza. L'obiettivo era anche di ottenere una maggiore sensibilità degli operatori sanitari, migliorando la qualità del dato attraverso il confronto ed il controllo incrociato dei campioni biologici sugli agenti sentinella (AS).

Contenuti. È stato sviluppato, a partire dall'anno 2011, un programma di sorveglianza che permetteva la segnalazione informatizzata delle IO direttamente da reparto e contestualmente al verificarsi dell'infezione. Il sistema permetteva di accedere facilmente da qualsiasi PC sul sito web aziendale con credenziali di accesso definite per i referenti CIO delle Unità Operative. Il programma consentiva l'invio dell'informazione direttamente alle DSP dove il dato veniva registrato, analizzato e confrontato con le informazioni provenienti dal laboratorio relative agli isolamenti positivi dei campioni biologici sugli AS. Sono stati analizzati i dati relativi a n°20007 pazienti nel biennio 2010-2011. Attraverso il lavoro di sorveglianza e controllo si sono identificate le colonizzazioni, le IO associate ad AS e le infezioni comunitarie sempre da AS. Dallo studio è emerso che, con l'applicazione del nuovo sistema, la qualità delle informazioni dal 2010 è sensibilmente migliorata con una maggiore redistribuzione dei valori e minore dispersione (-24,5%) degli AS. Le segnalazioni confermate di IO sono diminuite del 0,9%.

Conclusioni. I risultati confermano l'efficacia del sistema introdotto, con un evidente miglioramento della sensibilità e compliance degli operatori alla segnalazione delle IO e della qualità delle informazioni ottenute. Notevoli sono le potenzialità rilevate dal sistema anche a livello epidemiologico, legate alla possibilità di attuare al meglio studi di incidenza e prevalenza con l'impiego minimo di risorse aziendali, che rappresentano ancora oggi uno dei limiti per la realizzazione di ogni buon piano di sorveglianza e controllo. Il dato in generale deve comunque tenere conto delle molteplici variabilità dovute agli AS, e alla necessità di mantenere un continuo e costante coinvolgimento degli operatori sanitari.

Azienda Ospedaliera "G.Salvini"
Viale Forlanini, 121 - 20024 Garbagnate Milanese (MI)

SVILUPPO DI UN PIANO DI SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA ED INTEGRATO DA UN SISTEMA DI VERIFICA E CONFRONTO DEI DATI SUGLI AGENTI SENTINELLA IN UN PRESIDIO DELL'A.O. "G. SALVINI" DI GARBAGNATE MILANESE

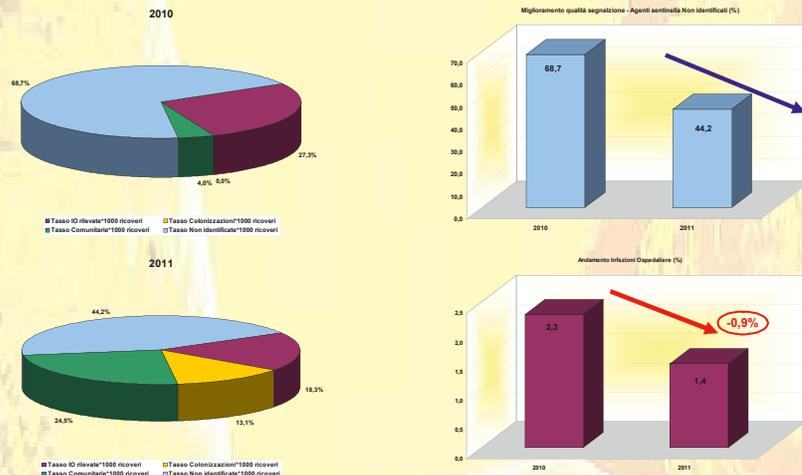
Dr.ssa Passarella s., Dr.ssa Caldarulo T., Dr. Orfeo N., Dr. Cordani G., Dr. Gavioli M., Dr.ssa Re L., IP Cappuccio M., Sig. Annunziata F.

INTRODUZIONE

Si è voluta migliorare la qualità della segnalazione delle infezioni ospedaliere (IO), rendendo più efficace e attivo il sistema di sorveglianza e controllo aziendale, con un utilizzo più razionale di tutte le risorse a disposizione. Il sistema, in origine basato su singole segnalazioni cartacee e su una valutazione non sistematica dei dati di laboratorio, permetteva una sorveglianza di tipo passiva delle infezioni ospedaliere solo attraverso la valutazione della prevalenza. Con l'attuale sistema si è cercato di ottenere un dato più attendibile e dinamico relativo alle infezioni ospedaliere aziendali con la possibilità di valutarne anche l'incidenza, osservando in tempo reale lo sviluppo delle infezioni all'interno delle unità operative di degenza. L'obiettivo era anche di ottenere una maggiore sensibilità degli operatori sanitari, migliorando la qualità del dato attraverso il confronto ed il controllo incrociato dei campioni biologici sugli agenti sentinella (AS).

CONTENUTI

È stato sviluppato, a partire dall'anno 2011, un programma di sorveglianza che permetteva la segnalazione informatizzata delle IO direttamente da reparto e contestualmente al verificarsi dell'infezione. Il sistema permetteva di accedere facilmente da qualsiasi PC sul sito web aziendale con credenziali di accesso definite per i referenti CIO delle Unità Operative. Il programma consentiva l'invio dell'informazione direttamente alle DSP dove il dato veniva registrato, analizzato e confrontato con le informazioni provenienti dal laboratorio relative agli isolamenti positivi dei campioni biologici sugli AS. Sono stati analizzati i dati relativi a n° 20007 pazienti nel biennio 2010-2011. Attraverso il lavoro di sorveglianza e controllo si sono identificate le colonizzazioni, le IO associate ad AS e le infezioni comunitarie sempre da AS. Dallo studio è emerso che, con l'applicazione del nuovo sistema, la qualità delle informazioni dal 2010 è sensibilmente migliorata con una maggiore redistribuzione dei valori e minore dispersione (-24,5%) degli AS. Le segnalazioni confermate di IO sono diminuite del 0,9%.



CONCLUSIONI

I risultati confermano l'efficacia del sistema introdotto, con un evidente miglioramento della sensibilità e compliance degli operatori alla segnalazione delle IO e della qualità delle informazioni ottenute. Notevoli sono le potenzialità rilevate dal sistema anche a livello epidemiologico, legate alla possibilità di attuare al meglio studi di incidenza e prevalenza con l'impiego minimo di risorse aziendali, che rappresentano ancora oggi uno dei limiti per la realizzazione di ogni buon piano di sorveglianza e controllo. Il dato in generale deve comunque tenere conto delle molteplici variabilità dovute agli AS, e alla necessità di mantenere un continuo e costante coinvolgimento degli operatori sanitari.

38° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO - TORINO - 2-4/05/2012 - UFFICIO CLIO E RISK MANAGEMENT

nitroprofessor

IPOTESI DI CORRELAZIONE DEGLI INDICATORI DEMOGRAFICI E SOCIALI CON L'ECESSIVO RICORSO AL PS: INDAGINE CON METODOLOGIA RCA

G. Patriarca^o, F. Palumbo^{*}, C. Barbarossa^o, A. Midolo^o, G. Drago^{**}

^o Servizio Infermieristico P.O. Guzzardi- Vittoria; ^{*} Direttore Dipartimento di Emergenza ASP 7 Ragusa;

^{**} Coordinatore Sanitario RG1- ASP 7 Ragusa

Parole chiave: root cause analysis emergency department, emergency department and immigration people, improper utilization of emergency services.

Contenuti. L'utilizzo improprio della rete di assistenza rappresentata dal pronto soccorso, soprattutto per le categorie socialmente deboli, produce lunghe attese ai cittadini, deviando l'attenzione dai pazienti con forti criticità cliniche e producendo in parallelo una forte pressione sul personale sanitario anche in rapporto all'incremento sostanziale dei costi. Le aree metropolitane e quelle a forte impatto di emigrazione, soprattutto in alcune aree del sud Italia con forte disagio sociale ed economico, hanno prodotto una forte pressione sui servizi sanitari, in particolare per le aree delle emergenze, erogatrici di servizi sanitari in modo "universalistico".

Materiali e metodi. L'indagine è stata condotta su indicazione della JCI con metodologia *Root Cause Analysis*, attraverso un procedimento di "Brain Storming" tra gli attori coinvolti, al fine di confrontare gli indicatori di performance relativi all'anno 2010 con i determinanti che influenzano l'accesso al PS dell'Ospedale di Vittoria, rispetto agli altri ospedali della provincia. L'analisi è stata effettuata comparando gli accessi ai PS aziendali alle variabili demografiche e sociali dei tre distretti sanitari dell'ASP 7 di Ragusa. I dati relativi agli accessi totali per distretto sono stati estrapolati dai reports inviati dal Controllo di Gestione dell'ASP 7 di RG. I dati relativi ai cittadini non italiani, sono stati estratti dai flussi informativi del software aziendale Firstade®. I dati sono stati stratificati per codice di priorità, tasso di ricovero sul totale degli prestazioni di emergenza, frequenza degli accessi sul totale degli abitanti per distretto, tasso di immigrazione, tasso di accesso popolazione italiana e popolazione straniera con i relativi test di significatività X² e ODDS RATIO.

Risultati. I risultati indicano un alto tasso di immigrazione nel distretto territoriale di riferimento del PS di Vittoria 9,04% rispetto ad una media degli altri due distretti provinciali di 5,38%. Per quanto riguarda gli accessi al PS della popolazione non italiana, i dati dimostrano che proporzionalmente alla demografia del distretto, la percentuale è del 2,93%, verso una media provinciale del 1,67%. L'analisi statistica condotta con il software EPI INFO, ha dato conferma all'ipotesi che i cittadini italiani utilizzino, proporzionalmente ed in misura maggiore, i servizi di emergenza rispetto ai cittadini di altre nazionalità (p<0,000, Odds ratio 5,24).

Conclusioni. È significativo il dato relativo al ricorso al PS da parte della popolazione italiana, da ricercare, in successivi studi, in altri fattori socio-demografici, quali la ricchezza pro-capite, il tasso di scolarizzazione ed il tasso di infortuni del distretto di riferimento in relazione agli altri distretti provinciali ed ai valori medi regionali. La soluzione dei percorsi dedicati ai codici bianchi contribuirà probabilmente alla riduzione degli accessi inappropriati ai servizi di emergenza, ma necessita di una correzione nell'aspetto relativo alla valutazione ed attribuzione del codice colore nel triage, poiché gli indicatori nazionali e regionali dimostrano un alto tasso di inappropriatazza nell'attribuzione del codice colore verde. A distanza di un anno dall'attivazione di tali percorsi sarà possibile valutarne l'impatto sull'appropriatezza degli accessi al PS.



38° Congresso Nazionale ANMDO 2/4 Giugno 2012 - TORINO

Ipotesi di correlazione degli indicatori demografici e sociali con l'eccessivo ricorso al PS: indagine con metodologia RCA

AUTORI: G. Patriarca^o, F. Palumbo^{*}, C. Barbarossa^o, A. Midolo^o, G. Drago^{**}

^oServizio Infermieristico P.O. "Guzzardi" Vittoria - ^{*}Direttore Dipartimento di Emergenza ASP 7 Ragusa

^{**}Coordinatore Sanitario RG1- ASP 7 Ragusa

Key word: root cause analysis emergency department, emergency department and immigration people, improper access emergency department.

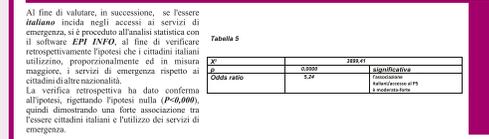
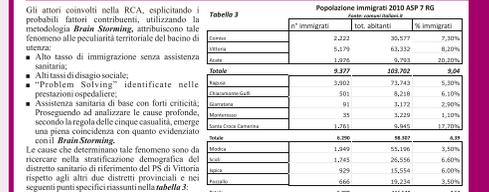
Risultati

Abstract
Background: L'utilizzo improprio della rete di assistenza rappresentata dal pronto soccorso, soprattutto per le categorie socialmente deboli, produce lunghe attese ai cittadini, deviando l'attenzione dai pazienti con forti criticità cliniche e producendo in parallelo una forte pressione sul personale sanitario anche in rapporto all'incremento sostanziale dei costi. Le aree metropolitane e quelle a forte impatto di emigrazione, soprattutto in alcune aree del sud Italia con forte disagio sociale ed economico, hanno prodotto una forte pressione sui servizi sanitari, in particolare per le aree delle emergenze, erogatrici di servizi sanitari in modo "universalistico".
Materiali e metodi: L'indagine è stata condotta su indicazione della JCI con metodologia *Root Cause Analysis*, attraverso un procedimento di "Brain Storming" tra gli attori coinvolti, al fine di confrontare gli indicatori di performance relativi all'anno 2010 con i determinanti che influenzano l'accesso al PS dell'Ospedale di Vittoria, rispetto agli altri ospedali della provincia. L'analisi è stata effettuata comparando gli accessi ai PS aziendali alle variabili demografiche e sociali dei tre distretti sanitari dell'ASP 7 di Ragusa. I dati relativi agli accessi totali per distretto sono stati estrapolati dai reports inviati dal Controllo di Gestione dell'ASP 7 di RG. I dati relativi ai cittadini non italiani, sono stati estratti dai flussi informativi del software aziendale Firstade®. I dati sono stati stratificati per codice di priorità, tasso di ricovero sul totale degli prestazioni di emergenza, frequenza degli accessi sul totale degli abitanti per distretto, tasso di immigrazione, tasso di accesso popolazione italiana e popolazione straniera con i relativi test di significatività X² e ODDS RATIO.
Risultati: I risultati indicano un alto tasso di immigrazione nel distretto territoriale di riferimento del PS di Vittoria 9,04% rispetto ad una media degli altri due distretti provinciali di 5,38%. Per quanto riguarda gli accessi al PS della popolazione non italiana, i dati dimostrano che proporzionalmente alla demografia del distretto, la percentuale è del 2,93%, verso una media provinciale del 1,67%. L'analisi statistica condotta con il software EPI INFO, ha dato conferma all'ipotesi che i cittadini italiani utilizzino, proporzionalmente ed in misura maggiore, i servizi di emergenza rispetto ai cittadini di altre nazionalità (p<0,000, Odds ratio 5,24).
Conclusioni: È significativo il dato relativo al ricorso al PS da parte della popolazione italiana, da ricercare, in successivi studi, in altri fattori socio-demografici, quali la ricchezza pro-capite, il tasso di scolarizzazione ed il tasso di infortuni del distretto di riferimento in relazione agli altri distretti provinciali ed ai valori medi regionali. La soluzione dei percorsi dedicati ai codici bianchi contribuirà probabilmente alla riduzione degli accessi inappropriati ai servizi di emergenza, ma necessita di una correzione nell'aspetto relativo alla valutazione ed attribuzione del codice colore nel triage, poiché gli indicatori nazionali e regionali dimostrano un alto tasso di inappropriatazza nell'attribuzione del codice colore verde. A distanza di un anno dall'attivazione di tali percorsi sarà possibile valutarne l'impatto sull'appropriatezza degli accessi al PS.

Background: Negli ultimi anni, come i recenti fatti di cronaca hanno evidenziato, si è assistito ad un graduale incremento degli accessi ai servizi di emergenza ospedalieri da parte della popolazione. Gli accessi al pronto soccorso italiani sono quasi 23 milioni, di cui solo il 15% porta ad un ricovero, mentre il rimanente 85% viene dimesso o reindirizzato ad altre cure territoriali. Si evidenzia, quindi, un utilizzo non appropriato dei servizi di emergenza, legato al notevole sviluppo del sistema organizzativo della rete di emergenza sanitaria h 24, non compensato da una adeguata consapevolezza da parte dei cittadini delle peculiarità e dei compiti assegnati ai servizi di emergenza-urgenza ospedalieri. Il pronto soccorso è diventato, sovente, punto preminente di riferimento per la popolazione, anche per le richieste che dovrebbero essere erogate da altri servizi di natura socio-assistenziale. L'utilizzo scorretto della rete di sicurezza rappresentata dal pronto soccorso, soprattutto per le categorie socialmente deboli, produce lunghe attese ai cittadini, deviando l'attenzione ai pazienti con forti criticità cliniche e producendo in parallelo una forte pressione sul personale sanitario anche in rapporto all'incremento sostanziale dei costi. Le aree metropolitane e quelle a forte impatto di emigrazione, soprattutto in alcune aree del sud Italia con forte disagio sociale ed economico, hanno prodotto una forte pressione sui servizi sanitari. In particolare per le aree delle emergenze, erogatrici di servizi sanitari in modo "universalistico". L'impatto dell'immigrazione nei servizi sanitari dei paesi occidentali è stato analizzato da diversi studi presenti in letteratura, che hanno evidenziato le modalità di utilizzo degli stessi, in cui è risultato un uso inferiore della rete dei servizi primari da parte della popolazione immigrata rispetto alla popolazione ospitante, in controtendenza, invece, rispetto all'utilizzo dei servizi di emergenza ospedalieri a scapito delle cure territoriali e di medicina di base. Il fenomeno migratorio è per sua natura articolato e di difficile prevedibilità, con elementi distintivi di natura storica, demografica, sociale e antropologica diversa nelle diverse parti del mondo.

Materiali e metodi
L'indagine è stata condotta su indicazione della *Joint Commission International* con metodologia *Root Cause Analysis*, attraverso un procedimento di "Brain Storming" tra gli attori coinvolti, al fine di confrontare gli indicatori di performance relativi all'anno 2010 con i determinanti che influenzano l'accesso al PS dell'Ospedale di Vittoria, rispetto agli altri ospedali della provincia. L'analisi è stata effettuata comparando gli accessi ai PS aziendali alle variabili demografiche e sociali dei tre distretti sanitari dell'ASP 7 di Ragusa. I dati relativi agli accessi totali per distretto sono stati estrapolati dai reports inviati dal Controllo di Gestione dell'ASP 7 di RG. I dati relativi ai cittadini non italiani, sono stati estratti dai flussi informativi del software aziendale Firstade®. I dati sono stati stratificati per codice di priorità, tasso di ricovero sul totale degli prestazioni di emergenza, frequenza degli accessi sul totale degli abitanti per distretto, tasso di immigrazione, tasso di accesso popolazione italiana e popolazione straniera con i relativi test di significatività X² e ODDS RATIO.

Conclusioni
Le istituzioni nazionali e regionali devono conoscere i fattori determinanti e contribuenti all'eccessivo ricorso al PS, al fine di programmare e pianificare interventi mirati che tengano conto delle peculiarità sociali e demografiche dei territori. Questi obiettivi possono essere agevolmente raggiunti potenziando la rete dei servizi territoriali e ridefinendo le funzioni del HMG e del PLS, nell'ottica dell'appropriatezza e dell'efficacia nell'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste dai cittadini. La soluzione dei percorsi dedicati ai codici bianchi, contribuisce sicuramente alla riduzione degli accessi inappropriati ai servizi di emergenza, ma necessita di una correzione nell'aspetto relativo alla valutazione ed attribuzione del codice colore nel triage, poiché gli indicatori nazionali e regionali dimostrano un alto tasso di inappropriatazza nell'attribuzione del codice colore verde.



Bibliography
Thomas M, Mackway-Jones K. Incidence and causes of critical incidents in emergency departments: a comparison and root cause analysis. *Emerg Med J*. 2008 Jun;25(6):346-50.
Sideri G, Galante A, Tringali A. Survey on learning, expectations and factors influencing the stabilization process of migrating people. *Inform, Health Soc Sci, J Free Med Res*. 2010 Mar;11(1):207.
Antoni M, Meehan B, Burt M. Health care utilization and immigration in Spain. *Eur J Health Econ*. 2010 Oct;11(5):479-96. Epub 2009 Nov 7.
Henderson M, Nelson SS, Krasinski A. Migrants' utilization of somatic health care services in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2009;19(2):159-63. Epub 2009 Dec 29.
Patterson-O'Neil E, Joseph M. Immigration, health care use of health services among Latina women in the San Francisco Bay Area. *J Public Health Manag Pract*. 2009;15(2):113-20.
Buron A, Costi F, Garcia O, Vill D, Castiblanco X. Hospital emergency department utilization rates among the immigrant population in WHO. *International Migration, Health & Human Rights*. 2009.
Barbosa J. *State Health Services*. 2009; 9: 31-3.
Borjas G, Manasseh M, Smith JI. Disease and Disasters among the United States and in England. *JAMA*. 2006; 295: 2037-2045.
Black D, Morris JN, Smith C, Townsend R. Inequality in health. Department of Health and Social Services. 1980.
Acheson D. *Independent inquiry into inequality in health*. The Stationery Office, 1998.

UN NUOVO OSPEDALE ORGANIZZATO PER INTENSITÀ DI CURA

Penna A¹, D'Aloia F¹, Bragante B¹, Tedesco A¹, Trevisan P¹, Airoidi C², Cappelletti R¹, Becchi C¹
 Direzione Medica Ospedale ASL Biella; Programmazione Controllo e Qualità ASL Biella; Azienda Sanitaria Locale Biella via Marconi 23 13900 Biella

Parole chiave: intensità di cura, nuovo ospedale, dipartimento.

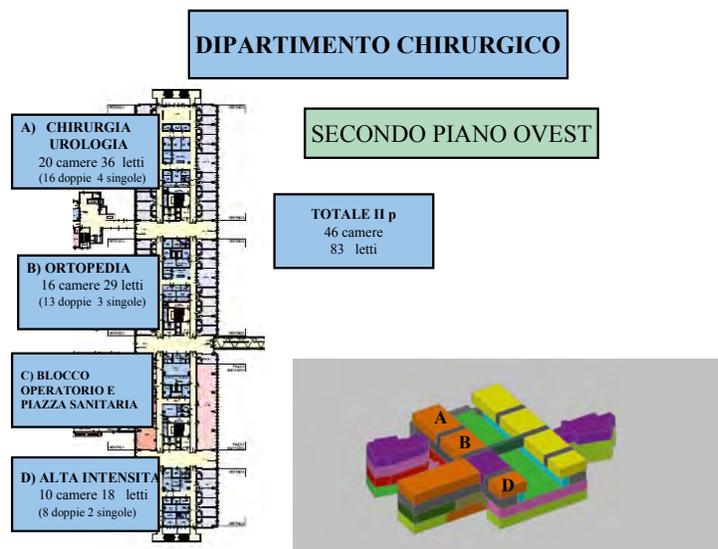
Introduzione. A partire dalla seconda metà degli anni 2000 l'Azienda Sanitaria di Biella si è riorganizzata in logica dipartimentale con particolare attenzione a sperimentare il modello della degenza per intensità di cura nel contesto di un presidio datato e con pesanti vincoli strutturali ma in previsione dell'apertura del nuovo ospedale prevista nel 2013.

Infatti, il nuovo Ospedale di Biella è architettonicamente progettato e realizzato per unità di degenza indifferenziate, dimensionate in 3 diverse tipologie da 30-40 posti letto (p.l.), 20-32 p.l. e da 12-20 p.l., che si ripetono su 3 livelli nella stecca ovest e su 2 livelli nella stecca est, la struttura quindi favorisce un'organizzazione per intensità di cura.

Il Comitato di Dipartimento è risultato un contesto adeguato per un aperto confronto tra componente clinica e staff direzionale, la disponibilità di dati affidabili e la proposta di revisione dei posti letto basata su criteri oggettivi hanno rappresentato elementi positivi nell'accettazione della proposta.

Metodi. Le tappe principali finora compiute in questo percorso sono state: a) la realizzazione di un'area multispecialistica di degenza a medio-basso grado di intensità (Week surgery): nucleo di 30 posti letto operativo solo nei giorni feriali di day surgery, one day e ricoveri brevi (<3gg.) programmati; b) la realizzazione di un Dipartimento transmurale per l'Integrazione Territorio Ospedale, comprendente strutture caratterizzate da un ventaglio di servizi sia ospedalieri sia territoriali; c) la distinzione, tra la responsabilità clinica, assegnata al Direttore della struttura e la responsabilità assistenziale, assegnata al Coordinatore; d) la realizzazione di un'area di degenza semiintensiva interdipartimentale, di 14 posti letto e in stretta relazione funzionale con il Pronto Soccorso, l'OBI e i reparti per acuti; e) la realizzazione di un'area di degenza di postacuzie, prevalentemente geriatrica, di 24 posti letto e in stretta relazione funzionale con i reparti di degenza per acuti

Risultati. All'avvio del processo riorganizzativo gli ostacoli apparivano sovrastanti rispetto ai possibili fattori favorenti il cambiamento, oggi, a risultato raggiunto, un cambiamento che appariva irrealizzabile è ormai patrimonio condiviso dell'Azienda. La prospettiva, del nuovo Ospedale di Biella, organizzato per aree di degenza indifferenziate, ha rappresentato un ulteriore elemento favorente l'accoglimento della proposta.



UN NUOVO OSPEDALE ORGANIZZATO PER INTENSITA' DI CURA



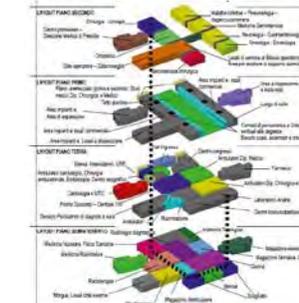
INTRODUZIONE

A partire dalla seconda metà degli anni 2000 l'ASL di Biella si è riorganizzata in logica dipartimentale e con degenza per intensità di cura, nel contesto di un presidio datato e con pesanti vincoli strutturali, ma in previsione dell'apertura del nuovo ospedale nel 2013. Infatti, il nuovo Ospedale è progettato e realizzato per unità di degenza indifferenziate, dimensionate in 3 diverse tipologie da 30-40 p.l., 20-32 p.l. e da 12-20 p.l., che si ripetono su 3 livelli ad ovest e su 2 livelli ad est, la struttura quindi favorisce un'organizzazione per intensità di cura



METODI

Le tappe principali finora compiute in questo percorso sono state: a) la realizzazione di un'area multispecialistica di degenza chirurgica (Week surgery): nucleo di 30 pl operativo nei giorni feriali di day surgery, one day e ricoveri brevi (<3gg.); b) la realizzazione di un Dipartimento transmurale per l'Integrazione Territorio Ospedale; c) la distinzione, tra la responsabilità clinica e la responsabilità assistenziale; d) la realizzazione di un'area di degenza semiintensiva interdipartimentale, di 14 posti letto e in stretta relazione funzionale con il PS, l'OBI e i reparti; e) la realizzazione di un'area di degenza di postacuzie, prevalentemente geriatrica, di 24 posti letto

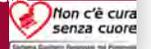


RISULTATI E CONCLUSIONI

All'avvio del processo riorganizzativo gli ostacoli apparivano sovrastanti rispetto ai possibili fattori favorenti il cambiamento, oggi, a risultato raggiunto, un cambiamento che appariva irrealizzabile è ormai patrimonio condiviso dell'Azienda. La prospettiva, del nuovo Ospedale di Biella, organizzato per aree di degenza indifferenziate, ha rappresentato un ulteriore elemento favorente l'accoglimento della proposta.

Penna A. 1, D'Aloia F. 1, Bragante B. 1, Tedesco A. 1, Trevisan P. 1, Airoidi C. 2., Cappelletti R. 1, Becchi C. 1.

1) Direzione Medica Ospedale, 2) Programmazione Controllo e Qualità - ASL Biella via Marconi 23 13900 Biella



OSPEDALE SENZA DOLORE: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Pioppo Manuela, Bogni Donatella, Lucarini Gabriella, Minelli Giulio, Morcellini Rosita, Pettinacci Luciano, Ruffini Fabrizio, Strappaghetti Stefano, Trabalza Alessio, Zucconi Marco, Orlandi Walter.

Azienda Ospedaliera di Perugia – qualita@ospedale.perugia.it

Parole chiave: valutazione e gestione del dolore, modello organizzativo, monitoraggio applicazione.

Introduzione. Nel mese di aprile del 2008 è stato approvato il progetto "Ospedale senza dolore" dell'Azienda Ospedaliera di Perugia in attuazione del progetto OMS e delle linee guida Ministeriali. Il primo passo è stato quello di costituire il "Comitato Ospedale Senza Dolore" (COSD) di cui fanno parte: referenti della Direzione Sanitaria, esperti e operatori delle Strutture Complesse. A seguito della costituzione del Comitato sono state assunte diverse iniziative tra le quali l'indagine di prevalenza del dolore in ospedale e la formazione di tutto il personale.

Contenuti. L'iniziativa cardine del progetto "Ospedale senza dolore" è la misurazione sistematica del dolore al letto del malato, eseguita almeno due volte al giorno. Essa mira a dare una visibilità al dolore pari agli altri segni vitali ed è il presupposto per il conseguente trattamento. Per la diffusione del progetto sono stati delegati referenti in ogni Struttura che costituiscono il COSD. I componenti del comitato hanno effettuato corsi formativi e hanno assunto il ruolo di facilitatori nelle strutture di appartenenza per la sensibilizzazione e diffusione del progetto. Nella cartella clinica è contenuta la rilevazione giornaliera del dolore al pari degli altri parametri vitali.

I referenti del comitato ospedale senza dolore periodicamente, in collaborazione con la Direzione Medica Ospedaliera e l'Ufficio Qualità, verificano la prevalenza del dolore e l'applicazione delle procedure operative. Nel 2011 il giorno indice per la rilevazione è stato il 13 dicembre. In quella data sono state valutate N. 10 cartelle cliniche dei pazienti presenti in ogni Struttura Complessa compilando un'apposita scheda. I dati raccolti riguardano il livello del dolore medio aziendale e aspetti relativi all'applicazione alle principali raccomandazioni. Il livello del dolore medio aziendale secondo l'indagine di prevalenza nel 2009 era 5,3 su 10 mentre nel 2011 il valore risulta ridotto a 4,3.

Conclusioni. La cura del dolore non è soltanto un dovere etico, ma l'esempio di una buona pratica clinica. Tale valutazione non può essere considerata conclusiva ma può contribuire a dare indicazioni sullo stato di implementazione del progetto e su come correggere eventuali criticità allo scopo di migliorare il percorso assistenziale complessivo del paziente è auspicabile che questo modello organizzativo, insieme a percorsi di educazione e formazione continua possa diffondere la filosofia della lotta al dolore a tutti i soggetti coinvolti nei processi assistenziali ospedalieri e fare in modo che il dolore venga considerato come segno vitale e pertanto conosciuto, valutato, misurato e trattato, al fine di ridurlo al massimo l'incidenza.



Azienda Ospedaliera di Perugia

OSPEDALE SENZA DOLORE: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA



Università degli Studi di Perugia

Pioppo M., Bogni D., Lucarini G., Minelli G., Morcellini R., Pettinacci L., Ruffini F., Strappaghetti S., Trabalza A., Zucconi M., Orlandi W.
AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA
qualita@ospedale.perugia.it

INTRODUZIONE

Nel mese di aprile del 2008 è stato approvato il progetto "Ospedale senza dolore" dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, in attuazione al progetto OMS e alle linee guida Ministeriali. Il primo passo è stato quello di istituire il "Comitato Ospedale Senza Dolore" (COSD) di cui fanno parte: referenti della Direzione Sanitaria, esperti e operatori di tutte le Strutture Complesse. A seguito della costituzione del Comitato sono state assunte diverse iniziative, tra le quali l'indagine di prevalenza del dolore in ospedale e la formazione di tutto il personale.

PAROLE CHIAVE

Valutazione e gestione del dolore, modello organizzativo, monitoraggio applicazione.

CONTENUTI

L'iniziativa cardine del progetto "Ospedale senza dolore" è la misurazione sistematica del dolore al letto del malato, eseguita almeno due volte al giorno. Essa mira a dare visibilità al dolore al pari degli altri segni vitali ed è il presupposto per il conseguente trattamento. Per la diffusione del progetto sono stati delegati i referenti di ogni Struttura che costituiscono il COSD. I componenti del comitato hanno effettuato corsi formativi ed hanno assunto il ruolo di facilitatori nelle strutture di appartenenza per la sensibilizzazione e diffusione del progetto a tutto il personale impegnato nel processo assistenziale con diversi gradi di responsabilità. Nella cartella clinica è contenuta la rilevazione giornaliera del dolore, al pari degli altri parametri vitali, utilizzando la scala numerica verbale per la valutazione del dolore (NRS, figura 2).

Figura 1 - Scheda di rilevazione

RISULTATI

I referenti del COSD periodicamente, in collaborazione con la Direzione Medica Ospedaliera e l'Ufficio Qualità, verificano la prevalenza del dolore e l'applicazione delle procedure operative. Nel 2011 il giorno indice per la rilevazione del livello del dolore è stato il 13 dicembre. Sempre in quella data sono state valutate N. 10 cartelle cliniche dei pazienti presenti in ogni Struttura Complessa compilando un'apposita scheda (figura 1). I dati raccolti riguardano il livello del dolore medio aziendale (tabella 1) e gli aspetti relativi all'applicazione delle principali raccomandazioni (tabella 2).

Tabella 1

LIVELLO DEL DOLORE MEDIO AZIENDALE	
Indagine prevalenza anno 2009	5,3 su 10
Indagine prevalenza anno 2011	4,3 su 10

Tabella 2

INDICAZIONI NELLA PROCEDURA	MEDIA STRUTTURE %
Presenza della procedura nella struttura	100
Presenza in cartella della scheda di monitoraggio	82
Registrazioni del dolore come indicato dalla procedura	68
Presenza nella scheda terapeutica della terapia analgesica	91

Figura 2 - Scala numerica verbale per la valutazione del dolore (NRS)

CONCLUSIONI

La cura del dolore non è soltanto un dovere etico, ma l'esempio di una buona pratica clinica. Tale valutazione non può essere considerata conclusiva ma può contribuire a dare indicazioni sullo stato di implementazione del progetto e su come correggere eventuali criticità allo scopo di migliorare il percorso assistenziale complessivo del paziente. È auspicabile che questo modello organizzativo, insieme a percorsi di educazione e formazione continua, possa diffondere la filosofia della lotta al dolore a tutti i soggetti coinvolti nei processi assistenziali e fare in modo che il dolore venga considerato come segno vitale e pertanto conosciuto, valutato, misurato e trattato, al fine di ridurlo al massimo l'incidenza. È auspicabile che questo modello organizzativo, insieme a percorsi di educazione e formazione continua possa diffondere la filosofia della lotta al dolore a tutti i soggetti coinvolti nei processi assistenziali ospedalieri e fare in modo che il dolore venga considerato come segno vitale e pertanto conosciuto, valutato, misurato e trattato, al fine di ridurlo al massimo l'incidenza.

Bibliografia essenziale: Azienda Ospedaliera di Perugia, "Progetto Ospedale Senza Dolore", 2008.

I GIOVANI MEDICI DI DIREZIONE SANITARIA DEL PIEMONTE E IL LORO FUTURO PROFESSIONALE

Raciti IM¹, Vitale A², Lovato E³, Giacometti M⁴, Ferrara L⁵, Martinese M⁶, Maggiorotto G⁷, Broda R⁸, Paudice A⁹, Legouellec L¹⁰, Di Legami V¹¹, Papalia R¹², Minniti D¹³

¹Dirigente Medico, SC Qualità Risk Management e Accreditamento, AOU S.Giovanni Battista di Torino;

²Dirigente Medico, SC Direzione Medica di PO, AO Ordine Mauriziano di Torino; ³Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁴Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁵Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino;

⁶Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁷Dirigente Medico, Direzione Medica di PO AO "S. Croce e Carle" di Cuneo; ⁸Dirigente Medico, Direzione Medica di PO, ASL AT; ⁹Dirigente Medico SC Igiene Ospedaliera e Gestione delle Tecnologie Sanitarie, AOU S. Giovanni Battista di Torino; ¹⁰Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ¹¹Dirigente Medico, Direzione Medica di PO, ASL TO5; ¹²Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ¹³Dirigente Medico, Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli, ASL TO3

Parole chiave: giovani, futuro, professione.

Introduzione. I giovani Medici di Direzione Sanitaria si trovano talvolta a fare i conti con la "confusione" che spesso avvolge, per incomprensione o per superficialità, la loro figura professionale. Il Medico di Direzione Sanitaria è prima di tutto un Medico e come tale non lavora in ospedale per caso, ma partecipa ad una missione, sorretto da forte motivazione personale, prima che professionale.

I medici che prestano servizio presso le Direzioni Mediche sono professionisti che lavorano quotidianamente per garantire le condizioni ottimali, per rispondere ai bisogni di salute della popolazione, in situazioni di estrema complessità e contestualmente ai continui mutamenti politici, sociali e sanitari, fungendo da "trait d'union" e coordinamento tra colleghi clinici e tutti gli altri professionisti dell'ospedale, siano essi operatori sanitari, amministrativi o tecnici.

Contenuti. Negli anni il bagaglio del Medico di Direzione Sanitaria si è arricchito con conoscenze multidisciplinari e strutturate, dall'edilizia sanitaria alla gestione dei sistemi informativi, dall'Health Technology Assessment, al Risk Management, alla valutazione delle risorse umane.

Nell'equipe, ambito principale per il Medico di Direzione Sanitaria, in cui si interfacciano professionalità ed esperienze varie (colleghi clinici, personale tecnico, specialisti delle tecnologie biomediche, esperti in ergonomia, ecc) non è sufficiente l'"hard skills" tecnico-professionale, ma è fondamentale, nel gioco del problem solving, una particolare abilità nel destreggiarsi con competenze relazionali, per ricondurre, in un unicum, i differenti interessi delle varie categorie professionali, appianare conflitti, gestire consapevolmente resistenze al cambiamento. Il medico di Sanità Pubblica è in primo luogo medico e in quanto tale, più di qualsiasi altra categoria, sa programmare l'attività sanitaria conoscendola approfonditamente e comprendendola, in una logica di forte integrazione con tutti gli stakeholder coinvolti.

In Regione Piemonte alcuni giovani iscritti ANMDO hanno cercato una collaborazione nell'ambito del Direttivo regionale che potesse essere un momento di crescita; si tratta di giovani che vorrebbero lavorare insieme per preparare la professione del futuro, aggiornandosi, alleandosi, integrandosi e confrontandosi tra di loro in rete. Il Direttivo ha accolto questo entusiasmo e questa volontà di "fare" e di essere partecipi e, pertanto, è stato dato loro mandato di contattare gli altri giovani ANMDO (con età inferiore ai 40 anni) e di cercare di costituire un gruppo più ampio che possa essere operativo in alcuni progetti del Direttivo.

Conclusioni. Ad oggi il gruppo complessivo è costituito da 13 soci che hanno risposto con entusiasmo, interesse e voglia di partecipare.

Un gruppo attivo di giovani iscritti ANMDO potrebbe essere anche uno strumento per richiamare una maggiore partecipazione degli specializzandi all'ANMDO, soprattutto di quelli interessati alla Direzione Sanitaria, ma potrebbe essere un'opportunità per coinvolgere una parte di quegli iscritti ANMDO che partecipano "tiepidamente" alle varie iniziative della società.

Crediamo che l'add value di un gruppo di giovani entusiasti e motivati sia proprio l'essere insieme che troviamo vincente rispetto al giovane solo.

I GIOVANI MEDICI DI DIREZIONE SANITARIA DEL PIEMONTE E IL LORO FUTURO PROFESSIONALE



Raciti IM, Vitale A, Lovato E, Giacometti M, Ferrara L, Martinese M, Maggiorotto G, Broda R, Paudice A, Di Legami V, Papalia R, Minniti D
Soci ANMDO Piemonte under 40

Parole Chiave: giovani, futuro, professione

Introduzione

I giovani Medici di Direzione Sanitaria si trovano talvolta a fare i conti con la "confusione" che spesso avvolge, per incomprensione o per superficialità, la loro figura professionale. Il Medico di Direzione Sanitaria è prima di tutto un Medico e come tale non lavora in ospedale per caso, ma partecipa ad una missione, sorretto da forte motivazione personale, prima che professionale.

I medici che prestano servizio presso le Direzioni Mediche sono professionisti che lavorano quotidianamente per garantire le condizioni ottimali, per rispondere ai bisogni di salute della popolazione, in situazioni di estrema complessità e contestualmente ai continui mutamenti politici, sociali e sanitari, fungendo da "trait d'union" e coordinamento tra colleghi clinici e tutti gli altri professionisti dell'ospedale, siano essi operatori sanitari, amministrativi o tecnici.



Contenuti

Negli anni il bagaglio del Medico di Direzione Sanitaria si è arricchito con conoscenze multidisciplinari e strutturate, dall'edilizia sanitaria alla gestione dei sistemi informativi, dall'Health Technology Assessment, al Risk Management, alla valutazione delle risorse umane.

Nell'equipe, ambito principale per il Medico di Direzione Sanitaria, in cui si interfacciano professionalità ed esperienze varie (colleghi clinici, personale tecnico, specialisti delle tecnologie biomediche, esperti in ergonomia, ecc) non è sufficiente l'"hard skills" tecnico-professionale, ma è fondamentale, nel gioco del problem solving, una particolare abilità nel destreggiarsi con competenze relazionali, per ricondurre, in un unicum, i differenti interessi delle varie categorie professionali, appianare conflitti, gestire consapevolmente resistenze al cambiamento.

Il medico di Sanità Pubblica è in primo luogo medico e in quanto tale, più di qualsiasi altra categoria, sa programmare l'attività sanitaria conoscendola approfonditamente e comprendendola, in una logica di forte integrazione con tutti gli stakeholder coinvolti.

In Regione Piemonte alcuni giovani iscritti ANMDO hanno cercato una collaborazione nell'ambito del Direttivo regionale che potesse essere un momento di crescita; si tratta di giovani che vorrebbero lavorare insieme per preparare la professione del futuro, aggiornandosi, alleandosi, integrandosi e confrontandosi tra di loro in rete.

Il Direttivo ha accolto questo entusiasmo e questa volontà di "fare" e di essere partecipi e, pertanto, è stato dato loro mandato di contattare gli altri giovani ANMDO (con età inferiore ai 40 anni) e di cercare di costituire un gruppo più ampio che possa essere operativo in alcuni progetti del Direttivo.

Conclusioni

Ad oggi il gruppo complessivo è costituito da 13 soci che hanno risposto con entusiasmo, interesse e voglia di partecipare. Un gruppo attivo di giovani iscritti ANMDO potrebbe essere anche uno strumento per richiamare una maggiore partecipazione degli specializzandi all'ANMDO, soprattutto di quelli interessati alla Direzione Sanitaria, ma potrebbe essere un'opportunità per coinvolgere una parte di quegli iscritti ANMDO che partecipano "tiepidamente" alle varie iniziative della società.

Crediamo che l'add value di un gruppo di giovani entusiasti e motivati sia proprio l'essere insieme che troviamo vincente rispetto al giovane solo!!!



LA CERTIFICAZIONE AMBIENTALE DELL'OSPEDALE LA COLLETTA DI ARENZANO: VALUTAZIONI A 6 ANNI DALLA CERTIFICAZIONE

Rebagliati Bruna¹, Grossi Ida², Brocco Barbara³, Sara Giacobbe⁴, Corrado Bedogni⁵

¹Direttore Presidio Ospedaliero Unico (DMPO); ²Direttore Sanitario; ³Referente Infermieristico Processi di Certificazione Qualità; ⁴Responsabile Infermieristico Area Procedure (POU); ⁵Direttore Generale ASL 3 Genovese

Parole chiave: certificazione ambientale, ruolo della direzione, coinvolgimento dei professionisti.

Introduzione. La ASL 3 Genovese ha adottato, dal 2006, per l'Ospedale "La Colletta" di Arenzano, la certificazione ISO 14001, la cui politica prevede una costante attività di monitoraggio, sensibilizzazione ed informazione atta a garantire l'adozione di comportamenti consapevoli e rispettosi dell'ambiente da parte di tutti coloro che operano all'interno del sito, ricercandone, sistematicamente il miglioramento in modo coerente, efficace e soprattutto sostenibile.

Con questo tipo di certificazione l'Azienda si è assunta, **volontariamente**, l'impegno a ridurre e controllare, nel tempo, i fattori di impatto ambientale correlati alle proprie attività.

Contenuti. La scelta iniziale di individuare, quale Responsabile del Sistema di Gestione Ambientale (RGA), il DMPO, conferendogli le necessarie responsabilità e autorità per istituire, coordinare, gestire, monitorare, valutare e migliorare il Sistema di Gestione Ambientale, ha consentito, da subito, l'elaborazione di un'analisi ambientale iniziale perfettamente integrata con la realtà sanitaria in cui la certificazione, tra le prime del genere, si inseriva consentendo l'adozione di una "**Politica Ambientale**" che, da allora, ha consentito di conseguire e sempre migliorare gli obiettivi ambientali definiti.

Fondamentale la definizione di specifiche *procedure*: al fine di coordinare le azioni tese al rispetto dell'ambiente (gestione dei rifiuti, chemioterapici, pulizia ambienti, farmaci, ecc.) nonché le procedure di sistema e le *registrazioni*: che forniscono evidenza dell'applicazione del Sistema di Gestione Ambientale.

Il sistema adottato ha consentito di garantire:

- diffusione capillare della *conoscenza*, a tutti i livelli, della cogenza dei requisiti normativi in materia ambientale;
- sensibilizzazione e maggiore *consapevolezza del personale* sui comportamenti da adottare per la sicurezza dell'ambiente e degli operatori;
- controllo delle *emissioni* (scarichi idrici, emissioni in atmosfera, rifiuti, consumi di risorse, utilizzo e detenzione di sostanze pericolose, emissioni acustiche), non solo in fase iniziale, con coinvolgimento costante delle ditte coinvolte nei servizi di supporto relativamente all'utilizzo di prodotti idonei e compatibili;
- prevenzione degli "*incident*" che implicano conseguenze amministrative, civili e penali;
- *riduzione dei costi* connessi agli aspetti ambientali con monitoraggio costante delle risorse primarie (misurazione dei consumi di acqua, di energia elettrica e del gas naturale di riscaldamento in rapporto con l'attività ospedaliera);
- *miglioramento dell'impatto ambientale* dell'edificio utilizzando i principi ambientali nella ristrutturazione delle facciate;
- trasferimento delle procedure e delle istruzioni operative con *estensione* dei principi di tutela ambientale alle *altre strutture del Presidio*.

Conclusioni. L'adozione del sistema è risultato vincente per il controllo degli aspetti ambientali significativi, per il rispetto della normativa vigente, non soltanto all'interno dell'ospedale certificato ma dell'intero presidio. Significativo il ruolo svolto dalla certificazione per ottenere il consenso alla ristrutturazione, con modifica delle facciate che, difformemente dal progetto iniziale, ha consentito un migliore inserimento nell'ambiente che era fortemente influenzato da una struttura non inserita nel contesto ambientale specifico e i risultati sul monitoraggio dei consumi che hanno permesso di evidenziare criticità altrimenti non rilevabili.



LA CERTIFICAZIONE AMBIENTALE DELL'OSPEDALE LA COLLETTA DI ARENZANO: VALUTAZIONI A 6 ANNI DALLA CERTIFICAZIONE

Rebagliati Bruna^o, Grossi Ida^{*}, Sara Giacobbe[^], Brocco Barbara[§], Corrado Bedogni

^oDirettore Presidio Ospedaliero Unico (DMPO)

^{*}Direttore Sanitario

[^]Responsabile Infermieristico Area Procedure POU

[§] Referente Infermieristico Processi di Certificazione Qualità

Direttore Generale ASL 3 Genovese

Parole chiave

certificazione ambientale, ruolo della direzione, coinvolgimento dei professionisti

Introduzione

La ASL 3 Genovese ha adottato, dal 2006, per l'Ospedale "La Colletta" di Arenzano, la certificazione ISO 14001, la cui politica prevede una costante attività di monitoraggio, sensibilizzazione ed informazione atta a garantire l'adozione di comportamenti consapevoli e rispettosi dell'ambiente da parte di tutti coloro che operano all'interno del sito, ricercandone, sistematicamente il miglioramento in modo coerente, efficace e soprattutto sostenibile.

Con questo tipo di certificazione l'Azienda si è assunta, **volontariamente**, l'impegno a ridurre e controllare, nel tempo, i fattori di impatto ambientale correlati alle proprie attività.

Contenuti

La scelta iniziale di individuare, quale Responsabile del Sistema di Gestione Ambientale (RGA), il DMPO, conferendogli le necessarie responsabilità e autorità per istituire, coordinare, gestire, monitorare, valutare e migliorare il Sistema di Gestione Ambientale, ha consentito, da subito, l'elaborazione di un'analisi ambientale iniziale perfettamente integrata con la realtà sanitaria in cui la certificazione, tra le prime del genere, si inseriva consentendo l'adozione di una "**Politica Ambientale**" che, da allora, ha consentito di conseguire e sempre migliorare gli obiettivi ambientali definiti.

Fondamentale la definizione di specifiche *procedure*: al fine di coordinare le azioni tese al rispetto dell'ambiente (gestione dei rifiuti, chemioterapici, pulizia ambienti, farmaci, ecc.) nonché le procedure di sistema e le *registrazioni*: che forniscono evidenza dell'applicazione del Sistema di Gestione Ambientale.

Il sistema adottato ha consentito di garantire:

- diffusione capillare della *conoscenza*, a tutti i livelli, della cogenza dei requisiti normativi in materia ambientale
- sensibilizzazione e maggiore *consapevolezza del personale* sui comportamenti da adottare per la sicurezza dell'ambiente e degli operatori
- controllo delle *emissioni* (scarichi idrici, emissioni in atmosfera, rifiuti, consumi di risorse, utilizzo e detenzione di sostanze pericolose, emissioni acustiche), non solo in fase iniziale, con coinvolgimento costante delle ditte coinvolte nei servizi di supporto relativamente all'utilizzo di prodotti idonei e compatibili
- prevenzione degli "*incident*" che implicano conseguenze amministrative, civili e penali
- *riduzione dei costi* connessi agli aspetti ambientali con monitoraggio costante delle risorse primarie (misurazione dei consumi di acqua, di energia elettrica e del gas naturale di riscaldamento in rapporto con l'attività ospedaliera)
- *miglioramento dell'impatto ambientale* dell'edificio utilizzando i principi ambientali nella ristrutturazione delle facciate.
- trasferimento delle procedure e delle istruzioni operative con *estensione* dei principi di tutela ambientale alle **altre strutture del Presidio**

Conclusioni

L'adozione del sistema è risultato vincente per il controllo degli aspetti ambientali significativi, per il rispetto della normativa vigente, non soltanto all'interno dell'ospedale certificato ma dell'intero presidio.

Significativo il ruolo svolto dalla certificazione per ottenere il consenso alla ristrutturazione, con modifica delle facciate che, difformemente dal progetto iniziale, ha consentito un migliore inserimento nell'ambiente che era fortemente influenzato da una struttura non inserita nel contesto ambientale specifico e i risultati sul monitoraggio dei consumi che hanno permesso di evidenziare criticità altrimenti non rilevabili.

CONTAMINAZIONE DA LEGIONELLA DELL'IMPIANTO IDRICO SUL CIRCUITO ACQUA FREDDA NEL PRESIDIO DI SAVIGLIANO (CN): SPERIMENTAZIONE DEL SISTEMA DI BONIFICA A BISSIDO DI CLORO

Rebora M*, Rosati N[^], Frandino E[^], Liggera L^{^^}, Gerbaudo S^{^^}, Guerra G^{**},
Saglione G[^], Ghigo S[^], Grillo M[°]

*Direttore Sanitario Presidio P.O. Mondovì Ceva-Responsabile S.S. Prev. Inf. Osp. Savigliano Saluzzo**,

Dirigente Medico Direzione Sanitaria Presidio Savigliano Saluzzo[^]

Assistente Sanitaria Direzione Sanitaria Presidio Savigliano Saluzzo/S.S. Prev. Inf. Osp. - ICI Direzione

Sanitaria Presidio Savigliano Saluzzo/S.S. Prev. Inf. Osp. - Direttore Sanitario Presidio P.O. Savigliano

*Saluzzo***, *Sovrintendente Sanitario Sovrintendenza Sanitaria Presidi[°] - ASLCN1.*

Introduzione. L'impianto idrico del Presidio Ospedaliero di Savigliano presenta un rischio di contaminazione da Legionella sul circuito acqua calda che, nel corso degli anni è stato costantemente monitorato ed affrontato con la messa in atto di diversi interventi volti a bonificare l'impianto (shock termici, installazione impianto di ionizzazione rame-argento, installazione sistema a biossido di cloro, installazione di filtri terminali).

Per quanto riguarda il circuito dell'acqua fredda, in base a controlli effettuati, la temperatura dell'acqua è risultata essere in alcuni punti superiore ai 20 °C e rientrando in un range che favorisce lo sviluppo del batterio, si è provveduto alla rivalutazione del rischio della struttura ospedaliera.

Contenuti. Secondo le indicazioni delle "Raccomandazioni per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle polmoniti da legionella nelle strutture sanitarie piemontesi pubbliche e private", sono stati attuati dal GO CIO/S.C. Tecnico interventi di: mappatura dell'impianto circuito acqua fredda (rilevamento delle temperature dell'acqua in centrale termica e ai punti di erogazione terminale), campionamento dell'acqua fredda per la ricerca di Legionella (n. 9 punti campionati e processati presso il Laboratorio ARPA di Novara: pre-flussaggio n. 2 campioni con cariche <100, n. 3 con cariche 102, n. 2 con cariche 103, n. 2 con cariche 104; post-flussaggio n. 3 campioni con cariche <100, n. 6 con cariche 102), informativa ai reparti (innalzamento livello di sorveglianza, evitare l'utilizzo dell'acqua per docce ed abluzioni nei rubinetti o docce non dotati di filtro terminale a protezione totale), installazione del sistema a biossido di cloro (iniezione di biossido di cloro nel circuito di distribuzione dell'acqua fredda tramite l'ausilio di una pompa dosatrice ad impulsi), monitoraggio microbiologico (campionamento pre e post flussaggio per la ricerca di legionella spp con cadenza quindicinale).

Conclusioni. La sperimentazione del sistema di bonifica è in corso, con monitoraggio settimanale delle concentrazioni dell'agente biocida e del cloro residuo (0.2/0.3 mg/l).

A sei mesi dall'installazione del sistema a biossido di cloro sul circuito dell'acqua fredda, i campionamenti per la ricerca di legionella spp hanno evidenziato un abbattimento delle cariche a valori di sicurezza.

Pertanto, in base all'esperienza maturata, la Direzione Aziendale ha investito ulteriori risorse per l'acquisizione definitiva del sistema a biossido di cloro per la bonifica del circuito acqua fredda sanitaria.

L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE PER AUMENTARE L'EFFICACIA DELL'USO DEI PRESIDI DI SICUREZZA IN AMBITO OSPEDALIERO

F. Riccio, C. Penna, M. Bergaglia, M. Desperati

Direzione Medica dei Presidi ASO AL, *Scuola di specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva
Università di Pavia

Parole chiave: aghi di sicurezza, incidenti occupazionali, formazione.

Introduzione. Presso l'ASO di Alessandria l'utilizzo degli aghi di sicurezza è iniziato già dal 2000, anno della sieroconversione di un medico dell'azienda infortunatosi in seguito ad una emogasanalisi praticata ad un paziente HCV positivo.

Da allora sono stati introdotti in alcune realtà aziendali come DEA malattie infettive 118 i presidi di sicurezza. Seguendo l'andamento degli infortuni occupazionali, la DMP nel 2006 a fronte di un significativo incremento degli infortuni durante prelievi arteriosi e venosi ha indicato che per tali procedure si utilizzassero presidi di sicurezza e contemporaneamente con delibera aziendale n. 228 del 17/07/2006 sono state date indicazioni all'acquisto di presidi di sicurezza. Conseguentemente all'introduzione di altri Presidi nel 2007 la DMP ha deciso di intraprendere corsi di formazione su tutto il personale dell'ASO sui dispositivi in uso e sul loro utilizzo accompagnato alla verifica delle conoscenze sul Protocollo aziendale sulla denuncia degli infortuni occupazionali. Analogo addestramento è stato ripetuto nel 2011 a fronte di un riscontro di manovre errate proprio nell'utilizzo dei Presidi per prelievi arteriosi e venosi.

Materiali e Metodi. I dati sono stati raccolti ed elaborati mediante compilazione annuale delle schede SIROH.

I corsi di addestramento per gli operatori sanitari si sono svolti direttamente nei tre Presidi Aziendali, interessando un numero variabile di operatori non superiore a 20 per ogni singola giornata. La formazione, è risultata obbligatoria e svolta durante i cambi di turno, con la finalità di estendere ed applicare i contenuti trasmessi a tutto il personale del comparto, dimostrando l'utilizzo dei presidi di sicurezza e le loro diverse peculiarità.

Risultati. Si forniscono i dati 2010-2011.

	incidenti con aghi di sicurezza	rapporto	incidenti con aghi non di sicurezza	rapporto
2010	13/67	0.194	54/67	0.806
2011	8/49	0.116	41/49	0.837

Si evidenzia che gli infortuni con i dispositivi di sicurezza sono diminuiti, a fronte di un aumento di consumo degli stessi esiste un rischio ancora elevato di incorrere in incidenti occupazionali da puntura, poiché il sistema in uso in azienda è misto (accanto a dispositivi di sicurezza, l'operatore sanitario ha a disposizione dispositivi non di sicurezza).

Conclusioni. La sola adozione dei dispositivi di sicurezza non è sufficiente a ridurre il numero degli incidenti occupazionali, se non è accompagnata da un addestramento specifico degli operatori sanitari, circa il loro utilizzo e caratteristiche peculiari; lo conferma l'aumento del consumo dei presidi non di sicurezza e del numero degli incidenti occupazionali, negli anni non a ridosso degli interventi formativi.

Risulta, pertanto, necessario:

- l'inserimento di una formazione specifica di "addestramento sul campo" per il personale neo-assunto, da rinnovare annualmente;
- verificare la conoscenza degli interventi formativi effettuati, dei protocolli adottati ed in uso;
- diffondere i dati sugli infortuni occupazionali a livello aziendale.

STRUTTURAZIONE DI UN PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE PER PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO E DI MINIMA COSCIENZA

Rinaldi M*, Raviolo A**, Grossi A***, Grillo C°, De Mattei M°, Garofalo A°, Gaffuri A+, Scannarini L++, Panarisi P+++ , Aimone M§

Struttura: ASL TO5 - Direzione Sanitaria P.O. S.Lorenzo-Carmagnola - *Dirigente medico Direzione Sanitaria,**Neuropsicologo S.C.Psicologia ***Responsabile USV, °CPSE USV, °°Direttore S.C. Neurologia, °°°Direttore S.C. RRF. Carmagnola, +Direttore Dipartimento Fragilità e Continuità assistenziale, ++Assistente sociale ospedaliera, +++Direttore Sanitario Presidio, §Direttore Sanitario ASL TO5

Parole chiave: clinical governance, stati vegetativi.

Introduzione. L'ASLTO 5 a seguito della DGR 62-13647 del 22 marzo 2010 ha individuato e attivato presso l'ospedale S.Lorenzo di Carmagnola una Unità Stati Vegetativi nella previsione di una rete di analoghe strutture da attivarsi all'interno della Regione Piemonte. La patologia del paziente in stato vegetativo richiede la strutturazione di un modello di assistenza multilivello in grado di tener conto dei vari aspetti clinico assistenziale etico e organizzativo. Il fine di questo contributo è quello di illustrare il modello operativo strutturato presso la struttura semplice dipartimentale Unità Stati Vegetativi del P.O. S. Lorenzo di Carmagnola.

Contenuti. Gli obiettivi che la squadra si è data per un approccio integrato e sistemico alla qualità dell'intero processo sono i seguenti: 1) Centralità del paziente e del care giver rispettando la loro cultura e i loro bisogni etici; 2) Inserimento armonico all'interno dell'intero percorso di cura (appropriatezza di ricovero e di continuità delle cure) 3) Approccio clinico in Evidence Base Medicine e forte collaborazione interdisciplinare; 6) Equità: standardizzazione del processo; 7) Empowerment degli operatori sanitari.

Strumenti e metodi. A 2 anni dall'inaugurazione del reparto lo strumento più efficace per la mira degli obiettivi si è rilevato nel costante automonitoraggio e valutazione dell'efficacia di ogni step del processo. Nello specifico sono emerse le seguenti aree oggetto di particolare attenzione e sviluppo: a) Coinvolgimento del care giver nel processo di presa in carico e nella strutturazione di interventi di sostegno psicologico individuale e di micro gruppi. Tali azioni non seguono statici protocolli ma sonocalibrati sulle singole individualità e in funzione dei valori culturali e personali di riferimento di ciascuno. b) Elaborazione (tuttora in corso) di linee guida inerenti i criteri di selezione e ammissione dei pazienti in congruenza alle direttive Nazionali e Regionali. Strutturazione in equipe di criteri clinici e organizzativi per valutare la dimissibilità del paziente in continuità delle cure. c) Efficacia della cura, che per questa tipologia di pazienti è la stabilizzazione dei parametri clinici relativi allo stato di coscienza e alla fisiologia e la monitoraggio periodico dello stato e contenuto di coscienza oltre alla stimolazione motoria e dei canali sensoriali d) Attività dedicata all'empowerment e alla prevenzione del Burn-out degli operatori sanitari tramite programmazione di incontri con finalità psicopedagogica e di sostegno.

Risultati. Dal 24 febbraio 2010 al 29 febbraio 2012 sono stati seguiti n°46 pazienti (di sesso: 63% maschile, 37% femminile)La degenza media dei dimessi è di 116,35 giorni L'appropriatezza di ricovero risulta del 91%. Tipologia di Dimissioni (exitus 17, RSA10, Domicilio 4, Riabilitazione di III livello 3, altro P.O. 2) Conclusioni: Essendo una realtà organizzativa "giovane" e identificata non solo come unico centro di Coordinamento regionale ma unica Unità Stati Vegetativi attivata, le prassi metodologiche si sono sviluppate in progress in un contesto regionale ancora incompleto e non rispondente a quanto previsto al momento della attivazione della nostra struttura. Necessità pertanto larevisione del modello regionale (rete di analoghe strutture dedicate) e la disponibilità di risorse utili all'attivazione di un registro regionale informatizzato ed una specifica ed adeguata formazione.Tuttavia la presa di coscienza dell'aumento di incidenza e prevalenza dello Stato vegetativo e di Minima Coscienza in tutti i paesi occidentali, le esperienze e le competenze acquisite e la determinazione della squadra a costruire il meglio ci fa ben sperare.

STRUTTURAZIONE DI UN PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE PER PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO E DI MINIMA COSCIENZA

Rinaldi M*, Raviolo A**, Grossi A***, Grillo C°, De Mattei M°, Garofalo A.°, Gaffuri A. +, Scannarini L.++, Panarisi P.+++ , Aimone M.§

*Dirigente medico Direzione Sanitaria, **Neuropsicologo SC Psicologia, ***Responsabile USV, °CPSE USV, °°Direttore SC Neurologia, °°°Direttore SC RRF, +Direttore Dipartimento Fragilità e Continuità assistenziale, ++Assistente Sociale ospedaliera, +++Direttore Sanitario Presidio, §Direttore Sanitario ASLTO5

L'azienda Sanitaria TO5 a seguito della DGR 62-13647 del 22 marzo 2010 ha individuato e attivato presso l'ospedale S.Lorenzo di Carmagnola una unità Stati Vegetativi nella previsione di una rete di analoghe strutture da attivarsi all'interno del territorio della Regione Piemonte. La patologia del paziente in stato vegetativo richiede la strutturazione di un modello di assistenza multilivello in grado di tener conto dei vari aspetti clinico assistenziali, etici e organizzativi. In particolare il paziente con esiti di gravi cerebrolesioni di natura traumatica e vascolare in stato di coma necessita di un periodo di stabilizzazione prima di poter porre la diagnosi definitiva di Stato Vegetativo permanente o Stato di minima coscienza.

Ricovero

- ⇒ Appropriatezza in base alle caratteristiche del paziente e in congruenza alle direttive nazionali-regionali
- ⇒ Contratto terapeutico con il caregiver

⇒ Inserimento armonico all'interno del percorso di cura

Principi invariati

- ⇒ Forte collaborazione interdisciplinare
- ⇒ Centralità del paziente e del caregiver nel rispetto della loro cultura e loro bisogni etici
- ⇒ Approccio clinico in Evidence Based Medicine
- ⇒ Equità: standardizzazione del processo

Dimissione

- ⇒ Racordo con altre strutture o domicilio
- ⇒ Preparazione del caregiver alla dimissione
- ⇒ Verifica dei parametri clinici

Degenza

- ⇒ Gestione congiunta del sistema paziente - caregiver
- ⇒ Creazione di un protocollo assistenziale calibrato sulle esigenze del sistema paziente-caregiver
- ⇒ Monitoraggio periodico dello stato di coscienza attraverso strumenti valutativi standardizzati (Coma Rating Scale)
- ⇒ Verifica periodica della convergenza di obiettivi e strategie fra equipe e caregiver
- ⇒ Monitoraggio continuo dell'appropriatezza delle cure attraverso incontri settimanali dell'equipe

Un'area oggetto di particolare attenzione e sviluppo è quella inerente l'efficacia della cura, che per questa tipologia di pazienti è rappresentata dalla stabilizzazione dei parametri clinici relativi allo stato di coscienza, alla fisiologia e la monitoraggio periodico dello stato e contenuto di coscienza, oltre alla stimolazione motoria e dei canali sensoriali.

Una parte centrale e caratteristica del lavoro con i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza è costituita dall'attenzione ai vissuti emotivi nei caregivers e nei membri dell'equipe. Lo stato vegetativo rappresenta infatti una condizione difficilmente assimilabile a livello psichico, per la quale le normali categorie mentali a nostra disposizione si rivelano insufficienti nel tentativo di attribuzione di significato. Tale caratteristica si tramuta in una serie di ostacoli imponenti nel normale processo di elaborazione da parte di coloro che entrano in contatto con questa realtà per cui è necessaria la strutturazione di interventi dedicati.

Attività con i caregiver

- Sostegno psicologico individuale
- Gruppi di auto-mutuo aiuto
- Interventi psicopedagogici sugli aspetti medici e gestionali della patologia
- Partecipazione periodica agli incontri dell'equipe curante

Effetti attesi

- Coinvolgimento attivo
- Minore helplessness
- Sviluppo di competenze emotive adattive
- Protezione da stress e burnout

Attività con l'equipe curante

- Sostegno psicologico individuale
- Supervisioni periodiche di gruppo
- Formazione continua sulla gestione degli aspetti emotivi legati all'assistenza dei pazienti

Risultati: Nel periodo compreso dal 24/02/2010 al 29/02/2012 sono stati seguiti n°46 pazienti con una degenza media di giorni 116.35. Nei grafici sono illustrate le caratteristiche del campione preso in esame dal punto di vista dell'appropriatezza di ricovero, dell'etiologia e dell'outcome.

Caratteristiche del campione - Sesso

Caratteristiche del campione - appropriatezza di ricovero

Caratteristiche del campione - Etiologia

Inoltre, nella quasi totalità dei casi uno o più caregiver per ciascun paziente ha preso parte al percorso di sostegno psicologico. Le attività di sostegno, supervisione e formazione con l'equipe curante si sono svolte per l'intero periodo di attività ogni tre settimane, mentre gli incontri individuali su richiesta hanno avuto cadenza settimanale.

Conclusioni: Essendo una realtà organizzativa "giovane" e identificata non solo come unico centro di Coordinamento regionale ma unica Unità Stati Vegetativi attivata, le prassi metodologiche si sono sviluppate in progress in un contesto regionale ancora incompleto e non rispondente a quanto previsto al momento della attivazione della nostra struttura. Necessità pertanto la revisione del modello regionale (rete di analoghe strutture dedicate) e la disponibilità di risorse utili all'attivazione di un registro regionale informatizzato e di una specifica ed adeguata formazione. Tuttavia la presa di coscienza dell'aumento di incidenza e prevalenza dello SV e di SMC in graduale crescita in tutti i paesi occidentali, le competenze acquisite nel corso della nostra attività e la determinazione della squadra a costruire il meglio ci fa ben sperare.

Bibliografia:

- www.comascience.org
- Regione Piemonte: DGR 62-1347 del 22 Marzo 2010 "Istituzione del percorso assistenziale per persone in stato vegetativo, stato di minima coscienza e locked-in syndrome".
- "The vegetative state: Guidance on diagnosis and management" Report of a working party of the Royal College of Physicians
- AA.VV: Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva, 2005 - Bollati Boringhieri, Torino.

I COSTI DELL'INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA: UNA ANALISI "COST-SAVING" SUI RICOVERI NELL'ASL TORINO 4

Franco Ripa, Bruno Ferrero, Tiziana Borsano, Anna Maria Santoro
S.C. Programmazione Controllo di Gestione ASL Torino 4 – Regione Piemonte

Parole chiave: ricoveri inappropriatezza, costi.

Introduzione. I ricoveri ospedalieri che si potrebbero affrontare, con pari efficacia, minor rischio di iatrogenesi e maggiore economicità nell'impiego delle risorse ad un livello di assistenza meno intensivo, vengono definiti inappropriati dal punto di vista organizzativo.

Contenuti. L'ASL TO 4 conta circa 520.000 abitanti e presenta sei Distretti e sette Ospedali per un totale di 1.168 posti letto, integrando le funzioni di committenza e di produzione.

- analizzare la casistica di competenza per quanto riguarda i ricoveri a rischio di inappropriatezza e sentinella, sia prodotti sia acquistati;
- stimare il costo dell'inappropriatezza organizzativa.

L'inappropriatezza è stata studiata per l'anno 2011 attraverso l'utilizzo dei dati "amministrativi" delle schede di dimissione ospedali relative ai ricoveri prodotti ed acquistati e sono stati formulati specifici indicatori di riferimento, riferibili alle seguenti tipologie di pazienti:

- ricoveri per DRG a rischio di inappropriatezza (Allegato 2C DPCM 29.11.2001 ed Allegato B Patto per la Salute 2010-2012);
- ricoveri per DRG sentinella.

In particolare per le tipologie di ricoveri sono stati calcolati i tassi di produzione per Presidio Ospedaliero e i tassi di ospedalizzazione per mille abitanti per i Distretti, con la relativa valorizzazione economica. I risultati scaturiti dall'analisi dei dati amministrativi hanno evidenziato una discreta variabilità nei ricoveri in studio, con variazione più significative negli Ospedali per acuti per i DRG sentinella per quanto riguarda la produzione (media 9%, minimo 7% e massimo 20%) e nei Distretti per i DRG ARI DPCM 2001 per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione dei residenti (media 16 per mille, minimo 13 per mille e massimo 19 per mille).

In particolare i costi di acquisto in pura funzione di committenza sono stati i seguenti:

- ricoveri per DRG a rischio di inappropriatezza DPCM 2001: costi totali Euro 6.047.365, costi medi Euro 1.525;
- ricoveri per DRG a rischio di inappropriatezza allegato B Patto per la Salute: costi totali Euro 17.513.908, costi medi Euro 2.082;
- ricoveri sentinella: costi totali Euro 18.503.007, costi medi Euro 3.462.

L'analisi è stata poi approfondita sui ricoveri per DRG a rischio di inappropriatezza allegato B Patto per la Salute. Normalizzando il dato per tutti i Distretti sul valore di standard interno operativo – dunque ragionevolmente raggiungibile – si sarebbe realizzato su base annua un cost-saving stimato di circa 3.284.000 Euro.

Conclusioni. L'analisi è stata molto utile perchè ha fornito prove tangibili per la quantificazione economica della inappropriatezza, ma anche per dare uno stimolo verso il miglioramento a tutti gli attori in gioco nel processo del ricovero a partire da dati di riferimento concreti.

- ad operare secondo criteri di appropriatezza;
- a mettere in atto tutte le misure utili a livello locale per favorire il trasferimento di attività verso i regimi più appropriati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme regionali.

Solo attraverso una visione integrata di sistema, peraltro, tali prerogative potranno essere compiutamente messe in atto.



I costi dell'inappropriatezza organizzativa: una analisi "cost-saving" sui ricoveri nell'ASL Torino 4

Franco Ripa, Bruno Ferrero, Tiziana Borsano, Anna Maria Santoro
S.C. Programmazione Controllo di Gestione ASL Torino 4
Regione Piemonte



L'ASL TO 4 conta circa 520.000 abitanti e presenta sei Distretti e sette Ospedali per un totale di 1.168 posti letto, integrando le funzioni di committenza e di produzione.



- DISTRETTI:**
- DISTRETTO 1 DI CIRIÉ
 - DISTRETTO 2 DI CHIVASSO
 - DISTRETTO 3 DI SETTIMO TORINESE
 - DISTRETTO 4 DI SAN MAURO TORINESE
 - DISTRETTO 5 DI IVREA
 - DISTRETTO 6 DI CUORGNE

- PRESIDI OSPEDALIERI:**
- OSPEDALE DI CIRIÉ LANZO
 - OSPEDALE DI CHIVASSO
 - OSPEDALE RIUNITO DI IVREA CUORGNE CASTELLAMONTE
 - OSPEDALE DI SETTIMO TORINESE



- In sintesi, gli obiettivi del Progetto sono stati i seguenti:
- analizzare la casistica di competenza per quanto riguarda i ricoveri a rischio di inappropriatezza e sentinella, sia prodotti sia acquistati
 - stimare il costo dell'inappropriatezza organizzativa.

L'inappropriatezza è stata studiata per l'anno 2011 attraverso l'utilizzo dei dati "amministrativi" delle schede di dimissione ospedali relative ai ricoveri prodotti ed acquistati e sono stati formulati specifici indicatori di riferimento, riferibili alle seguenti tipologie di pazienti:

- ricoveri per DRG a rischio di inappropriatezza (Allegato 2C DPCM 29.11.2001 ed Allegato B Patto per la Salute 2010-2012)
- ricoveri per DRG sentinella.

- In particolare i costi di acquisto in pura funzione di committenza sono risultati i seguenti:
- ricoveri per DRG a rischio di inappropriatezza DPCM 2001: costi totali Euro 6.047.365, costi medi Euro 1.525
 - ricoveri per DRG a rischio di inappropriatezza allegato B Patto per la Salute: costi totali Euro 17.513.908, costi medi Euro 2.082
 - ricoveri sentinella: costi totali Euro 18.503.007, costi medi Euro 3.462.
- L'analisi è stata poi approfondita sui ricoveri per DRG a rischio di inappropriatezza allegato B Patto per la Salute. Normalizzando il dato per tutti i Distretti sul valore di standard interno operativo – dunque ragionevolmente raggiungibile – si sarebbe realizzato su base annua un cost-saving stimato di circa 3.284.000 Euro.



DISTRETTO	RO	Pop.	Ric. abitanti	Tasso osp. per 1000 DPCM 2001	Ric. osp. per 1000 ab.	Importo medio	Importo Allegato B	Ric. osp. per 1000 ab. allegato B	Tasso osp. per 1000 ab. standard	Ric. osp. per 1000 ab.	Importo medio	Importo rivisto su standard	Importo sentinella	Ric. osp. per 1000 ab.	Importo medio				
Distretto A	1	122.047	13.161	108	801	7	1.402.520	1.751	1.828	15	1.600	13	4.607.717	2.521	4.033.013	1.412	12	5.428.200	3.844
Distretto B	1	80.276	8.374	104	611	8	898.354	1.470	1.280	16	1.050	13	2.254.220	1.761	1.849.165	712	9	2.333.346	3.277
Distretto C	1	41.388	3.815	92	245	6	348.400	1.422	534	13	534	13	1.058.949	1.983	1.058.949	366	9	1.210.959	3.308
Distretto D	1	84.013	8.491	101	530	6	876.934	1.655	1.223	15	1.100	13	2.731.960	2.234	2.457.201	815	10	2.706.419	3.321
Distretto E	1	80.696	8.476	105	685	8	968.389	1.414	1.393	17	1.050	13	2.842.391	2.040	2.142.506	873	11	2.885.476	3.305
Distretto F	1	112.314	11.472	102	1.094	10	1.552.768	1.419	2.153	19	1.500	13	4.018.670	1.867	2.799.817	1.166	10	3.938.607	3.378
		520.734	53.789	103	3.966	8	6.047.365	1.525	8.411	16	6.834	13	17.513.908	2.082	14.230.180	5.344	10	18.503.007	3.462



L'analisi è stata molto utile perchè ha fornito prove tangibili per la quantificazione economica della inappropriatezza, ma anche per dare uno stimolo verso il miglioramento a tutti gli attori in gioco nel processo del ricovero a partire da dati di riferimento concreti.

franco.ripa@libero.it

LA CERTIFICAZIONE ISO9001:2008 DEL BLOCCO OPERATORIO PRESIDIO OSPEDALIERO DI SALUZZO - ASLCN1

GL Saglione¹, G Guerra², L Abrate³, MT Rubiolo⁴, M Reborà⁵, N Rosati¹, S Ghigo¹

¹Dirigente Medico SC Direzione Sanitaria Presidio Savigliano Saluzzo – ASLCN1, ²Direttore SC Direzione Sanitaria Presidio Savigliano Saluzzo – ASLCN1, ³Coordinatore Infermieristico Blocco Operatorio Saluzzo, ⁴Coordinatore Infermieristico Ufficio Qualità ASLCN1, ⁵Direttore SC Direzione Sanitaria Presidio Mondovì Ceva – ASLCN1.

Introduzione. L'ospedale di Saluzzo è costituito da 7 reparti di degenza con un totale di 142 posti letto (di cui 12 di Day Hospital).

Nel Blocco Operatorio, che comprende 4 sale operatorie e 1 sala induzione, operano le SS.CC. Ortopedia e Traumatologia (32 posti letto, di cui 1 DH) e Chirurgia Generale (31 posti letto, di cui 2 DH). Nell'anno 2010 hanno effettuato rispettivamente 1657 (di cui 198 urgenze) e 1660 interventi (di cui 170 urgenze).

La Sala Operatoria è un sistema ad alta complessità dovuta a:

- elevato numero di professionalità coinvolte nel processo;
- grande quantità di informazioni richieste;
- rapidità con cui i processi devono essere eseguiti (urgenze);
- elevato livello tecnologico;
- complessità intrinseca procedure chirurgiche;
- molteplicità di punti critici presenti nel processo.

La certificazione del Blocco Operatorio è stata effettuata con l'obiettivo di migliorare l'organizzazione e la gestione del rischio clinico, aumentare la motivazione dello staff e la soddisfazione dei clienti.

Contenuti. Come richiesto dalla certificazione è stato predisposto il Manuale e il Riesame per la qualità, provvedendo alla:

- Mappatura dei processi essenziali individuando i punti critici e le procedure associate ai vari punti del processo:
 - percorso del paziente;
 - intervento chirurgico in ricovero ordinario e day surgery;
 - intervento chirurgico in regime ambulatoriale e piccoli interventi di ortopedia (vedi figura a lato);
 - esami endoscopici in narcosi;
 - processo di sterilizzazione.
- Registrazione delle non conformità (a partire da novembre 2010): 0 nei mesi di nov-dic del 2010 e 32 nell'anno 2011 (10 in ingresso, 20 di processo e 2 in uscita). Tra le non conformità registrate non si sono verificati eventi sentinella.
- Monitoraggio di alcuni eventi, attraverso i seguenti indicatori di processo (a partire da gennaio 2011):
 - antibiotico terapia riportata non correttamente sulla lista operatoria;
 - sito scorretto registrato sulla lista operatoria;
 - ferri chirurgici smarriti “non sul campo operatorio”, ma dopo il conteggio dei ferri;
 - interventi riportati in lista operatori e successivamente sospesi;
 - carenza di descrizione della prestazione da effettuare sulla lista degli interventi ambulatoriali.

In base ai valori degli indicatori e all'analisi delle non conformità sono state messe in atto azioni correttive per migliorare la performance.

Conclusioni. Si è ottenuta la Certificazione senza non conformità né maggiori, né minori e, nei primi mesi dell'anno in corso, si è osservato un miglioramento degli indicatori tenuti sotto controllo.

LA CERTIFICAZIONE ISO9001:2008 DEL BLOCCO OPERATORIO PRESIDIO OSPEDALIERO DI SALUZZO - ASLCN1

GL SAGLIONE¹, G GUERRA², L ABRATE³, MT RUBIOLO⁴, M REBORÀ⁵, N ROSATI¹, S GHIGO¹

¹Dirigente Medico SC Direzione Sanitaria Presidio Savigliano Saluzzo – ASLCN1, ²Direttore SC Direzione Sanitaria Presidio Savigliano Saluzzo – ASLCN1, ³Coordinatore Infermieristico Blocco Operatorio Saluzzo, ⁴Coordinatore Infermieristico Ufficio Qualità ASLCN1, ⁵Direttore SC Direzione Sanitaria Presidio Mondovì Ceva – ASLCN1.

INTRODUZIONE

L'ospedale di Saluzzo è costituito da 7 reparti di degenza con un totale di 142 posti letto (di cui 12 di Day Hospital). Nel Blocco Operatorio, che comprende 4 sale operatorie e 1 sala induzione, operano le SS.CC. Ortopedia e Traumatologia (32 posti letto, di cui 1 DH) e Chirurgia Generale (31 posti letto, di cui 2 DH). Nell'anno 2010 hanno effettuato rispettivamente 1657 (di cui 198 urgenze) e 1660 interventi (di cui 170 urgenze).

La Sala Operatoria è un sistema ad alta complessità dovuta a:

- elevato numero di professionalità coinvolte nel processo,
- grande quantità di informazioni richieste,
- rapidità con cui i processi devono essere eseguiti (urgenze),
- elevato livello tecnologico,
- complessità intrinseca procedure chirurgiche,
- molteplicità di punti critici presenti nel processo.

La certificazione del Blocco Operatorio è stata effettuata con l'obiettivo di migliorare l'organizzazione e la gestione del rischio clinico, aumentare la motivazione dello staff e la soddisfazione dei clienti.

CONTENUTI

Come richiesto dalla certificazione è stato predisposto il Manuale e il Riesame per la qualità, provvedendo alla:

- mappatura dei processi essenziali individuando i punti critici e le procedure associate ai vari punti del processo:

- PERCORSO del PAZIENTE
 - INTERVENTO CHIRURGICO in RICOVERO ORDINARIO E DAY SURGERY
 - INTERVENTO CHIRURGICO in REGIME AMBULATORIALE e PICCOLI INTERVENTI di ORTOPIEDIA (vedi figura)
 - ESAMI ENDOSCOPICI IN NARCOSI
- PROCESSO di STERILIZZAZIONE

- registrazione delle non conformità (a partire da novembre 2010): 0 nei mesi di nov-dic del 2010 e 32 nell'anno 2011 (10 in ingresso, 20 di processo e 2 in uscita). Tra le non conformità registrate non si sono verificati eventi sentinella.

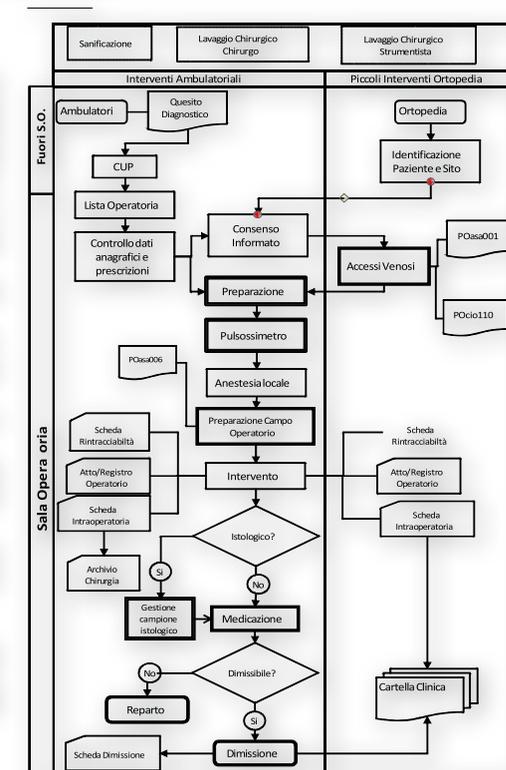
- monitoraggio di alcuni eventi, attraverso i seguenti indicatori di processo (a partire da gennaio 2011):

- A antibiotico terapia riportata non correttamente sulla lista operatoria
- A sito scorretto registrato sulla lista operatoria
- A ferri chirurgici smarriti “non sul campo operatorio”, ma dopo il conteggio dei ferri
- A interventi riportati in lista operatori e successivamente sospesi
- A carenza di descrizione della prestazione da effettuare sulla lista degli interventi ambulatoriali.

In base ai valori degli indicatori e all'analisi delle non conformità sono state messe in atto azioni correttive per migliorare la performance.

CONCLUSIONI

Si è ottenuta la Certificazione senza non conformità né maggiori, né minori e, nei primi mesi dell'anno in corso, si è osservato un miglioramento degli indicatori tenuti sotto controllo.



RISK MANAGEMENT: NUOVI PROFESSIONISTI PER LA CREAZIONE DI VALORI (PIÙ CHE UNA PROFESSIONE...UNA PASSIONE!)

Carbone C*, **Sesti E****, **La Commare F*****, **Mariani T****, **Musolino M****, **Nasi G******

Direzione Sanitaria Ospedale "San Paolo" Civitavecchia ASL RMF; ** UOC Qualità e Risk Management ASL RMB; *Direzione Sanitaria Hospice "Villa Speranza" UCSC Roma; ****Direzione Sanitaria Ospedale "Cristo Re" Roma*

Parole chiave: risk management, audit.

Introduzione. Nella moderna concezione della complessità del sistema sanitario, assume sempre più centralità il clinical risk management, la cui funzione si esplicita nella governance dei molteplici equilibri che sottendono i processi di esito dell'assistenza sanitaria.

È lo strumento che nasce dall'arte di valutare, nella cabina di regia di risk management tutte le inquadrature sono riprese da molteplici angolazioni: incident reporting, denunce sinistri, reclami, flussi informativi nazionali, regionali e aziendali, indicatori di qualità della documentazione sanitaria e della soddisfazione degli utenti.

Contenuti. La nuova figura del risk manager quando riesce a gestire i processi organizzativi e clinici secondo un sistema di qualità permette una corretta valutazione degli eventi avversi, sentinella e near miss, fuggendo la ricerca di una responsabilità di per sé legata all'errore individuale, ma identificando una o più cause che riconducono alla criticità del sistema.

Infatti, nonostante, nell'eventualità che si sia effettivamente verificato un evento dannoso rilevante (lesioni personali gravi – gravissime, morte), la magistratura abbia iniziato ad acquisire anche atti documentali sull'attività di risk management, che in realtà, non riguarda mai una valutazione di tipo medico legale in tema di responsabilità professionale, il corretto espletamento dell'analisi sul rischio clinico ha un valore aggiunto di verifica sul sistema-processo, non evidenziando responsabilità dirette.

Ciò sta a significare che, qualora il risk manager, ravveda nella fase di pre-audit una condotta riconducibile a responsabilità dirette, piuttosto che a problematiche di carattere clinico-organizzativo, deve indirizzare l'analisi del caso verso procedure che prevedano la valutazione medico-legale, con relativa sospensione dell'audit tipico del risk management.

Conclusioni. In quest'ottica l'Audit di risk management, opportunamente e tecnicamente condotto, si rivela essere strumento oggettivo di analisi con intrinseche potenzialità di rimodellamento dell'organizzazione, orientato a garantire un'immagine pubblica positiva e rassicurante del mondo sanitario.

A questo fine la Direzione Sanitaria di Presidio deve favorire tale tipologia d'innovazione, che, tra l'altro, va cercata e costruita con forza, dedizione ed entusiasmo, abbandonando l'atteggiamento "burocratico" dell'incident reporting e favorendo ogni tipo d'azione che garantisca trasparenza e sicurezza nelle cure.

ORGANIZZAZIONE DEL TRASPORTO SECONDARIO NEL PRESIDIO OSPEDALIERO E. BASSINI

Ardini A¹, Di Marino O², Bonazzi M³, Maisano P⁴

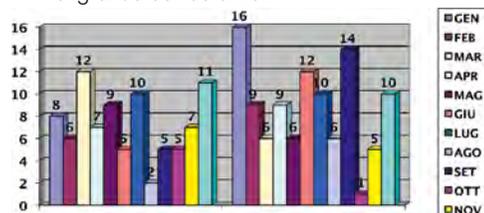
¹Medico igienista Direzione Medica, ² Direttore di Presidio, ³Medico Anestesia e Rianimazione, ⁴Medico Responsabile Anestesia e Rianimazione. – Presidio Bassini, Cinisello B. (MI) - A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento Milano

Parole chiave: trasporto secondario, urgenza, convenzione.

Introduzione. Il trasporto secondario protetto di un paziente ovvero il trasferimento di un paziente da un ospedale all'altro per accertamenti, terapie o ricovero che rivestano carattere di emergenza o urgenza rappresenta una parte importante dell'attività di un ospedale di medie dimensioni che non disponga al suo interno di competenze specialistiche nella gestione del paziente critico quali la neurochirurgia, la cardiocirurgia o la radiologia interventistica.

Vengono di seguito illustrati i dati relativi ai trasporti secondari protetti svoltisi nel corso del 2011 all'ospedale Bassini di Cinisello Balsamo, che è sede di DEA ed è ospedale di riferimento per un bacino di utenza di oltre 142000 abitanti.

Contenuti. Nel corso del 2011 sono stati registrati nel database della Terapia Intensiva 107 trasporti secondari avvenuti con la presenza del rianimatore (87 nel 2010: +22%) con la distribuzione mensile indicata nel grafico sottostante.



L'impegno complessivo è risultato di 162 ore; la durata media dei trasporti è stata di 91 min (45 – 420 min) 31 trasporti (29%) sono avvenuti nelle ore notturne (20-8); 11 nei week-end (10%)

Distribuzione dei trasporti secondari in base al reparto di origine:

- 57 trasporti dal PS (53.2%)
- 27 trasporti dalla Terapia Intensiva (25.2%)
- 14 trasporti dal Dipartimento Medico (13%)
- 5 trasporti dall'UCC (4.6%)
- 2 trasporti dal Dipartimento Chirurgico (1.8%)
- 1 trasporto dalla Pediatria (0.9%)
- 1 trasporto dalla Fisiatria (0.9%)

Dei 57 trasporti da P.S. 21 (36.8%) hanno avuto come destinazione l'area neurochirurgica (NCH – Neurorianimazione – Neuroradiologia); 13 (22.8%) altra Terapia Intensiva; 8 (14%) l'area Cardiocirurgia.

Conclusioni. Il trasporto secondario protetto rappresenta un'evenienza frequente anche in un contesto territoriale caratterizzato da un'elevata densità di strutture ospedaliere qual è l'area metropolitana milanese e pone non pochi problemi soprattutto per quanto riguarda la tempestività del trasferimento: non è sempre facile infatti reperire in tempi adeguati strutture sanitarie disponibili.

La individuazione a priori di strutture specialistiche di riferimento, in particolare neurochirurgia e cardiocirurgia, la preliminare definizione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e l'attuazione di collegamenti in rete che permettano la trasmissione dell'imaging possono rappresentare altrettante opportunità per rendere più efficace il trasporto secondario protetto, con l'istituzione di una convenzione tra Aziende Ospedaliere ad hoc.



ORGANIZZAZIONE DEL TRASPORTO SECONDARIO NEL PRESIDIO OSPEDALIERO E. BASSINI

Ardini A¹, Di Marino O², Bonazzi M³, Maisano P⁴
¹Medico igienista Direzione Medica, ² Direttore di Presidio, ³Medico Anestesia e Rianimazione, ⁴Medico Responsabile Anestesia e Rianimazione.
 Presidio Bassini, Cinisello B. (MI) - A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento Milano



Presidio Edoardo Bassini, Cinisello B. (MI)
 Direttore Oscar Di Marino
 A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento Milano

Introduzione

Il trasporto secondario protetto di un paziente ovvero il trasferimento di un paziente da un ospedale all'altro per accertamenti, terapie o ricovero che rivestano carattere di emergenza o urgenza rappresenta una parte importante dell'attività di un ospedale di medie dimensioni che non disponga al suo interno di competenze specialistiche nella gestione del paziente critico quali la neurochirurgia, la cardiocirurgia o la radiologia interventistica.

Vengono di seguito illustrati i dati relativi ai trasporti secondari protetti svoltisi nel corso del 2011 all'ospedale Bassini di Cinisello Balsamo, che è sede di DEA ed è ospedale di riferimento per un bacino di utenza di oltre 142000 abitanti



Materiali e metodi

Il trasporto viene gestito dal Medico rianimatore reperibile nelle fasce orarie di reperibilità (giorni feriali: ore 20-8; festivi: H 24) attivato dal Medico rianimatore di guardia al numero telefonico affisso nello studio rianimatori del reparto di TI; dal 2° Rianimatore di guardia nelle ore in cui non è prevista la reperibilità; da un Infermiere chiamato in reperibilità e che deve raggiungere l'ospedale entro 30 min.

Risorse minime strumentali e ubicazioni:

- Monitor da trasporto e ventilatore in dotazione al Centro Mobile di Rianimazione (CMR)
- Zaino Emergenza del PS (più farmaci nel frigorifero)
- Zaino Emergenza per rianimazione pediatrica e busta del bimbometro situati nell'armadio del magazzino apparecchiature in Rianimazione
- Bombola O2 in dotazione al CMR
- Scheda di accompagnamento

ZAINO TRASPORTI



Risultati

Nel corso del 2011 sono stati registrati nel database della Terapia Intensiva 107 trasporti secondari avvenuti con la presenza del rianimatore (87 nel 2010: +22% - Fig.1). L'impegno complessivo è risultato di 162 ore; la durata media dei trasporti è stata di 91 min (45 – 420 min)

Nel corso del 2011 sono stati registrati nel database della Terapia Intensiva 107 trasporti secondari avvenuti con la presenza del rianimatore (87 nel 2010: +22%) con la distribuzione mensile indicata nel grafico sottostante. L'impegno complessivo è risultato di 162 ore; la durata media dei trasporti è stata di 91 min (45 – 420 min)

31 trasporti (29%) sono avvenuti nelle ore notturne (20-8); 11 nei week-end (10%)

Distribuzione dei trasporti secondari in base al reparto di origine:

- 57 trasporti dal PS (53.2%)
- 27 trasporti dalla Terapia Intensiva (25.2%)
- 14 trasporti dal Dipartimento Medico (13%)
- 5 trasporti dall'UCC (4.6%)
- 2 trasporti dal Dipartimento Chirurgico (1.8%)
- 1 trasporto dalla Pediatria (0.9%)
- 1 trasporto dalla Fisiatria (0.9%)

Dei 57 trasporti da P.S. 21 (36.8%) hanno avuto come destinazione l'area neurochirurgica (NCH – Neurorianimazione – Neuroradiologia); 13 (22.8%) altra Terapia Intensiva; 8 (14%) l'area Cardiocirurgia.

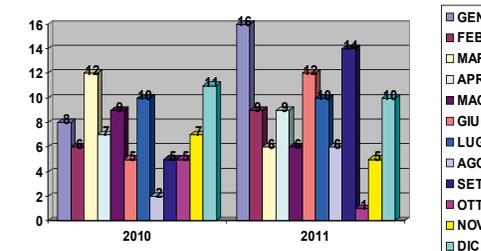


Fig. 1 numero trasporti dal 2010 al 2011

Conclusioni

Il trasporto secondario protetto rappresenta un'evenienza frequente anche in un contesto territoriale caratterizzato da un'elevata densità di strutture ospedaliere qual è l'area metropolitana milanese e pone non pochi problemi soprattutto per quanto riguarda la tempestività del trasferimento: non è sempre facile infatti reperire in tempi adeguati strutture sanitarie disponibili.

La individuazione a priori di strutture specialistiche di riferimento, in particolare neurochirurgia e cardiocirurgia, la preliminare definizione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e l'attuazione di collegamenti in rete che permettano la trasmissione dell'imaging possono rappresentare altrettante opportunità per rendere più efficace il trasporto secondario protetto, con l'istituzione di una convenzione tra Aziende Ospedaliere ad hoc.



SAFETY VEST NELLA GESTIONE DEL FARMACO. L'ESPERIENZA NELL'OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA DI TORINO

D. Tangolo°, M. Martinese**, L. Odetto°°

° S.C. Qualità, Comunicazione e URP Azienda Ospedaliera Regina Margherita- Sant'Anna, Torino; ** Medico in formazione specialistica in Igiene, Università di Torino; °° Coordinatore infermieristico Dipartimento Chirurgia Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Parole chiave: Sicurezza del farmaco, Somministrazione farmaco, ospedale pediatrico.

Introduzione. Una corretta gestione dell'utilizzo dei farmaci rappresenta una priorità nell'ambito del percorso assistenziale del paziente pediatrico e della sua sicurezza; ed infatti ha assunto particolare rilievo nell'ambito del progetto di ricerca ministeriale sulla "sicurezza in pediatria". Numerosi documenti prodotti dal Ministero della Salute hanno affrontato il tema della "Sicurezza del Farmaco" con una particolare attenzione alle fasi di preparazione e somministrazione del farmaco. In letteratura il processo della terapia rappresenta infatti il momento maggiormente critico, in grado di provocare gravi conseguenze sui pazienti ricoverati in particolar modo in ambito pediatrico. I bambini risultano esposti ad errori di terapia potenzialmente dannosi più degli adulti, e la maggior parte degli errori sono consecutivi alle interruzioni subite dagli infermieri durante la preparazione e somministrazione della terapia. Tali interruzioni sono solitamente causate dai genitori dei bambini, dal personale sanitario (infermieri e medici) e da telefonate ricevute.

Contenuti. Al fine di aumentare i livelli di sicurezza nella fase di preparazione del farmaco, nonché di ridurre le interferenze da parte dei familiari e di altri professionisti sanitari, nel Gennaio 2012 è stato avviato il progetto "Preparazione Sicura dei farmaci in reparto" presso il Dipartimento Chirurgia dell'Ospedale Pediatrico OIRM. Tale progetto è stato strutturato in due fasi fondamentali:

- identificazione di un locale adibito alla sola preparazione dei farmaci dotato di segnaletica chiara ed evidente di divieto all'utilizzo di telefoni portatili durante la fase di preparazione;
- identificazione del professionista addetto alla preparazione del farmaco tramite un indumento distintivo. Tale indumento, corrispondente ad un giubbotto di colore evidente contrassegnato dalla scritta "Preparazione farmaci – Non disturbare", identifica l'infermiere che lo indossa agli occhi del paziente, dei familiari e del restante personale sanitario, come una figura momentaneamente dedicata a tale attività, a cui nessuno può rivolgersi se non in caso di emergenza.

È stata inoltre predisposta una segnaletica ad hoc che consente ai familiari di identificare le figure addette alla preparazione e somministrazione dei farmaci.

Conclusioni. Tale progetto è attualmente in fase di sperimentazione e sarà effettuata una verifica di adesione alla procedura, in particolare durante le fasce orarie diurne identificate a maggior rischio. Al termine della fase sperimentale della durata di sei mesi, è previsto il consolidamento della prassi con l'estensione a tutto il presidio ospedaliero. L'adozione di tali comportamenti uniformi e sicuri eviterà quindi nel tempo di sottoporre il paziente pediatrico ad ulteriori rischi e la creazione di un setting protetto porterà ad una condizione di maggior tranquillità lavorativa per tutto il personale infermieristico.

Safety vest nella gestione del farmaco. L'esperienza nell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino

D.Tangolo°, M.Martinese**, L.Odetto°°

° S.C. Qualità, Comunicazione e URP Azienda Ospedaliera Regina Margherita- Sant'Anna, Torino
** Medico in formazione specialistica in Igiene, Università di Torino
°° Coordinatore infermieristico Dipartimento Chirurgia Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino



Una corretta gestione dell'utilizzo dei farmaci rappresenta una priorità nell'ambito del percorso assistenziale del paziente pediatrico e della sua sicurezza. Numerosi documenti prodotti dal Ministero della Salute hanno affrontato il tema della "Sicurezza del Farmaco" con un'ampia attenzione per le fasi di preparazione e somministrazione del farmaco

I bambini risultano esposti ad errori di terapia potenzialmente dannosi e la maggior parte degli errori sono consecutivi alle interruzioni subite dagli infermieri durante la preparazione e somministrazione della terapia.

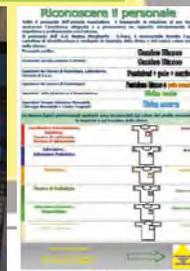
Nel Gennaio 2012 è stato avviato il progetto "Preparazione Sicura dei farmaci in reparto" presso il Dipartimento Chirurgia dell'Ospedale Pediatrico OIRM

Due fasi fondamentali

Identificazione di un **locale adibito** alla sola preparazione dei farmaci dotato di **segnaletica chiara ed evidente** di divieto all'utilizzo di telefoni portatili durante la fase di preparazione



Un indumento distintivo corrispondente ad un giubbotto di colore evidente contrassegnato dalla scritta "**Preparazione farmaci – Non disturbare**". L'infermiere che lo indossa è una figura momentaneamente dedicata a tale attività, a cui nessuno può rivolgersi se non in caso di emergenza. E' stata inoltre predisposta una segnaletica che consente ai familiari di identificare le figure addette alla preparazione e somministrazione dei farmaci



Il progetto è attualmente in fase di sperimentazione e sarà effettuata una verifica di adesione alla procedura, in particolare durante le fasce orarie diurne identificate a maggior rischio. Al termine della fase sperimentale della durata di sei mesi, è previsto il consolidamento della prassi con l'estensione a tutto il presidio ospedaliero.

REVISIONE DEL PROCESSO DI PREOSPEDALIZZAZIONE: INSIEME AI CLINICI VERSO QUALITÀ E APPROPRIATEZZA

Venditti A*, Sadun B**, Bartolozzi F.*

* Area Percorsi dei Pazienti e Risk Management, Direzione Sanitaria, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico Roma; ** Win-Win HealthCare s.r.l.

Parole chiave: preospedalizzazione, audit, indicatori.

Introduzione. Il termine di "preospedalizzazione" indica una fase di accesso del paziente all'interno di una struttura sanitaria atta all'effettuazione delle prestazioni finalizzate a valutare l'idoneità del paziente ad essere sottoposto ad un intervento chirurgico. Il percorso di preospedalizzazione è iniziato presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma nel 2001. Dal 2007 è stata aperta la nuova sede, sono aumentate le specialità chirurgiche e i posti letti, ma non si era mai proceduto ad una revisione del processo di preospedalizzazione, che nel frattempo era diventata una attività omnicomprensiva che spesso coincideva con la fase diagnostica o terapeutica delle eventuali comorbidità del paziente, generando pertanto un uso non efficace né efficiente delle risorse.

Contenuti. Per revisionare l'intera procedura si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da medici specialisti in anestesia, cardiologia e chirurgia generale, con il supporto metodologico della Direzione Sanitaria e della caposala del Poliambulatorio, attraverso la revisione delle più recenti linee guida nazionali ed internazionali. Il gruppo di lavoro è riuscito ad identificare una serie di abitudini non corrette prese nel corso degli anni e in particolare ha identificato:

- nella valutazione congiunta chirurgo/anestesista il vero momento fondante del processo di preospedalizzazione che esita in un codice colore (verde=operabile; giallo= necessità consulenze; rosso=paziente non operabile al momento);
- una serie di indicatori di processo e di esito che verranno forniti su base mensile ad ogni area clinica e sulla base dei quali provvedere anche alla distribuzione delle risorse (ovvero dei posti di preospedalizzazione disponibili);
- un abbattimento del costo medio degli esami di preospedalizzazione del 50% con un evidente miglioramento dell'efficienza;
- la sperimentazione di una valutazione infermieristica pre-operatoria da affiancare alla valutazione chirurgica.

La prima bozza di procedura così elaborata è stata sottoposta a tutte le aree chirurgiche con cui sono state effettuate riunioni personalizzate al fine di verificare la fattibilità della procedura e giungere ad un'ultima versione condivisa.

Un lavoro a parte è stato fatto con tutta la divisione di cardiologia per identificare attraverso un Audit monospécialistico a partire dalla casistica storica delle linee guida condivise sugli eventuali esami cardiologici da richiedere in preospedalizzazione.

Conclusioni. La valutazione preoperatoria costituisce un importante strumento in grado di garantire l'efficacia dell'intervento chirurgico, la minimizzazione del rischio per il paziente nonché l'efficienza nella gestione dei ricoveri tramite la diminuzione della durata di degenza. La revisione del processo di preospedalizzazione permette da un lato di rendere più efficiente ed efficace il sistema, adeguandolo alle più recenti linee guida internazionali, dall'altra consente un processo tailor-made in grado di rispondere in tempo reale alle differenti esigenze che nascono con ogni area clinica.



UNIVERSITÀ CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

38° Congresso Nazionale ANMDO
Torino 2-4 maggio 2012



Revisione del processo di preospedalizzazione: insieme ai clinici verso qualità e appropriatezza

Venditti A*, Sadun B**, Bartolozzi F.*

* Area dei Percorsi dei Pazienti e Risk Management, Direzione Sanitaria, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
** Win-Win HealthCare s.r.l.
Contatti: f.bartolozzi@unicampus.it sadun@winwinhc.it
Parole Chiave: preospedalizzazione, audit, indicatori di qualità

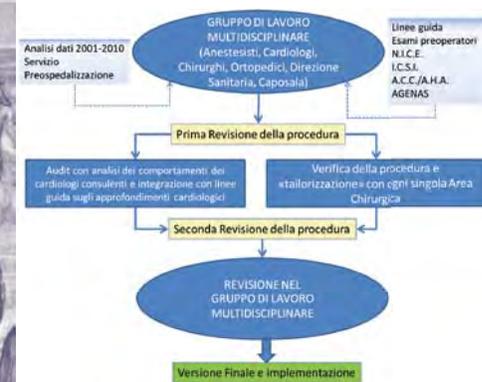
Introduzione

Il termine di "preospedalizzazione" indica una fase di accesso del paziente all'interno di una struttura sanitaria atta all'effettuazione delle prestazioni finalizzate a valutare l'idoneità del paziente ad essere sottoposto ad un intervento chirurgico. Il percorso di preospedalizzazione è iniziato presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma nel 2001. Dal 2007 è stata aperta la nuova sede, sono aumentate le specialità chirurgiche e i posti letti, ma non si era mai proceduto ad una revisione del processo di preospedalizzazione, che nel frattempo era diventata una attività omnicomprensiva che spesso coincideva con la fase diagnostica o terapeutica delle eventuali comorbidità del paziente, generando pertanto un uso non efficace né efficiente delle risorse.

In particolare i punti di forza della nuova procedura sono:

- la **valutazione congiunta chirurgo/anestesista** che rappresenta il vero momento fondante del processo di preospedalizzazione esitando in un **codice colore** (verde=operabile; giallo= necessità consulenze; rosso=paziente non operabile al momento);
- una serie di **indicatori di processo e di esito** che verranno forniti su base mensile ad ogni area clinica e sulla base dei quali provvedere anche alla distribuzione delle risorse (ovvero dei posti di preospedalizzazione disponibili);
- un **abbattimento del costo medio** degli esami di preospedalizzazione del 50% con un evidente miglioramento dell'efficienza;
- la sperimentazione di una **valutazione infermieristica pre-operatoria** da affiancare alla valutazione chirurgica.

La prima bozza di procedura così elaborata è stata sottoposta a tutte le aree chirurgiche con cui sono state effettuate riunioni personalizzate al fine di verificare la fattibilità della procedura e giungere ad un'ultima versione condivisa, identificando eventuali esami aggiuntivi da richiedere sulla base del tipo di intervento previsto. Un lavoro a parte è stato fatto con tutta la divisione di cardiologia: era stata notata una discrepanza di comportamento fra i vari cardiologi chiamati in consulenza nel corso della preospedalizzazione. Attraverso un Audit monospécialistico a partire dalla casistica storica degli ultimi 2 anni sono state elaborate delle linee guida aziendali condivise sugli eventuali esami cardiologici da richiedere in preospedalizzazione.



Contenuti

Per revisionare l'intera procedura si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da medici specialisti in anestesia, cardiologia e chirurgia generale, con il supporto metodologico della Direzione Sanitaria e della caposala del Poliambulatorio, attraverso la revisione delle più recenti linee guida nazionali ed internazionali. Il gruppo di lavoro è riuscito ad identificare una serie di abitudini non corrette prese nel corso degli anni e ha identificato alcune soluzioni

Indicatore	Obiettivo	Standard	Fonte dei dati
n. di pazienti verdi al momento del ricovero rivalutati durante la degenza	Outcome della preospedalizzazione: la rivalutazione fatta il giorno prima dell'intervento modifica la valutazione di preosp	< 10%	Cartelle cliniche a campione
n. di problemi avuti /near miss in sala con l'anestesia	Vedere quanti problemi potevano essere prevenuti o sono stati prevenuti dalla preospedalizzazione	- -	Incident reporting e analisi di c.c.
Intervallo di tempo preosp-ricovero	Identificare la corretta relazione fra la programmazione della preosp e del ricovero	Media di 10-15 giorni	SIO
n. di pazienti in lista operatoria senza preosp eseguita	Outcome organizzativo: la preospedalizzazione viene usata?	<5% degli interventi elettivi	SIO
n. di pazienti che seguono la linea guida per la richiesta di esami	Efficacia della LG	95% delle preospedalizzazioni	SIO
n. di pazienti che seguono la linea guida per gli accertamenti cardiologici	Efficacia delle LG	90% delle preospedalizzazioni con richiesta consulenza cardiologica	Controllo documentazione

Conclusioni

La valutazione preoperatoria costituisce un importante strumento in grado di garantire l'efficacia dell'intervento chirurgico, la minimizzazione del rischio per il paziente nonché l'efficienza nella gestione dei ricoveri tramite la diminuzione della durata di degenza. La revisione del processo di preospedalizzazione permette da un lato di rendere più efficiente ed efficace il sistema, adeguandolo alle più recenti linee guida internazionali, dall'altra consente un processo tailor-made in grado di rispondere in tempo reale alle differenti esigenze che nascono con ogni area clinica.

GESTIONE PAZIENTI PROVENIENTI DA DEA NECESSITANTI DI RICOVERO: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE MAURIZIANO

Vigna I*, Soragna A°, Mitola B*, Vitale A*, Borsotti M***, Malvasio P**

* Dirigente Medico S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero; ** Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero; *** Direttore Sanitario d'Azienda; ° Direttore S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza – A.O. Ordine Mauriziano – Ospedale Umberto I di Torino

Parole chiave: DEA, percorso pazienti, gestione posti letto.

Introduzione. L'afflusso dei pazienti in DEA non è programmabile, né per quantità, né per tipologia di necessità di assistenza. Presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Mauriziano vengono accolti in media 159 pazienti ogni giorno (2011 passaggi=58.145). Normalmente vi è un afflusso più ridotto il sabato (passaggi medi primi 50 giorni anno 2012=145) e la domenica (passaggi medi primi 50 giorni anno 2012=133). Nel corso della settimana invece la media di passaggi è pari a 170 passaggi/die, con punte di 190-200. Nel 2011 il 10,1% dei pz ha necessitato di ricovero (5.942 pz) e il 3% di osservazione assistita (1.709 pz). Il PS è organizzato in aree a differente priorità clinica (rossa, giallo-verde, bianca) più un'area di traumatologia e dispone di un servizio di radiodiagnostica; al PS si aggiungono un'area semintensiva ed una di OBI-Osservazione Breve Intensiva.

Contenuti. Le ipotesi organizzative volte a ottimizzare il percorso di assistenza e di ricovero dei pazienti provenienti da DEA verso i reparti di degenza dell'AO hanno previsto una serie provvedimenti, intrapresi per far fronte ai picchi di afflusso e per ridurre i tempi medi di attesa per visita medica e i tempi medi di ricovero da PS, tra i quali:

- ridiscussione/ridefinizione di regole organizzative condivise tra PS e degenze per migliorare i tempi di ricovero; partendo dalla valutazione delle necessità in termini di posti letto, suddivise per stagionalità e per specialità di competenza, sulla base del trend storico;
- ri-puntualizzazione circa la necessità di pianificare la dimissione all'ingresso del paziente, al fine di aumentare il turn over, anche grazie alla presa in carico del Servizio di Continuità Assistenziale e del GdL Dimissioni Difficili;
- analisi dei problemi correlati a possibili ritardi nella consegna dei referti radiologici e introduzione della firma digitale, per ridurre il tempo di permanenza del paziente in PS;
- formazione di gruppo di operatori che effettuano accoglienza e orientamento dell'utenza, in arrivo in PS (in collaborazione con gruppo di volontari);
- analisi dei motivi di invio in PS dagli ambulatori ospedalieri e/o dei ritorni in PS, con avvio individuazione modalità organizzative alternative;
- attivazione di GdL multiprofessionale e multidisciplinare "Contatti di Cura-Ricoveri inappropriati", che studia le modalità di assistenza intraospedaliera alternative al ricovero per pazienti con patologie croniche;
- nei momenti di particolare criticità sospensione dei ricoveri programmati di area medica e l'occupazione di posti letto di area chirurgica con pazienti di competenza medica;
- bando per la selezione pubblica di MMG per la gestione in PS dell'area codici bianchi.

Conclusioni. Il PS è per sua natura un ambiente complesso e molto mutabile nel tempo. Pertanto è pressoché impossibile pensare di intraprendere provvedimenti che risolvano in maniera definitiva, certa e stabile le problematiche individuate.

Quindi è necessario rivalutare continuamente i fattori che modificano la richiesta di assistenza (variabilità del numero degli accessi determinato dalla stagionalità e dagli eventi epidemici, l'apporto del territorio in termini di accoglienza nelle strutture socio assistenziali e dei MMG,...) e modificare l'organizzazione che deve supportare tale richiesta. In questa continua flessibilità e nella capacità di proporre nuove soluzioni si gioca il ruolo della Direzione Medica di Presidio, che deve anche garantire il rispetto delle esigenze di tutte le componenti coinvolte.



Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino

La gestione dei pazienti provenienti da DEA e necessitanti di ricovero: l'esperienza dell'Ospedale Mauriziano

Vigna I. *, Soragna A. °, Mitola B. *, Vitale A. *, Borsotti M. ***, Malvasio P. **

* Dirigente Medico S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
** Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
*** Direttore Sanitario d'Azienda
° Direttore S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza
A.O. Ordine Mauriziano – Torino

INTRODUZIONE

Il bisogno di assistenza e le modalità di afflusso

Presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino si presentano in media 159 pazienti ogni giorno (anno 2011 n° passaggi = 58.145). Normalmente vi è un afflusso più ridotto nelle giornate di sabato (passaggi medi nei primi 50 giorni dell'anno 2012 = n°145) e della domenica (passaggi medi nei primi 50 giorni dell'anno 2012 = n°133). Nel corso della settimana invece la media di passaggi è pari a n° 170 passaggi/die, con punte di n°190-200 passaggi giornalieri.

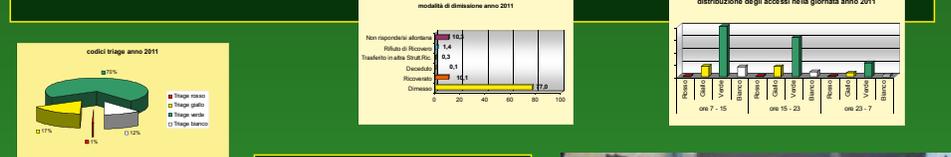
Nel corso dell'anno 2011 il 10,1% dei pazienti ha necessitato di ricovero (n° 5.942 pazienti) e circa il 3% di osservazione assistita (n° 1.709 pazienti).

L'organizzazione

Il Pronto Soccorso è organizzato in aree a differente priorità clinica: area rossa, area giallo-verde, area bianca. E' altresì presente un'area dedicata alla traumatologia e alla radiodiagnostica e un'area di Osservazione Breve Intensiva (OBI).

In considerazione del differente afflusso tra giorni feriali e giorni festivi, è programmata una diversa modalità organizzativa che, senza mai inficiare la tempestiva risposta all'emergenza-urgenza, prevede la disponibilità di una postazione per codici verdi in meno nelle giornate festive e di sabato e domenica. E' tuttavia possibile una riorganizzazione interna che, qualora l'afflusso dell'utenza in tali giornate si dimostri eccedente la norma, prevede la possibilità di ri-attivazione almeno per una parte della giornata della postazione per codici verdi.

Nel corso dei giorni feriali se, a fronte di tre postazioni per codici verdi/gialli normalmente attive, il medico capo turno del Pronto Soccorso evidenzia un numero di pazienti in attesa di visita medica > 20 persone o un'attesa media per pazienti con codice verde > 120 minuti, egli verificata la situazione dell'area rossa e dell'OBI definisce l'attivazione di un'ulteriore postazione di visita per i codici verdi/gialli.



OBIETTIVO

Ottimizzare il percorso di assistenza e di ricovero dei pazienti provenienti da DEA verso i reparti di degenza dell'Azienda Ospedaliera per far fronte ai picchi di afflusso, per ridurre i tempi medi di attesa sia per visita medica sia per ricovero da PS



PROVVEDIMENTI INTRAPRESI

- ridiscussione e ridefinizione di regole organizzative condivise tra PS e aree di degenza per migliorare la tempestività di ricovero;
- ri-puntualizzazione alle aree di degenza, circa la necessità di pianificare la dimissione all'ingresso del paziente, al fine di aumentare il turn over;
- analisi dei problemi correlati a possibili ritardi nella consegna dei referti radiologici e loro soluzione, in modo da poter ridurre il tempo di permanenza del paziente in PS;
- definizione di un gruppo di operatori che effettuano accoglienza e orientamento dell'utenza in arrivo in PS (in collaborazione con gruppo di volontari);
- definizione di un meccanismo organizzativo che prevede la possibilità di attivazione di una postazione visita in più, in caso di necessità, variando l'organizzazione interna del PS-DEA;
- analisi dei motivi di invio in PS dagli ambulatori ospedalieri e/o dei ritorni in PS, con avvio individuazione modalità organizzative alternative;
- gruppo di lavoro per individuazione modalità di assistenza alternative al ricovero per pazienti con patologie croniche (es. scompenso cardiaco, bpc, ecc.);
- periodica sospensione dei ricoveri programmati di area medica;
- occupazione di posti letto di area chirurgica con pazienti di competenza medica, con conseguente riduzione dell'attività chirurgica programmata;
- pubblicazione di un bando per la selezione pubblica di MMG per la gestione in PS dell'area codici bianchi.

CONCLUSIONI

Il PS è per sua natura un ambiente complesso e molto mutabile nel tempo. Pertanto è pressoché impossibile pensare di intraprendere provvedimenti che risolvano in maniera definitiva, certa e stabile le problematiche individuate. Quindi è necessario rivalutare continuamente i fattori che modificano la richiesta di assistenza (variabilità del numero degli accessi determinato dalla stagionalità e dagli eventi epidemici, l'apporto del territorio in termini di accoglienza nelle strutture socio assistenziali e dei MMG,...) e modificare l'organizzazione che deve supportare tale richiesta. In questa continua flessibilità e nella capacità di proporre nuove soluzioni si gioca il ruolo della Direzione Medica di Presidio, che deve anche garantire il rispetto delle esigenze di tutte le componenti coinvolte.

DISTRIBUZIONE CENTRALIZZATA DEI MEDICINALI ALLA DIMISSIONE: ATTIVITÀ INTEGRATA NEI PDTA

Fruttero C°, Fazzina G^{°°°}, Marengo C^{°°°}, Gasco AL^{°°}, Vigna I*, Mitola B*, Borsotti M^{***}, Malvasio P^{**}, Vitale A*

*Dirigente Medico S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero; **Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero; ***Direttore Sanitario d'Azienda; ° Dirigente Farmacista S.C. Farmacia Ospedaliera; °° Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera; °°° Collaboratore Farmacista S.C. Farmacia Ospedaliera – A.O. Ordine Mauriziano – Torino

Parole chiave: distribuzione diretta, medicinali, integrazione PDTA.

Introduzione. La Distribuzione Diretta (DD) del I ciclo di terapia farmacologica, atto assistenziale conclusivo del PDTA del paziente, è appropriato sia svolta in modo centralizzato dalla Farmacia Ospedaliera (FO) di ogni ASR, in locali dedicati (L.405/2001; Piemonte: DGR44-1615-28/02/2011, DD235-31/03/2011) per “accompagnare” (profilo farmacologico) il paziente nel percorso verso il domicilio e per monitorare l’appropriatezza delle prescrizioni specialistiche/rispetto normative. Presso l’AOOM, fino all’anno 2010, si aveva una distribuzione diretta ai pazienti in dimissione non monitorizzata in termini di appropriatezza ed effettuata prevalentemente dai reparti, senza tracciabilità informatica di quanto consegnato.

Obiettivi:

- centralizzare DD in FO;
- ottimizzare gestione farmaco nella fase di dimissione del paziente, migliorando accessibilità pazienti alla DD;
- incrementare n° prescrizioni alla dimissione/tracciabilità informatica;
- promuovere uso appropriato FileF;
- promuovere/monitorare appropriatezza prescrittiva dei medicinali prima della consegna della terapia al paziente;
- valutare servizio offerto dall’AO (customer satisfaction).

Contenuti. Sono stati analizzati i dati aziendali relativi alla DD del I semestre 2011 (n° terapie prescritte in dimissione/n° terapie distribuite), identificando aree critiche/inadempienti alla normativa vigente.

Da condivisione/discussione tra FO, DMPO e Dipartimenti clinici dei dati ottenuti si è stabilito di: 1) (in)formare personale sanitario di Dipartimenti in cui prescrizione terapie alla dimissione era carente, con divulgazione della normativa; 2) identificare possibili soluzioni/strategie operative per promuovere DD centralizzata in ospedale (modifiche del sistema informatico aziendale, identificazione requisiti strutturali-impiantistici-tecnologici del locale distribuzione, modalità organizzative/risorse umane dedicabili, percorso pazienti, logistica dei medicinali); 3) effettuare audit su DD attraverso indagine soddisfazione pazienti (questionario di gradimento)

Conclusioni. Si è modificato il sistema informatico aziendale per integrare fase prescrittiva con effettiva distribuzione, sulla base di rimborsabilità/PTO:

- elaborata modulistica cartacea per verifica di corrispondenza tra prescritto e consegnato;
- identificata location strategica per DD (piano terra, in corridoio >passaggio dei pazienti) con dotazioni strutturali, impiantistiche e tecnologiche adeguate;
- definita organizzazione DD (1 farmacista sempre presente dalle 9 alle 17, 6 farmaciste turnanti).

Dal 6/6 al 31/12/2011 sono stati distribuiti 3400 cicli terapeutici.

A 6 mesi dall’inizio dell’attività, gli obiettivi attesi sono stati raggiunti (incremento delle prescrizioni pazienti dimessi =60,64% con recupero=14,09%, rispetto al periodo pre-attivazione).

La centralizzazione della DD presso l’AOOM, avvenuta in un contesto di multidisciplinarietà e integrazione delle conoscenze, ha consentito all’AO di ottemperare alla normativa vigente nei tempi previsti dalla Regione. Dai risultati dell’indagine customer satisfaction (grado di soddisfazione molto elevato=94,25%) e dai risultati economici (incremento valore terapie distribuite II semestre 2011 vs I semestre 2011=10%), si deduce che la DD vada intesa, non solo come strumento per razionalizzare/contenere spesa farmaceutica, ma anche per garantire massima capillarità per l’accesso dei cittadini al servizio, nel rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva.



Distribuzione centralizzata dei medicinali alla dimissione: attività integrata nei PDTA



Fruttero C°, Fazzina G^{°°°}, Marengo C^{°°°}, Gasco AL^{°°}, Vigna I*, Mitola B*, Borsotti M^{***}, Malvasio P^{**}, Vitale A*

*Dirigente Medico S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, **Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, ***Direttore Sanitario d'Azienda

° Dirigente Farmacista S.C. Farmacia Ospedaliera, °° Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera, °°° Collaboratore Farmacista S.C. Farmacia Ospedaliera

Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano - Torino

avitale@mauriziano.it
ofruttero@mauriziano.it

Parole chiave: distribuzione diretta, medicinali, integrazione

Introduzione

La Distribuzione Diretta (DD) del I ciclo di terapia farmacologica, atto assistenziale conclusivo del PDTA del paziente, è appropriato sia svolta in modo centralizzato dalla Farmacia Ospedaliera (FO) di ogni ASR, in locali dedicati (L.405/2001; Piemonte: DGR44-1615-28/02/2011, DD235-31/03/2011) per “accompagnare”, dal punto di vista del profilo farmacologico, il paziente nel percorso verso il domicilio e per monitorare appropriatezza di prescrizioni specialistiche/rispetto normative. Presso l’AOOM, fino all’anno 2010, si aveva una distribuzione diretta dei medicinali ai pazienti in dimissione non monitorizzata in termini di appropriatezza, centralizzata/effettuata da reparti senza tracciabilità informatica di quanto consegnato.

Obiettivi:

1. centralizzare DD in FO
2. ottimizzare gestione farmaco in dimissioni del paziente, migliorando accessibilità pazienti alla DD
3. incrementare n° prescrizioni alla dimissione/tracciabilità informatica
4. promuovere uso appropriato FileF
5. promuovere/monitorare appropriatezza prescrittiva dei medicinali prima della consegna della terapia al paziente
6. valutare servizio offerto dall’AO (customer satisfaction)

Contenuti

Sono stati analizzati i dati aziendali relativi alla DD del I semestre 2011 (n° terapie prescritte in dimissione/n° terapie distribuite), identificando aree critiche/inadempienti alla normativa vigente.

Da condivisione/discussione tra FO, DMPO e Dipartimenti clinici dei dati ottenuti si è stabilito di:

- (in)formare personale sanitario di Dipartimenti in cui prescrizione terapie alla dimissione era carente, con divulgazione della normativa
- identificare possibili soluzioni/strategie operative per promuovere DD centralizzata in ospedale (modifiche del sistema informatico aziendale, identificazione requisiti strutturali-impiantistici-tecnologici del locale distribuzione, modalità organizzative/risorse umane dedicabili, percorso pazienti, logistica dei medicinali)
- effettuare audit su DD attraverso indagine soddisfazione pazienti (questionario di gradimento)

Conclusioni

Si è:

- modificato il sistema informatico aziendale per integrare fase prescrittiva con effettiva distribuzione, sulla base di rimborsabilità/PTO
- elaborata modulistica cartacea per verifica di corrispondenza tra prescritto e consegnato
- identificata location strategica per DD (piano terra, in corridoio >passaggio dei pazienti) con dotazioni strutturali, impiantistiche e tecnologiche adeguate
- definita organizzazione DD (1 farmacista sempre presente dalle 9 alle 17, 6 farmaciste turnanti)

Dal 6/6 al 31/12/2011 sono stati distribuiti 3400 cicli terapeutici.

I dati complessivi sono poi stati analizzati e scorpati per:

- n° prescrizioni/dimessi (grafico 1)
- n° dispensazioni/prescrizioni (grafico 2)
- prescrizioni per categorie terapeutiche maggiormente prescritte (grafico 3)



grafico 1 ANDAMENTO n° PRESCRIZIONI/DIMESSI Ricoveri ordinari + Day Hospital

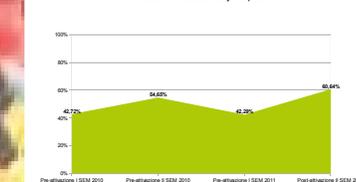


grafico 2 ANDAMENTO n° DISPENSAZ/PRESCRIZ Ricoveri ordinari + Day Hospital



grafico 3

A 6 mesi dall’inizio dell’attività, gli obiettivi attesi sono stati raggiunti (incremento delle prescrizioni pazienti dimessi =60,64% con recupero=14,09%, rispetto al periodo pre-attivazione).

La centralizzazione della DD presso l’AOOM, avvenuta in un contesto di multidisciplinarietà e integrazione delle conoscenze, ha consentito all’AO di ottemperare alla normativa vigente nei tempi previsti dalla Regione.

Dai risultati dell’indagine customer satisfaction (grado di soddisfazione molto elevato=94,25%) e dai risultati economici (incremento valore terapie distribuite II semestre 2011 vs I semestre 2011=10%), si deduce che la DD vada intesa, non solo come strumento per razionalizzare/contenere spesa farmaceutica, ma anche per garantire massima capillarità per l’accesso dei cittadini al servizio, nel rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva.



HTA...COME TUTTO EBBE INIZIO...

Von Pinoci M¹, Minniti D², Papalia R³, Lovato E⁴, Vitale A⁵

¹Dirigente Medico, Direzione Sanitaria, OO.RR. Pinerolo; ²Dirigente Medico, Direzione Sanitaria, OO.RR. Rivoli; ³Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino;

⁴Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino;

⁵Dirigente Medico, SC Direzione Medica di PO, Ospedale Mauriziano di Torino

Parole chiave: HTA, sinergia, professionalità.

Introduzione. La Regione Piemonte ha promosso lo sviluppo dell'HTA presso le ASR in modo sistematico negli ultimi 5 anni.

Numerose sono le normative sull'HTA: DGR. n. 43-5233 del 05/02/2007 della Regione Piemonte; DDR.n. 330 del 29/07/2007; Piano SSR 2007-2010; DGR 16/3/2010 n.84-13579 Regione Piemonte; Piano SSR 2012-2015.

L'AreSS ha istituito un nucleo tecnico HTA con funzioni di supporto per le ASR e sta promuovendo la cultura dell'HTA attraverso corsi di formazione/collaborazioni con le ASR.

Sia l'AOOM che l'ASLTO3 hanno deciso di promuovere la nascita di una Commissione HTA per la valutazione delle tecnologie sanitarie: la scelta strategica è quella di introdurre la cultura e dello *know how* dell'HTA a cura della DMPO.

Contenuti. L'investimento iniziale è stato conoscere il contesto cittadino e comprendere quale organizzazione di HTA fosse già esistente sul territorio.

Dal confronto delle esperienze dai giovani professionisti di DMPO in merito alle attività proprie di HTA delle 2 aziende è emerso che:

- Al Mauriziano è attiva una Commissione HTA formalizzata dal 2010 che valuta tecnologie sanitarie innovative secondo criteri di efficacia e costo-beneficio, considerando l'introduzione delle tecnologie nei PDTA aziendali con relativa ricaduta sui pazienti (informatizzazione prescrizione/somministrazione terapia, endoprotesi vascolari ibride, Camera a fluorescenza, diagnostica intraoperatoria in resezioni epatiche per HCC o per metastasi coloretali). Tale Commissione si integra con la CDMA dal febbraio 2011, oltre che con la POCT e la CFI aziendali.
- A Rivoli dal 2011 sono iniziate singole esperienze di HTA-*Hospital based* (Valutazione costo-efficacia della tecnologia di Baruk rispetto al gesso tradizionale nelle fratture del metatarso, HTA di due differenti modalità di angioplastica coronarica (PTCA), Ecografia: HTA (analisi economica, di efficacia, di sicurezza, modello riorganizzativi, HIA e HTA: la sinergia di due strumenti a supporto dei decisori), oltre ad aver attivato internamente un processo di razionalizzazione dell'utilizzo di tecnologie sanitarie.
- A Pinerolo sono state attuate le prime esperienze di HTA-*Hospital based* (valutazione dei materassi antidecubito per la prevenzione delle ulcere da pressione).

L'ASLTO3, inoltre, ha attivato una commissione di valutazione delle tecnologie sanitarie (deliberazione commissario n.98 del 11 febbraio 2011, multidisciplinare, supportata da esperti presenti in Azienda). Tale Commissione ha contribuito ad implementare a livello aziendale il principio di valutazione delle tecnologie, attraverso la realizzazione di una scheda unificata per la richiesta di attrezzature sanitarie e la realizzazione di report di mini-HTA relativamente all'introduzione di tecnologie innovative.

Conclusioni. Dalle esperienze maturate, emerge come il nostro ruolo sia fondamentale nell'attivare, e realizzare la cultura dell'HTA in Ospedale. Emerge microscopicamente una criticità: l'attivazione di nuclei *Hospital based* HTA dovrebbe essere sempre preceduta da attività formativa ad hoc.

Dal confronto tra le diverse realtà aziendali emerge una immagine frammentata dell'HTA poiché diversi sono sia i modelli che gli approcci alla valutazione delle tecnologie: il ruolo della DMPO in questo settore è proprio quello di superare la frammentazione attuando meccanismi di confronto e integrazione tra le diverse esperienze che garantiscano un modello di HTA unico e condivisibile, nel rispetto della trasferibilità dell'adattamento al contesto locale.



HTA...come tutto ebbe inizio...



Von Pinoci M¹, Minniti D², Papalia R³, Lovato E³, Vitale A⁴

Direzione Sanitaria, OO.RR. Pinerolo; ²Direzione Sanitaria, OO.RR. Rivoli; ³Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva; SC Direzione Medica di PO, Ospedale Mauriziano di Torino

INTRODUZIONE

La Regione Piemonte ha promosso lo sviluppo dell'HTA presso le ASR in modo sistematico negli ultimi 5 anni. Numerose sono le normative in cui si parla di HTA: D.G.R. n. 43-5233 del 05/02/2007 della Regione Piemonte; D.D.R.n. 330 del 29/07/2007; Piano SSR 2007-2010; DGR 16/3/2010 n.84-13579 Regione Piemonte; Piano SSR 2012-2015. L'AreSS ha istituito un nucleo tecnico HTA con funzioni di supporto per le ASR e sta promuovendo la cultura dell'HTA attraverso corsi di formazione/collaborazioni con le ASR. Sia l'AOOM che l'ASLTO3 hanno deciso di promuovere la nascita di una Commissione HTA per la valutazione delle tecnologie sanitarie. La scelta strategica di entrambe le aziende è stata di far condurre l'introduzione della cultura e dello *know how* dell'HTA a cura della DMPO.

L'investimento iniziale è stato conoscere il contesto cittadino e comprendere quale organizzazione di HTA fosse già esistente sul territorio nazionale e regionale.

L'Azienda (ASLTO3)

ha attivato una commissione di valutazione delle tecnologie sanitarie (deliberazione commissario n.98 del 11 febbraio 2011, multidisciplinare, supportata metodologicamente dai due esperti presenti in Azienda). Tale Commissione ha contribuito ad implementare a livello aziendale il principio di valutazione delle tecnologie, attraverso la realizzazione di una scheda unificata per la richiesta di attrezzature sanitarie e la realizzazione di report di mini-HTA relativamente all'introduzione in azienda di tecnologie innovative.



Pinerolo

Sono state attuate le prime esperienze di HTA-*hospital based* (valutazione dei materassi antidecubito per la prevenzione delle ulcere da pressione).



Rivoli

Dal 2011 sono iniziate singole esperienze di HTA-*Hospital based* (Valutazione costo-efficacia della tecnologia di Baruk rispetto al gesso tradizionale nel trattamento della frattura del metatarso, HTA di due differenti modalità di angioplastica coronarica (PTCA), Ecografia: HTA (analisi economica, di efficacia, di sicurezza, modello riorganizzativi, HIA e HTA: la sinergia di due strumenti a supporto dei decisori), oltre ad aver attivato internamente un processo di razionalizzazione dell'utilizzo di tecnologie sanitarie.

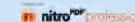
Mauriziano

Commissione HTA formalizzata dal 2010 che valuta tecnologie sanitarie innovative secondo criteri di efficacia e costo-beneficio, considerando l'introduzione delle tecnologie nei PDTA aziendali con relativa ricaduta sui pazienti (endoprotesi vascolari ibride, informatizzazione prescrizione e somministrazione terapia, camera a fluorescenza, diagnostica intraoperatoria in resezioni epatiche per HCC o per metastasi coloretali). Tale Commissione si integra con la CDMA dal febbraio 2011, oltre che con la POCT e la CFI aziendali.

Conclusioni

Dalle esperienze maturate, emerge come il nostro ruolo sia fondamentale nell'attivare, realizzare e diffondere la cultura dell'HTA. L'attivazione di nuclei *hospital based* HTA dovrebbe essere sempre preceduta da attività formativa ad hoc.

Dal confronto tra le diverse realtà aziendali emerge una immagine frammentata dell'HTA poiché diversi sono sia i modelli che gli approcci alla valutazione delle tecnologie: il ruolo della DMPO in questo settore è proprio quello di superare la frammentazione attuando meccanismi di confronto e integrazione tra le diverse esperienze che garantiscano un modello di HTA unico e condivisibile, nel rispetto della trasferibilità dell'adattamento al contesto locale.



L'IMPATTO ECONOMICO DELL'INIZIO ANTICIPATO DELLA TERAPIA ANTIRETROVIRALE: IL CASO DELLA REGIONE LAZIO

Zarelli L¹, Angeletti C¹, Pezzotti P², Navarra A¹, Mammone A¹, Orchi N¹, Trotta MP¹, Lorenzini P¹, Ammassari A¹, Girardi E¹, Ippolito G¹, De Salazar V¹

¹ Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani", Roma.

² Lazio Sanità-Agenzia di Sanità Pubblica, Roma.

Parole chiave: budget impact, HIV.

Introduzione. L'efficacia delle terapie antiretrovirali di combinazione (cART) nel prolungamento delle aspettative di vita dei soggetti HIV positivi, ha determinato la crescita della proporzione dei costi totali di cura rappresentata dai farmaci antiretrovirali (ARV). In conseguenza, l'evoluzione delle linee guida sull'utilizzo dei farmaci ARV costituisce uno dei principali driver di costo. In particolare, si va affermando il principio di un inizio anticipato della cART al fine sia di rallentare la progressione della malattia, che di ridurre la trasmissione dell'infezione tramite la riduzione della carica virale e dei comportamenti a rischio. Se la costo-efficacia di questo intervento è già stata studiata, minore è la conoscenza del suo impatto finanziario nel breve-medio termine.

Materiali e metodi. Per valutare l'impatto sui costi determinato dalle nuove linee guida sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali, è stata effettuata una analisi di Budget Impact utilizzando i dati relativi alla regione Lazio. La dinamica dell'epidemia da virus HIV e i costi risultanti sono stati analizzati tramite un modello matematico. Il modello è strutturato in tre stadi, che simulano le fasi della storia terapeutica dei pazienti e a cui corrispondono differenti livelli di assorbimento di risorse. L'incidenza dell'infezione da HIV è stata stimata tramite un modello basato sul test dell'avidità effettuato sulle nuove diagnosi, mentre i costi erano determinati sulla base di dati amministrativi e su survey ad hoc.

Risultati. A fine 2011 si stimava che nel Lazio i soggetti HIV positivi fossero 13308, dei quali 690 (5.2%) non diagnosticati. Nello scenario base la popolazione raggiunge le 15245 unità a fine 2016 con un tasso di incremento medio annuo del 3.4%. Nel quinquennio considerato i costi totali subiscono un incremento medio annuo del 4.0% (da 112.1 a 136.6 milioni di euro) con un livello medio annuo pari a 127.4 milioni di euro. Dei soggetti con CD4 <200, fra 200 e 350 e fra 350 e 500, rispettivamente l'88%, il 61% e il 26% vengono avviati a trattamento.

Nell'ipotesi di portare tali percentuali rispettivamente a 90%, 90% e 70%, come conseguenza delle raccomandazioni contenute nelle Linee Guida sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali pubblicate a fine 2011, i costi medi annuali si incrementerebbero di 3.4 milioni di euro (+2.7%). A fronte di ciò si avrebbe una riduzione dei soggetti infetti a fine 2016 di 115 unità, con un costo per infezione evitata di circa 144.000 euro.

Conclusioni. Un inizio anticipato della terapia antiretrovirale risulta avere un impatto moderato sulle spese annuali per la cura dei soggetti HIV positivi del Lazio nel periodo 2012-2016, consentendo al contempo una riduzione delle infezioni. Nel lungo periodo, questo potrebbe portare addirittura ad un risparmio, se si considerano le attuali stime sui costi lifetime per soggetto infetto (circa 320.000 euro scontati al 2010). Tuttavia, senza una contemporanea espansione nell'offerta del test, l'anticipo della terapia non sembra poter raggiungere l'obiettivo di una rapida riduzione nell'incidenza da virus HIV.

L'impatto economico dell'inizio anticipato della terapia antiretrovirale: il caso della regione Lazio.

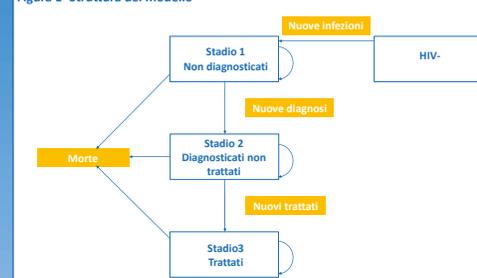
Zarelli L¹, Angeletti C¹, Pezzotti P², Navarra A¹, Mammone A¹, Orchi N¹, Trotta M.P¹, Lorenzini P¹, Ammassari A¹, Girardi E¹, Ippolito G¹, De Salazar V¹

¹ Istituto nazionale per le malattie infettive "L. Spallanzani", Roma. ² Lazio Sanità-Agenzia di sanità pubblica, Roma.

Introduzione

L'efficacia delle terapie antiretrovirali di combinazione (cART) nel prolungamento delle aspettative di vita dei soggetti HIV positivi, ha determinato la crescita della proporzione dei costi totali di cura rappresentata dai farmaci antiretrovirali (ARV). In conseguenza, l'evoluzione delle linee guida sull'utilizzo dei farmaci ARV costituisce uno dei principali driver di costo. In particolare, si va affermando il principio di un inizio anticipato della cART al fine sia di rallentare la progressione della malattia, che di ridurre la trasmissione dell'infezione tramite la riduzione della carica virale e dei comportamenti a rischio. Se la costo-efficacia di questo intervento è già stata studiata, minore è la conoscenza del suo impatto finanziario nel breve-medio termine.

Figura 1- Struttura del modello



Materiali e metodi

Per valutare l'impatto dell'inizio anticipato della cART, previsto nelle Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali di ottobre 2011, sulla dinamica dell'epidemia e sui costi, abbiamo usato un modello matematico deterministico, implementato in Microsoft Office Excel 2007. Il modello è strutturato in tre stadi, caratterizzati da diversi schemi di utilizzo delle risorse, che simulano le fasi del percorso terapeutico dei pazienti (Fig. 1). Si è assunto che l'infezione sia trasmessa essenzialmente per via sessuale, con tassi differenti fra i tre stadi del modello. Una volta diagnosticati, i soggetti HIV+ passano nello stadio 2 del modello e vengono classificati in uno di 5 stadi in base al livello del cd4 alla diagnosi (<200; 200-349; 350-499; 500-749; >=750). I successivi passaggi fra gli stadi sono modellizzati tramite una matrice di transizione. L'inizio della cART è regolata da probabilità di inizio terapia stratificate secondo il livello della conta dei cd4. Lo Scenario Base è ottenuto proiettando al 2016 i parametri stimati a partire dai dati della regione Lazio per il periodo 2007-2010. Variando le probabilità di inizio della cART in accordo alle indicazioni delle nuove Linee Guida, si è poi ottenuto lo Scenario con anticipo della cART. Nel calcolo dei costi si è assunta la prospettiva del Sistema Sanitario Nazionale. I costi considerati sono quelli per ospedalizzazioni, farmaci ARV e non ARV, visite ed esami di laboratorio riferiti ai soggetti diagnosticati e sono riportati in euro in termini nominali.

Risultati

All'inizio della simulazione (1 gennaio 2012) si stimava che nel Lazio vivessero 13308 soggetti HIV+, dei quali 687 (5.2%) non diagnosticati. I maschi rappresentavano il 71.9% del totale e il 38.8% aveva contratto l'infezione in seguito all'utilizzo di droghe per via endovenosa. Quasi il 40% dei soggetti aveva un'età compresa fra 40 e 50 anni, con gli ultra cinquantenni più numerosi di coloro che avevano un'età inferiore a 30 anni (26.8% e 11.1% rispettivamente). Nello Scenario Base le previsioni di nuove infezioni mostrano un lieve aumento, da 563 nel 2011 a 593 nel 2016, e il tasso di trasmissione (nuove infezioni per 100 soggetti infetti) passa dal 4.3% al 3.9%. Come conseguenza, si stima che i soggetti HIV+ aumentino nel periodo considerato di 1937 unità (+2.8% medio annuo). Al contempo, si prevede che gli individui trattati con cART crescano ad un tasso medio annuo del 3.4% (+2049 soggetti), passando dall'84.2% all'87.0% del totale. I due aspetti segnalati rappresentano i principali "driver" della crescita dei costi totali di cura, che passano da 112.1 nel 2011 a 136.6 milioni di euro nel 2016 (+4.0% medio annuo) (Fig. 2). Infatti, la crescita del numero di soggetti diagnosticati determina il 71.5% dell'aumento nei costi totali, con la restante parte determinata dall'incremento del costo medio per soggetto diagnosticato (da 9041 to 9528 €, +5.4%), quest'ultimo dovuto all'aumento della proporzione dei soggetti trattati con cART e quindi alla componente legata ai farmaci ARV.

Con la versione di ottobre 2011, le Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali raccomandano l'inizio della terapia cART per i soggetti con conta dei cd4 minore di 500 cellule, invece che minore di 350 come nella precedente versione. Per valutare l'impatto economico delle nuove raccomandazioni, sono state modificate le probabilità di inizio del trattamento per livello di cd4 come mostrato nella Tabella 1. In conseguenza, il numero previsto di soggetti trattati a fine 2016 sale a 13682 unità rispetto alle 13259 dello Scenario base (90.4% del totale) (Tab. 1). Questo, a sua volta porta ad una riduzione del tasso di trasmissione medio (nel 2016 3.7% rispetto al 3.9% dello scenario Base) che si traduce in una riduzione del numero totale di soggetti con infezione da virus HIV, 15130 unità rispetto alle 15245 dello Scenario Base (Tab. 1). In termini di costi totali nel quinquennio 2012-2016, si ha un incremento pari a +16.7 milioni di € (+2.6%), dovuto sostanzialmente alle spese per farmaci ARV.

Figura 2- Impatto dell'inizio anticipato della cART sulle previsioni dei costi totali e del numero di soggetti con infezione da virus HIV

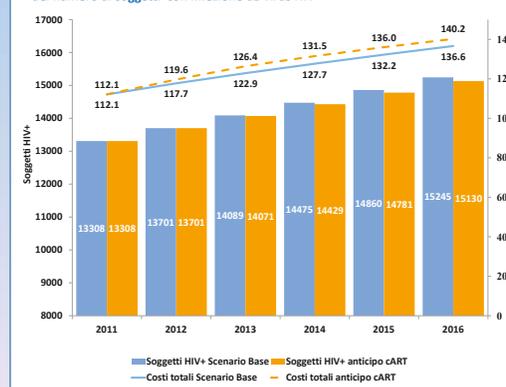


Tabella 1 - Impatto dell'inizio anticipato della cART su costi e dati epidemiologici

	Scenario Base	Scenario anticipo cART	Δ
Soggetti HIV+ al 31 Dicembre 2016	15245	15130	-115
Trattati	13259	13682	+423
Diagnostici non trattati	1268	775	-493
Non diagnosticati	718	672	-46
Tasso di trasmissione dell'infezione*, 2016	3.9%	3.7%	-0.2%
Nuove infezioni, 2012-2016	2871	2747	-124
Nuove diagnosi, 2012-2016	2800	2723	-77
Soggetti che iniziano cART, 2012-2016	2854	3295	+441
Probabilità di iniziare cART per livello di cd4, 2016			
0-200	88.3%	90.0%	+1.7%
201-350	61.1%	90.0%	+28.9%
351-500	26.3%	70.0%	+43.7%
501-750	16.5%	40.0%	+23.5%
>=750	19.2%	40.0%	+20.8%
Costi totali, 2016 (mil. €)	136.6	140.2	+3.6
Farmaci ARV	107.1	110.7	+3.7
Farmaci non ARV	5.8	5.8	0.0
Ospedalizzazioni	14.0	13.9	-0.1
Visite e test di laboratorio	9.8	9.8	0.0

* Nuove infezioni per 100 soggetti HIV+

Conclusioni

L'inizio anticipato della terapia antiretrovirale risulta avere un impatto moderato (+2.6%) sulle spese per la cura dei soggetti HIV positivi del Lazio nel periodo 2012-2016, consentendo al contempo una riduzione delle infezioni. Nel lungo periodo, questo potrebbe addirittura configurare un risparmio, se si considerano le attuali stime sui costi lifetime per soggetto infetto (circa 320.000 euro scontati al 2010). Tuttavia, senza una contemporanea espansione nell'offerta del test, l'anticipo della terapia non sembra poter raggiungere l'obiettivo di una rapida riduzione nell'incidenza di infezioni da HIV.

LA GESTIONE SICURA DELLA TERAPIA: UN PERCORSO DI MIGLIORAMENTO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA G. SALVINI – LOMBARDIA

Zoppini L*, Caldarulo T**, Angeli C***, Radice B***

*Dirigente SITRA AO Salvini; ** Direttore Sanitario d'Azienda AO Salvini; ***Coordinatore Infermieristico SITRA

Parole chiave: sicurezza, somministrazione, farmaci.

Introduzione. L'approccio farmacologico che da sempre è uno dei cardini della cura, può anche paradossalmente, divenire, se mal governato, uno dei principali "fattori di rischio" per il paziente.

Il percorso di gestione della terapia è un processo complesso che chiama in gioco conoscenze, competenze ed altrettante responsabilità professionali specifiche e ben distinte a seconda della fase del medesimo: se al medico compete in toto l'aspetto della prescrizione, all'infermiere spetta invece la "responsabilità dei risultati" per la conservazione in reparto del farmaco, la preparazione e la somministrazione. La letteratura fortemente sottolinea che nessuno di queste fasi è esente da possibili "errori". Le Raccomandazioni Ministeriali, n. 1, 7 e 12 emanate sul tema in anni recenti forniscono oggi precise indicazioni cui attenersi sulla corretta gestione del processo di gestione sicura della terapia.

Contenuti. Al fine di mappare la situazione di avvio del percorso di miglioramento è stato somministrato un questionario ad un campione di 370 infermieri di aree medica, chirurgica e riabilitativa che, ha consentito di indagare la percezione degli stessi rispetto ai rischi sul paziente e alle responsabilità professionali connesse, nonché ai comportamenti operativi messi da loro in atto nella quotidianità, con particolare attenzione ai momenti della preparazione e somministrazione dei farmaci.

Contemporaneamente, sono stati istituiti dei gruppi di lavoro che partendo da una ricerca bibliografica dalla letteratura sul tema hanno esitato in 2 procedure aziendali orientate, per loro contenuti: alla corretta conservazione, preparazione e somministrazione dei farmaci.

Mediante il percorso della formazione ECM è stato finora formato il 34% del personale d'azienda rispetto agli aspetti critici emersi dall'indagine, con particolare approfondimento degli temi della responsabilità etico-professionale.

Infine è stato implementato un percorso di monitoraggio/controllo con audit interno nel 100% delle UUOO di degenza mediante 3 specifiche check list, per l'analisi delle procedure, di spettanza assistenziale, più sopra citate.

Conclusioni. Il percorso illustrato ha consentito di favorire e migliorare le condizioni di sicurezza dei pazienti nella gestione sicura della terapia in ospedale, poiché, partendo dall'analisi del contesto e dunque dalle criticità esistenti dichiarate dagli stessi infermieri, legate alle errate abitudini di comportamento tecnico-professionale si è giunti ad una messa in discussione del loro medesimo "modus operandi" che ha favorito il cambiamento auspicato. Tutto ciò grazie a iniziative coordinate e sistematiche di formazione sul campo ed monitoraggio del cambiamento hanno responsabilizzato lo stesso gruppo professionale nello spirito di forte integrazione e di importante confronto "tra pari".

La gestione sicura della terapia: un percorso di miglioramento presso l'Azienda Ospedaliera G. Salvini – Lombardia

Introduzione
L'approccio farmacologico che da sempre è uno dei cardini della cura, può anche paradossalmente, divenire, se mal governato, uno dei principali "fattori di rischio" per il paziente.
Il percorso di gestione della terapia è un processo complesso che chiama in gioco conoscenze, competenze ed altrettante responsabilità professionali specifiche e ben distinte a seconda della fase del medesimo: se al medico compete in toto l'aspetto della prescrizione, all'infermiere spetta invece la "responsabilità dei risultati" per la conservazione in reparto del farmaco, la preparazione e la somministrazione. La letteratura fortemente sottolinea che nessuno di queste fasi è esente da possibili "errori". Le Raccomandazioni Ministeriali, n. 1, 7 e 12 emanate sul tema in anni recenti forniscono oggi precise indicazioni cui attenersi sulla corretta gestione del processo di gestione sicura della terapia.

Contenuti

- Al fine di mappare la situazione di avvio del percorso di miglioramento è stato somministrato un questionario ad un campione di 370 infermieri di aree medica, chirurgica e riabilitativa che, ha consentito di indagare la percezione degli stessi rispetto ai rischi sul paziente e alle responsabilità professionali connesse, nonché ai comportamenti operativi messi da loro in atto nella quotidianità, con particolare attenzione ai momenti della preparazione e somministrazione dei farmaci.
- Contemporaneamente, sono stati istituiti dei gruppi di lavoro che partendo da una ricerca bibliografica dalla letteratura sul tema hanno esitato in 2 procedure aziendali orientate, per loro contenuti: alla corretta conservazione, preparazione e somministrazione dei farmaci.
- Mediante il percorso della formazione ECM è stato finora formato il 34% del personale infermieristico d'azienda rispetto agli aspetti critici emersi dall'indagine, con particolare approfondimento dei temi della responsabilità etico-professionale
- Infine è stato implementato un percorso di monitoraggio/controllo con audit interno nel 100% delle UUOO di degenza mediante 3 specifiche check list, per l'analisi delle procedure, di spettanza assistenziale, più sopra citate.

Conclusioni
Il percorso illustrato ha consentito di favorire e migliorare le condizioni di sicurezza dei pazienti nella gestione sicura della terapia in ospedale, poiché, partendo dall'analisi del contesto e dunque dalle criticità esistenti dichiarate dagli stessi infermieri, legate alle errate abitudini di comportamento tecnico-professionale si è giunti ad una messa in discussione del loro medesimo "modus operandi" che ha favorito il cambiamento auspicato. Tutto ciò grazie a iniziative coordinate e sistematiche di formazione sul campo e monitoraggio del cambiamento hanno responsabilizzato lo stesso gruppo professionale nello spirito di forte integrazione e di importante confronto "tra pari"

Parole chiave: sicurezza, somministrazione, farmaci

Autori:
Zoppini L*, Caldarulo T**, Angeli C*** e Radice B***
*Dirigente SITRA AO Salvini; ** Direttore Sanitario d'Azienda AO Salvini; ***Coordinatore Infermieristico SITRA

38° Congresso Nazionale ANMDO maggio 2012

LA RIPROCESSAZIONE DEI D.M. RIUTILIZZABILI E DEI D.M. SINGLE USE

Boscolo Meneguolo Lorenzo Riccardo¹, Fiorito Nahuel², Daniele Moroni³, Castoro Massimo⁴, Girardi Ivan⁵

¹ Università degli Studi di Padova, ² Università degli Studi di Padova, ³ Dottore in Statistica, ⁴ Direttore UVTA, Azienda Ospedaliera di Padova, ⁵ Ingegnere, BicarJet®

Parole chiave: riprocessazione, single use, dispositivi medici.

Introduzione. Le politiche dell'Health Promoting Hospital ha imposto agli ospedali una profonda revisione di alcuni orientamenti che mirano a ridurre l'impatto ambientale prodotto dai rifiuti ospedalieri, che siano compatibili con il mantenimento di un alto livello di sicurezza per pazienti ed operatori e che siano coerenti con la sostenibilità della spesa per i D.M. Per sostenere questi orientamenti sono state sviluppate numerose procedure di riprocessazione dei D.M.. Da un'analisi della letteratura emergono dati contrastanti circa la sicurezza e l'efficacia di un possibile riutilizzo dei SUDs. Uno dei campi di applicazione di nuove tecniche di riprocessazione, per il contenimento dei costi e il mantenimento dell'efficacia, riguarda le frese chirurgiche. Ci proponiamo una valutazione preliminare di una tecnica (BICARjet® di rimozione dei residui di materiale, per mezzo di un getto a bassa pressione di aria, acqua e bicarbonato di sodio (MELTRON®), come prima tappa del processo di risterilizzazione e riutilizzo.

Contenuti. I test sono stati effettuati su un totale di 43 frese chirurgiche, di cui: 33 frese monouso, delle quali 13 alettate e 20 diamantate, 10 frese riutilizzabili utilizzate, delle quali 4 alettate, 1 diamantata e 5 di tipo craniotomo. Il procedimento prevede:

- utilizzo nell'unità operativa;
- inserimento dello strumento in provette sterili da tampone. Nel caso di più strumenti per intervento sono state usate tante provette quanti strumenti;
- recupero dello strumentario in provetta, applicazione dell'identificativo sulla base dell'unità operativa e raccolta delle informazioni sulla relativa tipologia;
- una volta nel sito adibito alla procedura di decontaminazione, lo strumento ha subito il seguente processo:
 - fotografia con macchina fotografica digitale;
 - scansioni e fotografie con microscopio ottico, ingrandimento 500 X;
 - procedura di rimozione residui di materiale biologico con SOBJet®;
 - ulteriori scansioni e fotografie con microscopio ottico ingrandimento 500 X;
- è stato inoltre condotto un test per valutare l'abbassamento della carica microbica in seguito alla rimozione di residuo di materiale biologico in esame:
 - è stato preparato brodo di coltura contenente ceppo di Escherichia coli ATCC 25922 e incubato a 37° per 18 ore. Diluita la coltura così ottenuta, fino ad avere una sospensione batterica con circa 10⁶ batteri;
 - 2 frese alettate nuove sono state inserite per 1 ora a temperatura ambiente nel brodo di coltura e dopo messe ad asciugare per 2 ore in una piastra a 37°;
 - una delle due frese è stata decontaminata, mentre l'altra no;
 - le frese sono state infisse in una capsula di petri con terreno di coltura (ORI CHROMAGAR ORIENTATION Becton- Dickinson) e incubate per 48 ore a 37°.

Risultati. Dal controllo al microscopio, sui test di pulizia profonda, in tutte le frese trattate si è riscontrata la rimozione totale del materiale biologico.

Dal test di abbassamento della carica microbica non è risultata alcuna crescita sulla fresa trattata, mentre in quella non trattata sono state individuate 20 colonie di E. Coli.

Se questi dati preliminari dovessero essere confermati a fine studio, avremmo a disposizione una nuova tecnica di pulizia dei D.M. chirurgici rapida ed economica.

La riprocessazione dei D.M. riutilizzabili e dei D.M. single use

risultati preliminari con una nuova tecnologia

Boscolo Meneguolo Lorenzo Riccardo*, Fiorito Nahuel**, Daniele Moroni***, Castoro Massimo****, Girardi Ivan*****

*Facoltà di Scienze Politiche - Università degli Studi di Padova
**Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Padova
***Dottore in Statistica
****Direttore UVTA, Azienda Ospedaliera di Padova
*****Ingegnere, BicarJet®

INTRODUZIONE

Le politiche dell'Health Promoting Hospital ha imposto agli ospedali una profonda revisione di alcuni orientamenti che mirano a ridurre l'impatto ambientale prodotto dai rifiuti ospedalieri, che siano compatibili con il mantenimento di un alto livello di sicurezza per pazienti ed operatori e che siano coerenti con la sostenibilità della spesa per i D.M. Per sostenere questi orientamenti sono state sviluppate numerose procedure di riprocessazione dei D.M.. Da un'analisi della letteratura emergono dati contrastanti circa la sicurezza e l'efficacia di un possibile riutilizzo dei D.M. a utilizzo singolo (SUDs). I principali rischi associati sono l'aumento del rischio di infezione e l'inadeguatezza del dispositivo una volta riprocessato. La Joint Commission International prevede però la possibilità di riutilizzo dei SUDs in presenza di una politica ospedaliera che lo regoli, in linea con la legislazione e la normativa nazionale e con gli standard professionali. Uno dei campi di applicazione di nuove tecniche di riprocessazione, per il contenimento dei costi e il mantenimento dell'efficacia, riguarda le frese chirurgiche. I nostri test sono finalizzati alla valutazione di una nuova tecnica di rimozione dei residui di materiale come prima tappa del processo di risterilizzazione e riutilizzo.

LA TECNICA BICARjet®

Tecnica di pulizia meccanica superficiale con l'utilizzo di un composto salino a base di bicarbonato di sodio sintetico (MELTRON®), acqua e aria compressa.

La procedura consiste nell'esposizione manuale al getto a bassa pressione per breve durata.

MELTRON® è un prodotto ecocompatibile, atossico e non pericoloso per l'operatore.

La tecnica consente sia la rimozione dei residui organici che inorganici, proponendosi quindi anche l'efficace eliminazione dei residui manifatturieri presenti sulle frese nuove.

TEST DI PULIZIA PROFONDA

I test sono stati effettuati su un totale di 43 frese chirurgiche, di cui:

- 33 frese monouso, delle quali 13 alettate e 20 diamantate
- 10 frese riutilizzabili utilizzate, delle quali 4 alettate, 1 diamantata e 5 di tipo craniotomo.

Il procedimento prevede:

- Utilizzo nell'unità operativa.
- Inserimento dello strumento in provette sterili da tampone. Nel caso di più strumenti per intervento sono state usate tante provette quanti strumenti.
- Recupero dello strumentario in provetta, applicazione dell'identificativo sulla base dell'unità operativa e raccolta delle informazioni sulla relativa tipologia.
- Una volta nel sito adibito alla procedura di decontaminazione, lo strumento ha subito il seguente processo:
 - Fotografia con macchina fotografica digitale.
 - Scansioni e fotografie con microscopio ottico, ingrandimento 500 X.
 - Procedura di rimozione residui di materiale biologico con BICARjet®.
 - Ulteriori scansioni e fotografie con microscopio ottico ingrandimento 500 X.

Prima della pulizia



Dopo la pulizia



TEST DI ABBASSAMENTO DELLA CARICA MICROBICA

È stato inoltre condotto un test per valutare l'abbassamento della carica microbica in seguito alla rimozione di residuo di materiale biologico in esame:

- È stato preparato brodo di coltura contenente ceppo di Escherichia coli ATCC 25922 e incubato a 37°C per 18 ore.
- La coltura così ottenuta è stata diluita fino ad ottenere una sospensione batterica con circa 10⁶ batteri.
- Due frese alettate nuove sono state inserite per 1 ora a temperatura ambiente nel brodo di coltura e dopo messe ad asciugare per 2 ore in una piastra a 37°.
- Una delle due frese è stata decontaminata, mentre l'altra no.
- Le frese sono state infisse in una capsula di petri con terreno di coltura (ORI CHROMAGAR ORIENTATION Becton- Dickinson) e incubate per 48 ore a 37°.

Fresa trattata



Fresa non trattata



RISULTATI

Dal controllo al microscopio, sui test di pulizia profonda, in tutte le frese trattate si è riscontrata la rimozione totale del materiale biologico.

Dal test di abbassamento della carica microbica non è risultata alcuna crescita sulla fresa trattata, mentre in quella non trattata sono state individuate 20 colonie di E. Coli.

Se questi dati preliminari dovessero essere confermati a fine studio, avremmo a disposizione una nuova tecnica di pulizia dei D.M. chirurgici rapida ed economica.

BIBLIOGRAFIA
- Il riutilizzo dei dispositivi medici monouso per cardiologia interventistica - Capta I, Cipri S, Caciagli P, Diserton M, Fadel M, Guarrera GM, Izzo I, Nello G, Tassinari F. APIS and University of Trento, 2006.
- Gli Standard Joint Commission International per l'Accreditamento degli Ospedali. IV edizione - Joint Commission International

SAFETY LIST PERIOPERATORIA: ESPERIENZA DELLA CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

L. Pacilli et al.

Risk Management Qualità – Anest-Ria 1 e 2 – Chir. Toraco Polmonare, ORL-Chir. Maxillo-Facciale – Urologia, IRCCS “Casa Sollievo della Sofferenza” – San Giovanni Rotondo

Parole chiave: sicurezza, chirurgia, safetylist.

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

Contenuti. Il gruppo di lavoro ha elaborato una check list di percorso (Safety List Perioperatoria), che, oltre che a rispondere alle indicazioni del programma OMS per la Chirurgia sicura e della Raccomandazione Ministeriale per la Sicurezza in Sala Operatoria, consentisse la verifica anche alle fasi pre e post-operatoria abitualmente svolte in Reparto.

Formazione. 11 incontri (21 ore) per la elaborazione del modulo e delle istruzioni operative.
92 Operatori: 58 infermieri (di cui 18 Coordinatori), 34 medici (Anestesisti e Chirurghi).

Fase sperimentale. Mag-Giu 2011; Unità Operative coinvolte:Chirurgia Toraco-Polmonare;Urologia;Chirurgia Maxillo-Facciale/Otorinolaringoiatria; Anestesia I; Anestesia II.
Valutazione: 1) Analisi quantitativa della corretta compilazione di tutti i campi e sezioni del modulo (n=200 moduli); 2) Analisi delle informazioni derivanti dallo specifico questionario di feedback somministrato al Personale Medico ed Infermieristico coinvolto.

Indicatori. presenza del modulo di Safety List Perioperatoria in cartella clinica (variabile qualitativa SI/NO; valorizzato con un “SI” nel caso di presenza in cartella).
Valore atteso > 0,90
Percentuale di items correttamente verificati dagli Operatori sanitari riferita a tutti i campi della scheda (esprime il livello di adesione degli Operatori).

Formula. Numero di items verificati e firmati/n. di items complessivi previsti dal modulo
Valori di riferimento: Indicatore tra 90 e 100%= adesione totale

Indicatore tra 50 e 89%= buona adesione
Indicatore tra 10 e 49%= scarsa adesione
Indicatore tra 0 e 9%= mancata adesione
Valore atteso > 49%.

Risultati. I vari items (fasi pre e postoperatorie) sono stati verificati mediamente nel 90,5% dei casi (adesione totale) - range: 82% (sez. 7-IN – Chirurgo S.O.) – 99% (sez. 2-IN – Infermiere Reparto); Dalle risposte al questionario di feedback (n=106 questionari compilati su 250 distribuiti) risulta un giudizio complessivamente positivo (78%).

Conclusioni. L'adozione della Safety List Perioperatoria si è dimostrato strumento utile per la riduzione del rischio clinico in ambito chirurgico e per il miglioramento del percorso chirurgico (riduzione dei ritorni in degenza di pazienti non correttamente preparati e/o non corredati da tutti gli esami propedeutici all'intervento). Si sono dimostrati di importanza decisiva:
– coinvolgimento attivo del Personale fin dalla fase di progettazione dell'intervento;
– costante attività di informazione/formazione degli operatori coinvolti;
– collaborazione e disponibilità al lavoro di gruppo degli operatori.

IRCCS “Casa Sollievo della Sofferenza” - San Giovanni Rotondo (FG)
U.O.C. di Risk Management e Qualità; U.O.C. Anestesia e Rianimazione 1 e 2; U.O.C. Chirurgia Toraco-Polmonare;
U.O.C. Otorinolaringoiatria-Chirurgia Maxillo-Facciale; U.O.C. Urologia
 Pacilli Luigi, Melchionda Giuseppe, Cisternino Antonio, Pepe Giovanni, Rucci Beniamino, Del Naja Carlo, Tricarico Nicola, Pederseni Nicola, Merla Giovanni, Arena Donato, Pasqua Natalina, Marucci Gianluca, Clavarella Grazia, Turco Donato, Cocomazzi Maria Addolorata, Palladino Nicola, Tarommi Inconornata, Frasca Antonio, Pompa Maria Grazia, Ritrovato Giuseppe, Scirpoli Pasquale, Marino Rosetta, Martino Maria.

SAFETY LIST PERIOPERATORIA: ESPERIENZA DELLA CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

PREMESSA
L'esperienza di implementazione della Safety List Perioperatoria in Casa Sollievo della Sofferenza, è stata presentata anche al Workshop finale del Corso di Alta Formazione per Clinical Risk Manager – IV edizione (in data 14-7-2011) organizzato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa in collaborazione con il Centro Regionale di Gestione del Rischio Clinico della Regione Toscana.

INTRODUZIONE
La sicurezza del processo chirurgico è considerata una delle priorità della sanità pubblica. Nel mondo, annualmente, si effettuano circa 234 milioni di interventi chirurgici (stima OMS) e secondo diverse esperienze e studi internazionali l'incidenza di eventi avversi associati all'assistenza chirurgica (ricoveri ordinari) si attesta tra il 3% e il 16%, con tasso di mortalità compreso tra lo 0,4% e lo 0,8% (1 mil. di morti circa) e 7 milioni di complicanze che causano disabilità. In tali studi circa il 50% degli eventi avversi è considerato prevenibile, con conseguenti ricadute positive sulla qualità dell'assistenza (riduzione di complicanze e di morti conseguenti ad interventi chirurgici) e sulla riduzione dei costi. L'adozione di una check list operatoria secondo i dati della letteratura internazionale e nazionale costituisce una pratica cost effective per la riduzione del rischio clinico in ambito chirurgico.

ANALISI DEL CONTESTO
L'attività di identificazione degli eventi avversi nella CSS, eseguita sulle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative all'anno 2008, ha evidenziato che l'88,1% degli eventi avversi riscontrati è collegato in vario modo, agli interventi chirurgici.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO EFFETTUATO
L'U.O. di Risk Management e Qualità, in collaborazione con alcune UUOO chirurgiche e anestesologiche ha elaborato un documento aziendale per la implementazione e l'utilizzo di una checklist operatoria (versione Marzo 2011), in aderenza a quanto previsto dal programma OMS e dalla Raccomandazione Ministeriale per la Sicurezza in Sala Operatoria, con l'obiettivo di elevare il livello di sicurezza del percorso assistenziale chirurgico. Durante gli incontri con il gruppo di lavoro ad hoc è stata condivisa la necessità di elaborare una check list di "percorso" (Safety List Perioperatoria), che consentisse la verifica anche alle fasi pre- e post-operatoria abitualmente svolte in Reparto.

Formazione:
- 11 incontri formali (21 ore), oltre a quelli informali, per la elaborazione del modello di scheda sperimentale, delle relative istruzioni operative e per la formazione del personale medico e infermieristico.
- 92 Operatori: 58 infermieri (di cui 18 Coordinatori), 34 medici (Anestesisti e Chirurghi).
Durata sperimentazione: Maggio-Giugno 2011;
Unità Operative coinvolte : Chirurgia Toraco-Polmonare; Urologia; Chirurgia Maxillo-Facciale/Otorinolaringoiatria; Anestesia I; Anestesia II.
Valutazione della fase sperimentale :
1) Analisi quantitativa della corretta compilazione di tutti i campi e sezioni della scheda elaborata, effettuata su un campione di n. 200 moduli;
2) Analisi delle informazioni derivanti dallo specifico questionario di feedback somministrato al Personale Medico ed Infermieristico interessato .

RISULTATI
I vari items (fasi pre e postoperatorie) sono stati verificati mediamente nel **90,5%** dei casi (**adesione totale**) - range: 82% (sez. 7-IN – Chirurgo S.O.) – 99% (sez. 2-IN – Infermiere Reparto);

Dalle risposte al questionario di feedback (n=106 questionari compilati su 250 distribuiti) risulta un giudizio complessivamente positivo (78%) della nuova modalità.

PUNTI DI FORZA
- utilità nella riduzione del rischio clinico in ambito chirurgico (84% di risposte positive);
- utilità nel favorire la comunicazione all'interno della équipe di sala operatoria (55% di risposte positive) e tra questa e il personale di reparto (66% di risposte positive);
- modalità di implementazione (85% di risposte positive);
- facilità d'uso e di compilazione del modulo (95 % risposte positive);
- funzionalità e adattabilità alle esigenze dei diversi reparti (83% risposte positive);
- precisa identificazione dei ruoli e delle responsabilità nella esecuzione delle varie fasi e delle successive verifiche;
- aumento del grado di sensibilizzazione degli operatori alle problematiche del rischio clinico in ambito chirurgico;
- tracciabilità e rintracciabilità delle attività relative al percorso chirurgico del paziente;
- rapporto costo/efficacia favorevole.

PUNTI DI DEBOLEZZA
- maggiore carico "burocratico" per evadere moduli da compilare ;
- minore tempo da dedicare all'assistenza e al contatto diretto con i pazienti ;
- modulo standard non completamente adattato alle esigenze di tutte le attività chirurgiche;
- non completa chiarezza di alcuni items e delle modalità di verifica.

SI RIPORTANO DI SEGUITO IL MODULO STANDARD DI SAFETY LIST (FIG. 1 e 2) E QUELLO PER GLI INTERVENTI SENZA LA PRESENZA DELL'ANESTESISTA (FIG. 3 e 4)

CONCLUSIONI:
L'adozione della Safety List Perioperatoria si è dimostrato strumento utile per la riduzione del rischio clinico in ambito chirurgico e per il miglioramento del percorso chirurgico (riduzione dei ritorni in degenza di pazienti non correttamente preparati e/o non corredati da tutti gli esami propedeutici all'intervento).
Si sono dimostrati di importanza decisiva :
- coinvolgimento attivo del Personale fin dalla fase di progettazione dell'intervento;
- costante attività di informazione/formazione degli operatori coinvolti;
- collaborazione e disponibilità al lavoro di gruppo degli operatori.

BIBLIOGRAFIA
1. Brennan TA, Leape LL, Laird N et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. New England Journal of Medicine, 1991,324(6):370-7;
2. Laopa LI, Brennan TA, Laird N et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. New England Journal of Medicine, 1991,324(6):377-84;
3. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review . BMJ, 2001, 322:515-9;
4. Davis P, Lay R, Briant et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I occurrence and impact . New Zealand Medical Journal, 2002, 115 (1167): U271;
5. Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB, et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA I : context, method, casemix, population, patient and hospital characteristics, International Journal of Quality in Health Care, 2000, 12 (5):371-378;
6. Schivler I, Ljpezak H, Pedersen BL et al. Danish Adverse Event Study. Incidence of adverse events in hospitals . A retrospective study of medical records, Ugeskr laeger, 2001, 163 (39): 5730-8;
7. WHO Health Promotion Glossary: new terms, in Health Promotion International, Vol.21 N.4 ;
8. Gawande A., Thomas EJ et al. The incident and nature of adverse events in Colorado and Utah in 1992? Surgery 1992; 126:66-75;
9. Joint Commission - Sentinel Event Statistics, 2006;
10. Ministero della Salute. 2° Rapporto sugli Eventi Sentinella;
11. Manuale di sicurezza in sala operatoria - Ministero della Salute - Ottobre 2009

38° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

COMUNICAZIONI

CONFRONTO TRA LA FORMAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO OSPEDALIERO FRANCESE E ITALIANO

A. Appicciafuoco*, A. Alessandri*, G. Bonaccorsi[§], P. Bonanni, S. Brugnotti*, V. Ceccherini[°], N. Comodo[§], S. Guarducci[°], S. Hustache[#], S. Naldini*

*Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze; [§] Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze; [#] Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes; [°] Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze

Parole chiave: direttore sanitario, formazione, Francia.

Introduzione. Il percorso formativo del Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero differisce molto fra Italia e Francia, così come l'organizzazione dell'equipe di direzione sanitaria.

Materiali e Metodi. In Francia per divenire Direttore d'Ospedale è necessario frequentare la "Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique" (EHESP), una scuola pubblica, integrata in una struttura di ricerca e d'insegnamento superiore, associata all'università, alla quale si accede dopo un concorso nazionale, composto da prove scritte e prove orali. Il numero dei posti disponibili dipende da una pianificazione nazionale che tiene conto dei futuri posti di lavoro. Requisito fondamentale per i candidati è l'aver conseguito un master universitario (in giurisprudenza, economia o presso un «Institut d'études politiques»), i medici rappresentano un'esigua minoranza.

La scuola ha una durata di ventisette mesi divisi in:

- un anno di formazione teorica con verifica finale nelle seguenti discipline: Finanza; Giurisprudenza; Risorse umane; Relazioni con l'utenza; Logistica; Comunicazione; Strategia; Nozioni di medicina e di chirurgia;
- un anno di tirocinio in ospedale, comprensivo di alcuni mesi presso un ospedale estero, durante il quale devono essere raggiunti precisi obiettivi, concordati e verificati da un tutor;
- tre mesi di formazione specifica in funzione del primo posto di lavoro.

In Italia, e in particolare nell'Università di Firenze la formazione del direttore sanitario, avviene attualmente nell'ambito della scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, della durata di 5 anni, che prevede un modulo di lezioni teoriche "direzione ospedaliera", tirocini pratici negli ospedali, con specifici obiettivi formativi e seminari aggiuntivi dedicati.

Le lezioni teoriche sono distribuite nel corso del secondo, terzo e quarto anno della Scuola di Specializzazione, vengono tenute da medici e infermieri che lavorano nelle direzioni sanitarie di presidi ospedalieri pubblici e privati, per circa cento ore e riguardano: Processi ospedalieri; Valutazione delle attività ospedaliere; Tipologia erogatori di servizi ospedalieri; Quality improvement, risk management e audit; Tecnologie, impianti e farmacia; Organizzazione del personale e modelli dipartimentali; Direzione Sanitaria Ospedaliera.

L'organizzazione dell'equipe di direzione sanitaria francese differisce dal sistema italiano poiché la ripartizione delle competenze tra i membri è più stretta e formale. Esistono diversi direttori sanitari per campi specifici: finanza, risorse umane, logistica, edilizia ospedaliera, relazioni con i medici.

Per gli avanzamenti di carriera è necessaria una mobilità sia geografica che funzionale e dopo la EHESP, non è possibile diventare direttamente direttore generale (DG). Infatti, mentre negli ospedali non universitari il DG è nominato dall'Azienda Regionale per la Salute, fra candidati con vasta esperienza in tutti i campi (in particolare riguardo alla finanza), negli ospedali universitari la nomina è politica, operata direttamente dal Presidente della Repubblica. In Toscana la nomina dei DG avviene a livello regionale.

Risultati. Entrambi i sistemi di formazione dei Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero presentano vantaggi e svantaggi: la formazione dovrebbe essere dedicata a personale medico di provenienza igienistica (come nel sistema italiano), ma avere una scuola appositamente dedicata (come nel sistema francese) con la possibilità di una maggior formazione in alcuni campi come legge e finanza e tenere conto dei posti di lavoro su tutto il territorio nazionale.

“WRITE ON THE HOSPITAL'S WALLS” L'OSPEDALE SI RACCONTA – L'OSPEDALE SAN G. BOSCO DALL'A ALLA Z

Avanzato M.*, Viola G.**, Viberti R.[#], Sommo P.C.[§], Magnetti D.[°]

*Direttore P.O. Torino Nord Emergenza – S. Giovanni Bosco di Torino - ASL TO2; **Responsabile S.o.S Qualità relazionale e umanizzazione dei percorsi assistenziali - ASL TO2; [#] Direttore S.C. Tecnico Area Est – ASL TO2; [§] Direttore S.C. Relazioni Esterne – ASL TO2; [°] Storico dell'arte.

Parole chiave: percorso, valori.

Introduzione. Per la celebrazione dei 50 anni dall'apertura dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino è stato allestito un percorso espositivo per dare evidenza ai cambiamenti che si sono realizzati in questi anni e ai valori che animano l'Ospedale.

L'allestimento deriva dalla volontà di dichiararsi, di comunicare e di farsi comprendere dalle persone che entrano in questa Struttura.

Materiali e metodi/Contenuti. L'idea di partenza del progetto è stata quella di utilizzare i "muri", che da sempre sono i luoghi della libera espressione ed assumono con questo progetto una specifica identità preannunciando una metamorfosi: la trasformazione di una superficie muraria in spazio di mediazione sociale. Un trait-d'union fra chi vive quotidianamente la struttura sanitaria e i suoi fruitori. L'allestimento espositivo "Write on the hospital's walls". *L'ospedale si racconta* è stato realizzato lungo il corridoio centrale utilizzando come supporto una parete di cartongesso di circa 36 metri che separa l'ospedale dall'area del cantiere dei lavori di ampliamento unitamente alle grandi vetrate contrapposte e al soffitto. L'intento di trattare una barriera di cantiere in modo finito ha apportato una immediata miglioramento ambientale in quanto viene assolta la funzione di separazione e di protezione, qualificando da subito lo spazio connettivo destinato ai flussi dei pazienti. La parete è stata divisa cronologicamente in 3 sezioni: *Come eravamo, Chi siamo, Cosa diventeremo*. Nella prima sezione è rappresentata la storia dell'Ospedale. La grafica di fondo, estrapolata dal progetto originale dell'architetto Rossi del 1959, è la base su cui ricomporre il puzzle del passato. Per rappresentare il presente con la tecnica di applicazione muraria la parete si è trasformata in uno spazio vibrante di emozioni. In questa sezione gli operatori di ogni reparto dell'Ospedale si sono trasformati in "Writing" d'eccezione, attraverso una guidata maieutica, hanno creato il biglietto da visita del loro reparto, per comunicare se stessi ed esprimere l'oggi, andando oltre l'asettica e formale segnaletica di reparto. I pazienti transitando e sostando nel corridoio possono vedere e riconoscere sentimenti e passioni che esprimono gli operatori sanitari. "Cosa diventeremo" è una finestra sul futuro. Attraverso la riproduzione grafica di una immagine virtuale della nascente struttura architettonica consente al visitatore di guardare oltre al muro di cartongesso.

L'esposizione è supportata da una breve guida che attraverso le 21 lettere dell'alfabeto, riprodotte sulle vetrate del corridoio centrale, richiama parole chiave capaci di concretizzare l'essere Ospedale. L'opuscolo attraverso i termini più comuni del contesto sanitario cerca di avvicinare il lettore ai termini propri del management sanitario.

Risultati/Conclusioni. Il gesto di scrivere su un muro, di dichiararsi sottoscrivendo un proprio pensiero e condividendone altri, ha una forte valenza comunicativa e un ruolo pedagogico rilevante.

L'allestimento, attraverso la rappresentazione grafica, consente una comunicazione diretta ed immediata che tutti gli operatori hanno fortemente condiviso.

TRANSIZIONE DALLA MEDICINA PEDIATRICA ALLA MEDICINA DELL'ADULTO PER MALATTIE RARE

Azzolina M.C.*, Fusaro E.*°, Ambrogio F.*§, Lala R.**°, Parisi S.*, Scarati M.*, Ciaramitaro P.***, Lesmo I.**, Arione R.*, Dall'Acqua M.G.^\

*A.O.U. San Giovanni Battista di Torino, **A.O. O.I.R.M.-S. Anna di Torino, *** A.O. CTO-M. Adelaide di Torino, ^ Direttore Sanitario A.O.U. San Giovanni Battista di Torino, A.O. O.I.R.M.-S. Anna, A.O. CTO-M. Adelaide, ° Referente Aziendale Rete Interregionale Malattie Rare Piemonte Valle d'Aosta; § Borsista Rete Interregionale Malattie Rare Piemonte Valle d'Aosta

Parole chiave: transizione, malattie rare, PDTA.

Introduzione. Le patologie rare sono definite in base a una prevalenza inferiore ad 1: 2000 abitanti e a caratteristiche di gravità, cronicità e potenziale disabilità. La maggior parte di esse hanno origine genetica ed insorgono in età pediatrica. La storia naturale di molte malattie rare si è significativamente modificata grazie al miglioramento delle conoscenze scientifiche e l'aspettativa di vita di soggetti affetti da malattie rare è pertanto aumentata raggiungendo frequentemente l'età adulta. È necessario prevedere, per questi pazienti, un percorso per la transizione dall'età pediatrica all'età adulta. La transizione è pertanto il processo di passaggio di competenze, responsabilità e di conoscenze dal team socio-assistenziale pediatrico al team dell'adulto.

Materiali e metodi. Per l'adeguamento dei servizi ad un processo di transizione efficace si rendono necessarie le seguenti condizioni: 1) creare una rete di specialisti dedicati; 2) favorire il coordinamento tra medici e strutture; 3) implementare l'interesse verso la patologia e i bisogni del soggetto che diventa adulto; 4) organizzare spazi, formare il personale, predisporre percorsi facilitati, individuare un "core-team" che coordini l'attività di transizione con figure di riferimento stabili; 5) favorire cambiamenti culturali di medici pediatri, medici dell'adulto, pazienti, utenti.

Il metodo prevede:

- creazione di un "core team" di coordinamento;
- censimento delle transizioni già attive;
- valutazione dei dati raccolti;
- identificazione dei bisogni;
- rilevazione delle criticità;
- identificazione degli indicatori di risultato;
- progettazione e realizzazione di PDTA specifici da parte di gruppi di lavoro interaziendali;
- elaborazione e somministrazione di questionari a operatori socio-sanitari, adolescenti, loro familiari, pazienti adulti.

Risultati. Gli obiettivi sono:

- ridurre il vuoto assistenziale nel passaggio dall'età pediatrica all'età adulta, facilitando la maggior aderenza alla cura da parte dei pazienti;
- predisporre specifici percorsi clinici ed organizzativi;
- formare "pazienti esperti" migliorando la qualità della vita e la presa di coscienza sulla malattia;
- costituire team di specialisti dedicati che operino in modo coordinato seguendo specifici PDTA;
- ottimizzare le risorse e il rapporto con la rete territoriale;
- rendere trasferibile il modello alla rete dei presidi regionali per le malattie rare;
- coinvolgere le associazioni dei pazienti.

Ricadute sul SSN:

- garantire maggior aderenza ai PDTA, migliorando la qualità di vita del paziente e dei familiari;
- ottimizzare gli interventi socio sanitari e il rapporto con la rete territoriale con risparmio di prestazioni e risorse;
- creare una rete di specialisti dedicati (team trasversale);
- favorire il coordinamento di medici e strutture.

VALUTARE LA PRODUTTIVITÀ DI UNITÀ OPERATIVE CHIRURGICHE TRAMITE INDICATORI: ESPERIENZA A VERONA

Baldini C.*°, Poli R.**°, Cengia M.G.***, Ghirlanda G.****

*Università di Verona, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Medico specializzando; **Azienda Ospedaliero-Universitaria Integrata (AOUI) di Verona, Dipartimento Direzione, Medica Ospedaliera, Dirigente medico; ***AOUI di Verona, Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera, Dirigente delle professioni sanitarie; ****AOUI di Verona, Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera, Direttore medico; ° autore della eventuale presentazione

Parole chiave: produttività, chirurgia, indicatori.

Introduzione. Essendo l'attività chirurgica, per impegno di risorse umane, materiali e finanziarie, uno degli elementi più importanti dell'assistenza ospedaliera, è fondamentale che nella sua pratica venga raggiunta la massima produttività possibile, attraverso una corretta programmazione degli interventi e un uso ottimale delle sedute operatorie. Il Performance Index (PI) è un indicatore (J.J. Pandit et al., *Anaesthesia*, 2009, 64:473-486) che misura la produttività delle unità operative chirurgiche. Scopo del nostro studio è stato quello di utilizzare tale indicatore per paragonare le performance produttive delle Unità Operative Complesse (UOC) chirurgiche dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Integrata (AOUI) di Verona ai riferimenti presenti in letteratura.

Metodi. Sono state scelte sei UOC: per ognuna sono state considerate 10 giornate consecutive di attività in elezione nel mese di febbraio 2012. Attraverso l'utilizzo del software aziendale per la gestione dei dati di sala operatoria, e la consultazione delle liste operatorie condivise dalle UOC, sono state raccolte informazioni relative all'ora di inizio e di fine delle sedute operatorie e dei singoli interventi, e al rispetto della programmazione stabilita. Tali dati sono stati poi utilizzati per calcolare, relativamente a ogni seduta, quattro sotto-indicatori: Frazione di Utilizzo (FU,% della seduta utilizzata, al netto di anticipi e sforamenti); Indice di Contatto (InC,% della seduta effettivamente trascorsa a operare); Frazione di Cancellazione (FC,% dei pazienti in lista non operati); Efficienza (E, Frazione di Utilizzo corretta per la Frazione di Cancellazione). Questi sotto-indicatori sono stati poi elaborati attraverso la formula di Pandit per calcolare il PI di ogni UOC per ogni seduta.

Risultati. A due UOC risultavano assegnate tre sedute al giorno ognuna; alle altre quattro una seduta al giorno ciascuna. Complessivamente sono state analizzate 100 liste e 180 interventi. Per quanto riguarda i quattro sotto-indicatori, sono risultati: per la FU valori mediani del 76-94%; per l'InC dell'80-92%; per la FC dello 0-31%; per la E del 67-85%. Il PI mediano è risultato del 57% per l'UOC A, del 69% per la B, del 78% per la C, del 76% per la D, del 69% per la E e del 56% per la F.

Conclusioni. I valori di produttività rilevati sono generalmente in linea con quelli riportati nello studio di Pandit (63-88%); deviazioni dai valori ottimali andranno studiate approfonditamente per capirne cause e portata. Si auspica che l'adozione di sistemi informativi per la gestione dei dati e il loro utilizzo per ottenere indicatori di performance validati dalla letteratura diventino sempre più pilastri delle moderne strategie di management ospedaliero.

LA LUNGA MARCIA VERSO IL CONTROLLO DELLE I.C.A.: COSÌ VICINO... COSÌ LONTANO

Bartolozzi F², Di Poto S¹, Venditti A¹, Iori T¹, Sadun B³

¹Comitato Infezioni Ospedaliere - Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma;

²Responsabile Gestione Rischio Clinico, Direzione Sanitaria – Policlinico Campus Bio-Medico di Roma;

³Win-Win HealthCare s.r.l.

Parole chiave: prevenzione delle ICA; formazione tailor-made; bisogni formativi.

Introduzione. Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano ancora un evento troppo frequente che può e deve essere prevenuto. L'adesione ai corretti comportamenti da parte del personale assistenziale non è ancora idonea, pertanto è necessario identificare i bisogni formativi.

Materiali e metodi. È stato utilizzato un questionario, anonimo, validato attraverso un apposito processo presso una struttura diversa da quella destinataria dell'intervento, indirizzato a tutto il personale infermieristico di un Policlinico Universitario di Roma, strutturato in tre parti: sezione I) dati di struttura; sezione II) alcune affermazioni relative alle misure di prevenzione delle ICA tratte dal "Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle ICA" per le quali veniva chiesta al rispondente di definire se era "completamente d'accordo"; "parzialmente d'accordo"; "completamente in disaccordo"; sezione III) commenti e considerazioni personali sull'importanza dei corsi di formazione sul tema.

Risultati: L'adesione è stata del 71% del personale, con una variabilità fra gli 11 reparti considerati del 35% (servizi diagnostici) al 94% (reparto chirurgico). Dei 35 item della sezione II i risultati più significativi riscontrati sono stati: 11,3% risponde correttamente sulla corretta procedura di igiene delle mani tramite frizionamento alcolico; 17,5% non sa che i guanti non sono una misura sostitutiva del lavaggio delle mani; 61,8% pensa che l'uso dei sovracamici in maniera routinaria nelle aree ad alto rischio sia corretto; 70,7% conosce correttamente le modalità di isolamento dei pazienti con infezioni trasmissibili per via aerea; 18,9% conosce correttamente quando effettuare la tricostomia; 25,5% conosce la tempistica giusta per la profilassi antibiotica perioperatoria; 30,2% sa che i tappetini adesivi all'ingresso delle sale operatorie sono inefficaci.

Il 94% degli intervistati nello spazio dei commenti richiede l'istituzione di adeguati corsi di formazione per favorire l'adesione alle misure di prevenzione.

È stato creato anche un indicatore sintetico (punteggio) in grado di descrivere la situazione di ogni reparto sulla "strada" del controllo infezioni.

I risultati del questionario sono stati mostrati a livello collegiale in sede di CLIO. Si è poi deciso di diffonderli in ogni singolo reparto mostrando i dati di quella singola unità, confrontati con il miglior risultato aziendali.

Conclusioni. Nella strada che deve portare alla "tolleranza zero" verso le ICA c'è ancora un percorso importante da fare: le conoscenze sulla prevenzione delle ICA sono da migliorare, insieme all'abbandono di pratiche inefficaci dettate dalla tradizione. Gli item più critici sono le misure di isolamento e la prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico. C'è necessità di corsi di formazione tailor-made basati su indagini approfondite dei motivi di non adesione. Nello studio in questione è stato utile presentare al personale di ogni reparto i propri risultati: è stato possibile quindi fare un incontro formativo ad hoc, incentrato sulle pratiche non corrette in uso presso quella specifica unità.

ESPERIENZA DI ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE U.O.C. CENTRALE OPERATIVA 118 DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CASERTA

Boccalone E.^o; Lanni V.M.^o; Musone C.[^]; Russo A.[^]; Mannella R.[^]; Iovine C.[#];
Paternosto D.[§]; Boccalone P. *

^oFrequentatore U.O. Qualità ed Accredimento A.O. Caserta; [^]Centrale Operativa 118 – A.O. Caserta; [#] Direttore DMPO – A.O. Caserta; [§]Direttore Dipartimento Emergenza-Accettazione- A.O.Caserta;

*U.O. Qualità ed Accredimento Istituzionale – A.O. Caserta

Parole chiave: accreditamento professionale, Centrale Operativa 118.

Introduzione. I sistemi di accreditamento sono procedure di valutazione orientate a favorire il miglioramento delle prestazioni da parte delle strutture aziendali. La Società internazionale di qualità (ISQua) ha recentemente proposto una definizione di accreditamento professionale: "l'accreditamento professionale è un processo di autovalutazione e di revisione esterna tra pari, usato dalle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il proprio livello di performance relativamente a standard prestabiliti e per attivare modalità di miglioramento continuo del sistema sanitario".

Nell'ambito delle Aziende Sanitarie, che erogano servizi, la valutazione della qualità deve principalmente prendere in considerazione la modalità dei servizi erogati, cioè la qualità dei risultati che si ottengono per quanto riguarda il miglioramento dello stato di salute delle persone verso le quali hanno responsabilità di cura. La Società Italiana Sistema (SIS) 118 in collaborazione con il CERMET, ha portato avanti un progetto nazionale finalizzato a costituire un elenco di soggetti accreditati (centrali operative 118) che garantiscano uno standard di servizio delle prestazioni erogate. La Centrale Operativa-118 dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta è stata scelta, insieme ad altre sei centrali nazionali, per partecipare al progetto pilota di Accredimento Professionale essendo stata giudicata favorevolmente rispetto ai requisiti richiesti dalla SIS 118.

Materiali e Metodi. La Centrale Operativa 118, che già da gennaio 2011 aveva intrapreso il percorso per la Certificazione di conformità rispetto alla norma UNI EN ISO 9001:2008, nell'aprile 2011 ha aggiornato la documentazione già prodotta finalizzandola al soddisfacimento dei requisiti previsti dall'Accreditamento Professionale. Ciò ha portato a una ulteriore definizione del proprio livello organizzativo e di erogazione delle attività ed in particolare dello sviluppo e tenuta sotto controllo di indicatori specifici di attività. La documentazione è stata attuata secondo una precisa pianificazione delle attività e delle responsabilità e, non ultima, tramite la preventiva formazione del personale coinvolto. Hanno partecipato attivamente alla progettazione e stesura, oltre a tutto il personale in servizio presso la Centrale Operativa 118, il Coordinatore infermieristico, il tecnico informatico di centrale, il Responsabile dell'u.o.c Centrale Operativa 118, il Referente aziendale per la Qualità ed Accredimento e frequentatori del settore qualità. Il Manuale prodotto è risultato composto di 11 sezioni: la Presentazione e 10 Capitoli; ogni capitolo, che risponde anche ai requisiti dell'Accreditamento istituzionale vigente in Campania, comprende Procedure, Istruzioni operative e tutta la Documentazione utilizzata per le registrazioni e per la descrizione delle attività e degli obiettivi specifici. Sono stati creati indicatori specifici per il controllo e la gestione dei processi.

Risultati. La verifica tecnica di Sistema è stata condotta nel mese di luglio 2011 da un auditor dell'ente di certificazione ISO 9000 (CERMET) e da un valutatore qualificato della SIS 118 che hanno verificato lo stato di conformità e applicazione del Sistema di Gestione della u.o.c. Centrale Operativa 118 – A.O. di Caserta rispetto ai requisiti di governo gestionale del modello di Accredimento Professionale SIS 118. Nel mese di settembre 2011 è stata rilasciata la certificazione di conformità ai requisiti specifici. In Italia sono soltanto sette le Unità Operative 118 che hanno ricevuto la certificazione. Tutta la documentazione è risultata adeguata a presentare e tenere sotto controllo le attività svolte per far fronte alle richieste di urgenza-emergenza provenienti dal territorio casertano e per rispondere adeguatamente all'esigenza del miglioramento continuo dei servizi erogati.

LA STRUTTURA DI CURE SUBACUTE PRESSO UN IRCCS PUBBLICO. ASPETTI ORGANIZZATIVI E CLINICO-ASSISTENZIALI

Bonadeo E¹, Barzizza F², Riva A³, Marena C⁴, Coccini G⁵, Formenton A⁶, Pellino P⁷

¹Dirigente medico Direzione Medica di Presidio; ²Responsabile Medico Struttura Cure Subacute; ³Dirigente medico Direzione Medica di Presidio ⁴Direttore Medico di Presidio; ⁵Infermiere Coordinatore Direzione Medica di Presidio; ⁶Infermiere RAD del Dipartimento Medico; ⁷Direttore Sanitario Aziendale.

Parole chiave: pianificazione, valutazione integrata.

Introduzione. Il Piano socio Sanitario Regionale 2010-2014 della Regione Lombardia propone di modificare la prospettiva delle Strutture Sanitarie dalla "cura" al "prenderci cura" ovvero erogare le prestazioni nel modo il più possibile adeguato alle necessità prioritarie dei pazienti. In particolare il Piano prevede l'attivazione di strutture di degenza dedicate alle cure sub-acute che hanno la finalità di offrire assistenza e cura a pazienti prevalentemente anziani e/o affetti da patologie croniche, con problemi clinici ancora in fase attiva, dimissibili da un reparto per acuti ma non ancora inseribili in un percorso di assistenza domiciliare o residenziale socio-sanitaria. L'attivazione di queste strutture è finalizzata, secondo le indicazioni regionali, ad ottenere specifici obiettivi sanitari, quali la riduzione della degenza e dell'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, l'erogazione delle cure sulla base di una valutazione multidimensionale e della formulazione di un piano di assistenza individuale strutturato a partire da una valutazione clinica all'ingresso che definisca durata, terapie e risultati attesi. In sintesi le cure sub-acute sono orientate al recupero del massimo grado di indipendenza possibile per lo specifico paziente.

Materiali e metodi. Dal 1 gennaio 2012 abbiamo attivato, presso il Presidio di Belgioioso del Policlinico, la Struttura di Cure Subacute con 20 letti. Dal punto di vista organizzativo si è stabilito che in una prima fase potessero accedere alla struttura solo pazienti provenienti dai reparti di Medicina Generale dell'ospedale in quanto sono quelli più saturi dal tipo di pazienti target. Già entro 72 ore dal ricovero il medico valuta la possibilità per quel paziente di proseguire le cure, dopo opportuno inquadramento diagnostico terapeutico e stabilizzazione, presso le cure subacute. Pertanto propone il paziente per la valutazione medica ed infermieristica da parte del team formato dai professionisti del reparto inviante e della Struttura di cure subacute. Se l'esito della valutazione soddisfa i criteri indicati dalla delibera regionale ed il paziente ha un indice di intensità assistenziale medio-alto (2 o 3 secondo l'IIA che va da 1 a 4), viene pianificato il trasferimento del paziente. All'ingresso in Cure subacute viene stilato il piano di assistenza individuale completo degli obiettivi che si vogliono raggiungere.

Risultati: Nei primi due mesi di attività sono stati dimessi dalla Struttura Cure subacute 29 pazienti di età compresa tra 55 e 97 anni (media 81±9 anni; mediana 83 anni; moda 85 anni). Di questi, 25 sono stati trasferiti dalle Medicine Generali del Policlinico, 4 sono stati ricoverati su proposta del medico di Medicina Generale dopo valutazione in Ambulatorio per Sub Acuti. Secondo la griglia di valutazione della intensità assistenziale proposta da Regione Lombardia 16 pazienti avevano un IIA di livello 2 e 13 di livello 3. La degenza in reparto si è protratta per una durata compresa tra 6 e 40 giorni, da segnalare che i due pazienti con la degenza di durata più breve e più lunga sono gli unici due pazienti deceduti. La durata media di degenza è stata pari a 17±7 giorni; escludendo i due deceduti la durata media di degenza diviene pari a 16±6giorni. La diagnosi di dimissione è stata in 13 casi (45%) "scompenso cardiaco", in 4 casi (14%) "broncopneumopatia cronica ostruttiva", in 4 casi (14%) "polmonite", in 2 casi (7%) "cirrosi epatica scompensata", in 2 casi (7%) "influenza" associata in un caso a sindrome coronarica acuta, nell'altro ad insufficienza renale prerenale, in 2 casi (7%) "manifestazioni neurologiche aspecifiche in quadro di vasculopatia cerebrale cronica", in un caso "urosepsi" ed in un caso "ascenso renale". Dei 27 pazienti dimessi 2 sono stati inviati nella RSA dalla quale provenivano, uno è stato inviato ex novo in RSA ed i rimanenti 24 sono stati in grado di rientrare al proprio domicilio con attivazione della Assistenza Domiciliare Integrata in 8 casi. La pianificazione all'ingresso si conferma fondamentale sia per il paziente che per il corretto utilizzo dell'ospedale per acuti.

LA CARTELLA CLINICA: ANALISI DI UN CAMPIONE PRESSO L'OSPEDALE DI NOVI LIGURE

Boraso F.*; Morelli P.**; Patria A.***

*Direttore medico di Presidio, PPOO Novi Ligure, Tortona, ASLAL; ** Medico Direzione Medica di Presidio, Po Novi Ligure, ASLAL; *** Università di Genova, scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Parole chiave: cartella clinica, qualità.

Introduzione. La cartella clinica rappresenta per tutti i professionisti sanitari lo strumento fondamentale del loro operato, sia dal punto di vista assistenziale, sia medico legale, organizzativo-gestionale, statistico, scientifico, economico e storico. Essa rappresenta il principale strumento di lavoro di tutta l'attività clinica e assistenziale e la sua corretta compilazione rappresenta la base fondante di un intero percorso che porta al miglioramento della qualità dell'esperienza di ricovero, permettendo all'operatore sanitario di ottenere uno strumento in grado di garantire una completa integrazione tra tutti i professionisti che, a vario titolo, agiscono sul paziente: l'accuratezza nella sua compilazione rappresenta l'elemento critico per eccellenza per la comprensione del ricovero, per una buona gestione del paziente e per la valutazione del buon operato della Struttura. Vista l'importanza strategica rappresentata dalla cartella clinica nell'attività quotidiana dei professionisti sanitari, la Direzione Medica del Presidio ha pertanto voluto istituire un sistema di controllo delle cartelle cliniche prodotte nel corso dell'anno 2011 dalle varie Unità Operative con l'intento di valutare l'accettabilità e la completezza delle cartelle cliniche del Presidio di Novi Ligure, analizzando le criticità emergenti nella compilazione della cartella clinica da parte dei professionisti sanitari; diffondere la cultura della cartella clinica come strumento essenziale per il lavoro dei clinici, per la prevenzione del rischio, per la prevenzione del contenzioso.

Materiali e metodi. In prima istanza è stata fatta una rilettura critica della letteratura, della normativa, della giurisprudenza nell'ottica di costruire uno strumento che permettesse di misurare la qualità della cartella clinica (Check List di controllo), successivamente, per ogni SOS/SOC del Presidio, è stato estrapolato un campione casuale pari al 5% di tutte le cartelle cliniche prodotte nel corso di tutto l'anno 2011, le cartelle sono state analizzate mediante l'utilizzo della check list. Nella seconda fase dello studio sono stati posti a confronto i dati ottenuti prima e dopo l'effettuazione di un corso di formazione sulla cartella clinica, specificatamente indirizzato al personale sanitario del presidio. Analisi statistica eseguita calcolando il Chi quadrato per la valutazione della significatività (p value), il cui valore di riferimento è uguale a 0,05.

Risultati. L'analisi delle cartelle cliniche ha permesso alla Direzione Medica di Presidio di misurare, in termini percentuali, lo scostamento delle cartelle cliniche analizzate, dagli standard, identificati come requisiti minimi di accettabilità della documentazione sanitaria all'interno del Presidio. L'analisi ha altresì permesso di valutare l'efficacia della formazione sull'effettivo miglioramento della compilazione della cartella clinica e la presa di coscienza delle principali conseguenze derivanti da cartelle cliniche, prive di adesione a quanto previsto dalla normativa e giurisprudenza di riferimento. Le azioni di miglioramento intraprese si sono basate sulla radicata convinzione della DMP, secondo la quale la completezza della cartella clinica è raggiungibile solo se tutti i professionisti sanitari comprendono a pieno l'importanza della cartella clinica intesa, non solo come strumento di lavoro, ma anche, e soprattutto, come strumento di tutela loro e dei pazienti.

CENTRALE DI STERILIZZAZIONE P.O. SAN G. BOSCO – ASLTO2: VALUTAZIONE DELLA GESTIONE IN OUTSOURCING

Carcieri A.*, Avanzato M.**

*Dirigente Medico S.C. Direzione Sanitaria P.O. Torino Nord Emergenza S. Giovanni Bosco – ASLTO2;

**Direttore P.O. Torino Nord Emergenza – S. Giovanni Bosco di Torino - ASL TO2

Parole chiave: centrale di sterilizzazione, outsourcing.

Introduzione. L'attivazione nel 2006 della Centrale di Sterilizzazione presso il Presidio Ospedaliero San Giovanni Bosco ASL TO2 (allora ASL 4 Torino) ha determinato due importanti cambiamenti organizzativi nell'ambito del trattamento dei dispositivi medici riutilizzabili: la centralizzazione dell'attività di sterilizzazione e il passaggio dalla gestione interna a quella in outsourcing. Tali cambiamenti hanno necessariamente richiesto un'attenta analisi pre-attivazione e una continua valutazione del servizio in essere.

Materiali e metodi. La realtà pre-centrale di sterilizzazione vedeva i due blocchi operatori quali punti di trattamento dello strumentario sia per i blocchi stessi che per i reparti/servizi dell'ospedale; nelle aree territoriali tale compito era assolto da alcuni servizi ambulatoriali. L'apertura della centrale di sterilizzazione ha determinato il passaggio da una gestione decentrata ad una centralizzata assoluta: tutto lo strumentario, sia ospedaliero che territoriale, sarebbe stato gestito dalla centrale che si sarebbe fatta carico del totale processo di sterilizzazione. Questo cambiamento ha reso necessaria una valutazione del materiale disponibile soprattutto alla luce dei nuovi tempi di ritorno del materiale sterile, mediamente più lunghi; in alcuni ambiti (sale operatorie) si è provveduto ad ampliare le scorte di strumentario chirurgico soprattutto specialistico.

La gestione della centrale di sterilizzazione, per carenza di personale da dedicare a questa attività, è stata affidata ad una ditta esterna. Anche al fine di creare un clima collaborativo e conoscitivo tra personale di sala operatoria e operatori di centrale, è stata effettuata una revisione delle check-list dello strumentario chirurgico, corredandole di immagini al fine di evitare eventuali errori nella fase di ricomposizione dei set. La Direzione Sanitaria di Presidio è stata coinvolta in tutte le fasi di attivazione e di attività della centrale di sterilizzazione, dalla stesura del capitolato di gara alla valutazione della servizio.

Risultati. La centralizzazione dell'attività di sterilizzazione ha permesso l'omogeneizzazione del processo di sterilizzazione, il miglioramento del sistema di rintracciabilità, la mappatura della dotazione di strumentario chirurgico e la revisione dei set chirurgici, la razionalizzazione delle risorse professionali presenti nelle sale operatorie che prima si occupavano di questa attività.

L'esternalizzazione del servizio di sterilizzazione ha reso il personale dipendente – consapevole della criticità del servizio appaltato e dei potenziali rischi intraoperatori di una non corretta gestione dello strumentario - diffidente nei confronti degli operatori della centrale; non avere più la gestione diretta dello strumentario amplificava il timore dell'ignoto all'atto dell'apertura del set chirurgico prima dell'intervento. La scelta di personale esterno adeguatamente formato può facilitare il superamento delle difficoltà che questo tipo di gestione può far emergere, basate soprattutto sulla conflittualità tra gruppi di professionisti. A lungo termine, la gestione in outsourcing del servizio di sterilizzazione, potrebbe portare ad un impoverimento del *know how* del personale dipendente (infermiere, oss); pertanto è auspicabile una formazione continua in materia di sterilizzazione anche per il personale non addetto direttamente a questa attività.

L'ESPERIENZA PSICOEDUCAZIONALE IN RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

Maria Angelica Castelli

Psicologa presso il Reparto di Riabilitazione e Rieducazione funzionale, Maria Pia Hospital, Strada Mongreno 180, 10132 Torino

Parole chiave: integrazione, interdisciplinarietà, attività psicoeducazionale.

Introduzione. Le professioni impegnate nell'integrazione socio-sanitaria si trovano dinanzi a un duplice impegno. Da una parte devono affrontare le sfide imposte dall'aumento della domanda sociale delle nuove povertà, e dall'altra devono opporsi alla drastica frammentazione dell'offerta di servizi imposta dalle amministrazioni pubbliche che subiscono le conseguenze finanziarie della particolare congiuntura economica. La frammentazione dei servizi ha un impatto negativo sulla soddisfazione dell'utenza. In questo modo gli enti locali cercano di bilanciare meglio domanda e offerta di servizi, ad es. riducendo il periodo di degenza e aumentando le allocazioni e le prestazioni domiciliari, il che non influisce sul mutamento nel sistema sanitario in quanto si sceglie di differenziare l'offerta, mentre aumenta la domanda dei servizi di assistenza domiciliare. Le conseguenze della frammentazione implicano così la scissione tra prevenzione e riabilitazione con l'aggravante del problema delle liste d'attesa. Considerata la limitatezza delle risorse, sono di scottante attualità quesiti eticamente rilevanti come "Dobbiamo finanziare tutto quello che la medicina ci permette di fare?"; "Quanto tempo possiamo ancora dedicare ai pazienti cronici, cui con l'80% è destinata la fetta più cospicua della spesa sanitaria?". Pertanto Maria Pia Hospital ha deciso di muoversi in tal senso mettendo in pratica ciò che recita l'articolo 5 "Esercizio dell'attività professionale" del vigente Codice italiano di deontologia medica: *"Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura"*.

Materiali e metodi. Il Reparto di Riabilitazione Cardiologica del Maria Pia Hospital di Torino utilizza dall'anno 2003, come strumento di prevenzione secondaria, il gruppo psicoeducazionale dedicato ai pazienti e loro familiari, afferenti al percorso riabilitativo cardiologico in seguito ad un intervento di tipo cardiocirurgico.

Risultati. Il gruppo ha come finalità l'aiutare il paziente ad affrontare la fase susseguente l'intervento, rispondendo a domande più o meno espresse circa il recupero funzionale, i tempi di ripresa, le modificazioni dello stile di vita, il ritorno al lavoro e alla vita sociale, considerando in modo adeguato la sfera emotiva e le ripercussioni sugli aspetti psichici che l'evento cardiocirurgico ha generato. Il gruppo caratterizzato dalla presenza del Cardiologo Responsabile, dello psicologo di reparto, di un infermiere, della dietista e del fisioterapista ha cadenza quindicinale e si svolge nei locali adibiti alla fisioterapia. Insieme queste figure si occupano di informare in maniera integrata e interdisciplinare (con spazi di condivisione e scambio) i pazienti e i loro familiari in merito a quale dovrebbe essere lo stile di vita (dal punto di vista medico – psicologico – alimentare) adeguato e compatibile con lo stato fisico attuale, con un pensiero di tipo preventivo rispetto a possibili complicazioni relative allo stato di salute generale. L'attività ha una valenza non soltanto informativa, ma anche psicoeducazionale, perché viene svolta all'interno di un contesto interattivo, con una conduzione psicologica e permettendo una condivisione anche emozionale, capace di rendere le informazioni materiale di riflessione personale e grupppale. Si è scelto di attivare un percorso di gruppo, ritenendo che l'integrazione delle diverse figure professionali potesse essere un valore aggiunto prezioso per la valenza prognostica dell'attività di riabilitazione cardiologica, che dovrebbe lasciare qualcosa in grado di trascendere la rieducazione fisica per agire sulla prevenzione secondaria e terziaria delle patologie cardiovascolari.

IL PRELIEVO DI SANGUE CORDONALE PER USO AUTOLOGO ED ESPORTAZIONE ALL'ESTERO

V. Ceccherini^o, A. Alessandri^{*}, G. Allodi[^], A. Appicciafuoco^{*}, G. Bonaccorsi[§], P. Bonanni[§], S. Brugnoli^{*}, N. Comodo[§], S. Guarducci^o, S. Naldini^{*}

^o Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze; ^{*} Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze; [§] Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze; [^] Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Parole chiave: cordone ombelicale, donazione autologa.

Introduzione. Il decreto ministeriale 18 novembre 2009 "Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo-dedicato", consente:

- la conservazione per uso allogenico, a fini solidaristici, in strutture pubbliche a ciò preposte;
- la conservazione per uso dedicato al neonato o consanguineo con patologia o nel caso di famiglie a rischio;
- la conservazione per uso autologo-dedicato, nel caso di particolari patologie non ancora presenti nell'elenco in allegato al decreto 18 novembre 2009, ma per le quali sussistano evidenze scientifiche di un possibile impiego di cellule staminali cordonali;
- l'esportazione a proprie spese del campione di sangue prelevato dal cordone ombelicale ad uso autologo per la conservazione presso banche operanti all'estero.

Contenuti. Nell'Ospedale San Giovanni di Dio è in vigore dal 2010 la procedura "Prelievo di sangue cordonale per l'esportazione all'estero" che definisce le modalità per il rilascio dell'autorizzazione.

I soggetti interessati, entro i 30 giorni dalla data presunta del parto, devono presentarsi presso la DSPO dove riceveranno la modulistica informativa e autorizzativa. Il medico della direzione sanitaria, effettuerà il counseling alla coppia e valuterà la corretta compilazione di tutti i moduli, i referti degli esami sierologici, la documentazione sulla procedura di raccolta e di confezionamento fornita dalla banca estera, il kit di raccolta con le certificazioni e la ricevuta di un versamento ticket di 200 Euro (stabilito dalla Regione Toscana). Nel 2011, su 2137 nati, sono state autorizzate 68 richieste, di cui una urgente in sala parto, e altrettanti prelievi sono stati effettuati. Nel 2010 le richieste evase sono state 72.

Le fonti di informazione delle gestanti sulla possibilità di conservare le cellule staminali per uso autologo sono risultate essere: ginecologo, amici, internet, media.

Conclusioni. Riguardo a questa metodica rimangono varie criticità:

- al momento non esistono evidenze scientifiche consolidate a sostegno della reale utilità della conservazione autologa e mancano i presupposti per considerarla appropriata;
- non è noto se a distanza di anni (oltre 10) le cellule staminali congelate mantengano le caratteristiche biologiche e la possibilità di essere utilizzate;
- in caso di malattie neoplastiche: le cellule staminali cordonali potrebbero essere portatrici di markers della malattia;
- in caso di patologie genetiche, le cellule staminali cordonali potrebbero essere soggette alla stessa alterazione genetica che è causa della patologia;
- la conservazione autologa sovverte completamente il concetto di donazione volontaria, gratuita, anonima e consapevole intesa come risorsa del SSN;
- non è sempre possibile prelevare e conservare il sangue del cordone ombelicale: esistono condizioni che rendono il sangue cordonale non idoneo alla conservazione. In media oltre il 60-70% delle unità di sangue cordonale non risulta idonea indipendentemente dalla tipologia di conservazione;
- la conservazione autologa può essere quindi percepita come assicurazione sulla vita ma rischia di generare un prodotto destinato a rimanere nella maggior parte dei casi inutilizzato.

La conservazione autologa di cellule staminali cordonali, indipendente dall'esistenza di patologie in atto o potenziali, non risponde ai principi di efficacia e appropriatezza e pone questioni etiche di difficile risposta.

DALLA CUSTOMER SATISFACTION ALLA MISURAZIONE DELLA PARTECIPAZIONE E DELL'UMANIZZAZIONE IN OSPEDALE

A Coluccia^{*}, P. Manzi^{**}, F. Ferretti^{**}, F. Lorini^{*}, A. Pozza^{*}

^{*}Azienda Ospedaliera Universitaria Senese - U.O.C. Soddisfazione dell'Utenza e Sociologia Sanitaria;

^{**}Azienda Ospedaliera Universitaria Senese - U.O.C. Direzione Medica di Presidio

La valutazione della Qualità dei servizi sanitari costituisce un aspetto fondamentale nel processo che conduce al loro miglioramento. La Qualità percepita dell'assistenza tende a correlare con l'Efficacia clinica della cura (Groene et al., 2009). In letteratura sono stati proposti numerosi strumenti di misura del costruito (Castle et al., 2005). L'approccio metodologico adottato si basa sull'utilizzo di domande con formato di risposta *rating scale*, metodo con il quale si richiede all'intervistato di fornire un giudizio di soddisfazione del servizio ricevuto. Uno dei maggiori limiti di questo approccio è la scarsa importanza attribuita all'esperienza del paziente rispetto al percorso di cura (Jenkinson et al., 2002). Da alcuni studi emerge che i pazienti tendono ad essere soddisfatti anche se le loro personali attese non sono state pienamente incontrate. È possibile che il grado di soddisfazione sia maggiormente influenzato da fattori psico-sociali, quali le credenze sulla salute (Avis, Bond & Arthur, 1995). Tali variabili psico-sociali sembrano strettamente correlate con aspetti specifici che riguardano il percorso di cura, come la qualità della comunicazione con gli operatori sanitari, il grado di partecipazione esperito rispetto alle decisioni terapeutiche. Il presente studio si pone, pertanto, l'obiettivo di presentare la validazione del questionario HSPE. Lo strumento è stato elaborato con l'obiettivo di misurare la Qualità Percepita sia attraverso giudizi di soddisfazione sia attraverso l'Esperienza soggettiva del paziente rispetto al processo di cura. Il questionario è stato somministrato a 376 pazienti ricoverati presso 17 Unità Operative Complesse (U.O.C.) del Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. HSPE è formato da una sezione costituita item con formato di risposta *self-report*, che misura l'Esperienza, ed una con formato *rating scale*, che misura i giudizi di soddisfazione.

I risultati dell'Analisi Fattoriale Esplorativa e, successivamente, dell'Analisi Confermativa suggeriscono una struttura di HSPE basata su tre fattori, evidenziando un buon adattamento del modello ai dati (RMSEA=.05; CFI=.96; TLI=.96). I fattori emersi sono Umanizzazione, Comunicazione ed Informazioni sulle Dimissioni, e le loro implicazioni teoriche vengono discusse.

Una prospettiva suggerita per ricerche future riguarda la possibilità di un utilizzo dello strumento in associazione con misure di efficacia clinica, che indagano costrutti quali la Qualità della vita, la *Compliance* rispetto al regime terapeutico e l'adattamento alla patologia.

Riferimenti bibliografici.

- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 316-322.
- Castle, N. G., Brown, J., Hepner, K. A., & Hays, R. D. (2005). *Health Services Research*, 40, 6, 1996-2017.
- Groene, O., Lombarts, M. J. M. H., Klazinga, N., Alonso, J., Thompson, A., & Sunol, R. (2009). Is patient-centredness in European hospitals related to existing quality improvement strategies? Analysis of a cross-sectional survey (MARQuS study). *Quality and Safety in Healthcare*, 18, 44-50.
- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experience and satisfaction with healthcare: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Healthcare*, 11, 335-339.

L'AREA MEDICA VERSO L'ECCELLENZA: ESPERIENZA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO SS COSMA E DAMIANO DI PESCIA (ASL 3 PISTOIA)

Elisabetta Cortesi*, Franco Giuntoli#, Cesare Grassi#, Elena Carucci*

* Direzione Medica di Presidio PO SS Cosma e Damiano di Pescia ASL 3 Pistoia;

Area Medica PO SS Cosma e Damiano di Pescia ASL 3 Pistoia

Parole chiave: certificazione ISO 9001:2008, intensità di cura, mappatura percorsi.

Introduzione. Nel dicembre 2007 la riorganizzazione del Presidio Ospedaliero di Pescia, passato da un modello "tradizionale" a quello "per intensità di cura", aveva comportato la riduzione del numero dei posti letto al di sotto della soglia dei 300 con conseguente obbligo di dover essere accreditato. L'Accreditamento di un intero ospedale nel momento in cui stava vivendo un'importante fase di transizione, da "Ospedale tradizionale" ad "Ospedale per intensità di cura", rappresentava un problema e allo stesso tempo una grande opportunità. Poteva contribuire a rendere documentato, esplicito e condiviso il nuovo modello sperimentando sul campo delle iniziative regionali in tema di qualità e sicurezza.

Materiale e Metodi. È stato deciso di condividere un progetto sperimentale che conducesse all'accREDITAMENTO/certificazione dell'Ospedale secondo il criterio dell'Intensità di Cura, superando le tradizionali modalità di assistenza con personalizzazione delle cure attraverso processi ad alta integrazione multidisciplinare e multi-professionale. L'Azienda USL 3 di Pistoia per evitare l'autoreferenzialità e per verificare l'efficacia e la congruità del lavoro che stava svolgendo ha scelto un ente terzo per ottenere, ancora prima della fase di accreditamento, la certificazione ISO. Il traguardo è stato raggiunto attraverso un innovativo "percorso-modello" realizzato facendo ricorso esclusivamente a risorse interne senza l'intervento di ditte di consulenza. Coerentemente a quanto previsto dal PSR 2008-2010 (*approccio integrato alla qualità e sicurezza*), l'obiettivo era fare in modo che le attività e gli strumenti relativi alla *gestione del rischio clinico* fossero applicati contestualmente a quelle dell'*Accreditamento Istituzionale e dei Sistemi di Gestione della Qualità e al sistema di valutazione delle performance aziendali "Bersaglio"* del MeS. Nel 2008 è iniziato il percorso di analisi dei processi sanitari primari e di supporto che ha coinvolto 32 gruppi di studio per un totale di circa 5000 ore lavorative sul campo e che è sfociato nella condivisione di criteri organizzativi e di percorsi clinico assistenziali ciò ha previsto:

- coinvolgimento dei professionisti e condivisione del modello organizzativo, delle procedure e della cultura della sicurezza;
- revisione dei ruoli medici e infermieristici e ridefinizione delle responsabilità cliniche, assistenziali e gestionali;
- revisione dei processi sanitari primari (ricovero ciclo continuo, diurno, day service, ecc), di supporto sanitario (gestione di: esami di laboratorio, radiodiagnostica, farmaci, dimissioni) e gestionale (risorse umane e tecnologiche, sistema informativo, ecc.) attraverso l'applicazione delle tecniche di analisi proattiva dei rischi (FMEA);
- introduzione di strumenti di lavoro, integrazione interdisciplinare e multiprofessionale quali cartella clinica, giro visite, briefing;
- predisposizione dei PDTA basati sulla l'adozione di linee guida Evidence-based Practice (EBP).

Risultati. Il significato del lavoro è stato quello di costruire un modello organizzativo capace di:

- fornire garanzie all'utente;
- diventare una guida sicura per il personale;
- diventare strumento di governo e verifica del perseguimento degli obiettivi, dell'ottimizzazione delle risorse e della soddisfazione di utenti e operatore.

L'Area Medica del P.O. di Pescia è diventata la prima struttura sanitaria pubblica della Regione Toscana certificata per i percorsi clinico assistenziali secondo il modello per intensità di cura conseguendo nel marzo 2011 il certificato di conformità ISO 9001:2008 per i processi di gestione del ricovero a ciclo continuo, per il Day Hospital, il Day Service e per i PDTA dei pazienti con ictus, emorragia digestiva ed insufficienza respiratoria. Il 29 febbraio 2012 è stato rilasciato il certificato di mantenimento che deve essere confermato ogni anno. Il risultato raggiunto con la certificazione di conformità non può essere considerato chiaramente il punto di arrivo ma la tappa di un lungo viaggio intrapreso per garantire agli utenti il continuo miglioramento in qualità e sicurezza nelle prestazioni erogate. Si ringraziano per l'attiva collaborazione tutti i Direttori di UUOO e i Coordinatori Infermieristici dell'Area Funzionale Medica e la Sez. Accreditamento Istituzionale e Sicurezza del paziente.

INTEGRAZIONE COME FATTORE CRITICO: ANALISI ORGANIZZATIVA PIANO DI RIENTRO - PUGLIA

L. Cosentino*, C. Cosentino**

* Direttore Medico, Copertino (Le); ** Dr.ssa in Psicologia Univ. Parma.

Parole chiave: evoluzione organizzativa, interfaccia, integrazione.

Introduzione. È iniziata, forse, un'era di transizione (estinzione/evoluzione) della "specie ospedale" (modello organizzativo) nel "pianeta sanità" della Regione Puglia che induce "mutazioni"? (organizzazione, interazioni organizzative, competenze distintive). È in corso un processo di cambiamento organizzativo (innovazione/evoluzione organizzativa) che presuppone un apprendimento organizzativo (nuovi modelli, nuovi paradigmi, nuove abilità (NTK), nuove pratiche, nuove tecnologie) e identifica modificazioni:

- di struttura: nuovi modelli organizzativi (organizational design);
- di processo: siti di interfaccia, modalità di interazione (regole, procedure, mecc. operativi: organizational performance).

Materiale e Metodi. È stato valutato il modello dell'ospedale per intensità di cura ("interfaccia ospedale") che esige, nei percorsi interni e nei rapporti esterni, un approccio efficace alla "continuità assistenziale" e può funzionare solo in presenza di un territorio in grado di gestire ("interfaccia territorio") le cronicità; effettuata una "valutazione di performance" delle ASL pugliesi utilizzando "Indicatori Ministeriali" (Prog. SiVeAS; Min. Sal., 2010) e di ospedalizzazione a rischio di inappropriata (Mappa ERA 2009). Esaminati i determinanti organizzativi e culturali del cambiamento, e le possibili "mutazioni critiche" per "l'evoluzione organizzativo-culturale" della "specie-ospedale" e cioè:

- "funzioni di interfaccia": (strutturali organizzative, tecnologiche) tra le parti/nodi del "sistema - ospedale" e del "sistema ospedale - territorio";
- "capacità di team working e di integrazione interprofessionale" ("funzione di interfaccia relazionale").

Risultati/Conclusioni. La "crisi del sistema sanitario" pugliese, può rappresentare la condizione per il cambiamento organizzativo; ma non basta introdurre "modelli organizzativi innovativi" (struttura "orientata" a intensità/continuità assistenziale), occorre anche un "modello formativo" orientato all'integrazione interprofessionale. L'"evoluzione culturale" del sistema può consentire di governare le interazioni locali delle interfacce operative (organizzative, tecnologiche, relazionali) dei nodi favorendo l'integrazione professionale nella prospettiva dei "contesti formativi e delle comunità di pratica" (M. Catino, 2001).

LAVORO A TURNI E QUALITÀ DELLA VITA: INDAGINE SU UNA POPOLAZIONE DI INFERMIERI DELLA ASL DI LECCE

C. Cosentino*, C. Leone**, C. Caldararo***, L. Cosentino***

*Dr.ssa Psicologa Univ. Parma, ** Infermiere ADIR-Nardò, *** Cood. Inf. e Dir. Med. P.O. Copertino (Le)

Parole chiave: lavoro a turni, percezione, qualità di vita.

Introduzione. Valutare la qualità di vita del personale infermieristico turnista utilizzando degli "outcome di tipo soggettivo" (percezione del proprio stato di salute) quali possibili indicatori (seppure indiretti) dell'impatto dei modelli organizzativi e delle correlate attività assistenziali sulla qualità di vita degli infermieri stessi rilevati in "condizioni reali" ovvero nel loro contesto lavorativo.

Materiali e metodi. La ricerca è stata effettuata su un campione di 511 infermieri turnisti e giornalieri della Asl di Lecce: 168 uomini, (32.9%), 338 donne (66.2%), 5 non hanno risposto (0.9%). Il campione di infermieri turnisti è costituito da 308 unità, 106 di sesso maschile e 200 di sesso femminile; quello di infermieri giornalieri (non turnisti): 203 unità, 62 di sesso maschile e 138 di sesso femminile; la partecipazione è stata volontaria e anonima. L'età media è di 43 anni; il 19,4% degli intervistati è celibe/nubile, il 72,2% coniugato/convivente, il 6% separato/divorziato, l'1,6% vedovo/a (non risponde lo 0.8%). È stato utilizzato l'SF36, questionario generico sullo stato di salute del soggetto che è caratterizzato dalla brevità e dalla precisione (valido e riproducibile), multidimensionale, articolato su 36 domande che identificano concettualmente 8 domini di salute.

Risultati/Conclusioni. I dati rilevati con l'SF36 nel campione indagato, sono stati confrontati con i dati di normalità di una popolazione italiana di riferimento e quindi analizzati e correlati tra loro per tipologia di lavoro (turnisti/non turnisti; il sottogruppo dei non turnisti è stato utilizzato come gruppo di controllo) e per sesso. I risultati acquisiti indicano, come tendenza generale, che i punteggi medi delle dimensioni indagate nel campione di infermieri della ASL di Lecce, sono tutti al di sotto della media della popolazione italiana di riferimento sia nei maschi che nelle femmine. L'analisi disaggregata (turnisti/non turnisti) non sembra indicare differenze se si valutano i campioni globalmente, tuttavia l'analisi di genere (maschi/femmine) consente di rilevare delle differenze di percezione che risultano in linea con i risultati attesi (e già presenti in letteratura) nelle femmine (la qualità di vita è percepita in modo più positivo nelle non turniste) rispetto a quanto rilevato invece nei maschi (la percezione è migliore nei turnisti). Gli Autori discutono possibili ipotesi interpretative cercando, inoltre, eventuali fattori causali nei modelli organizzativi e/o nei ruoli sociali e/o familiari.

APPROPRIATEZZA DELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI E CONTENIMENTO DELL'ANTIBIOTICORESISTENZA. INDAGINE PRESSO L'OSPEDALE "BUCCHERI LA FERLA-FATEBENEFRAPELLI" (FBF) DI PALERMO

C Claudio*, Marsala MGL*, Firenze A*, Civello P**, Mancina S***, Russo S****, Seroni G**

*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva-Università degli Studi di Palermo; **Direzione Sanitaria Ospedale Buccheri La Ferla-Fatebenefratelli di Palermo; *** Farmacia Ospedale Buccheri La Ferla-Fatebenefratelli di Palermo; ****Direzione del Distretto di Partinico dell'ASP di Palermo

Parole chiave: cartelle cliniche, antibiotici, antibiotico resistenza.

Introduzione. Negli ultimi decenni l'uso inappropriato degli antibiotici in ambito ospedaliero ha contribuito alla comparsa di numerosi ceppi di microrganismi antibiotico resistenti. Le principali cause sono l'inappropriatezza prescrittiva, le modalità e le vie di somministrazione inadeguate. L'obiettivo dell'indagine è quello di valutare la qualità e l'appropriatezza della somministrazione degli antibiotici ai pazienti ricoverati presso le diverse UU.OO. del FBF.

Materiali e Metodi. L'indagine è stata condotta mediante l'analisi delle cartelle cliniche dei ricoveri effettuati in regime ordinario in tutte le UU.OO. del FBF ad indirizzo clinico e chirurgico, nei due periodi temporali compresi tra l'1 e il 15 marzo 2011 e tra l'1 e il 15 giugno 2011, con l'intento di evidenziare differenze nell'approccio terapeutico, in termini di tipologia e via di somministrazione farmacologica. I dati ottenuti, sono stati analizzati mediante l'ausilio del software Epi Info v. 3.5.1.

Risultati: Sono state valutate complessivamente 256 cartelle cliniche relative a pazienti con età media di 59 anni (range 0-90 anni), equamente distribuiti per sesso (M=49%).

Le degenze media è stata di 10,4 giorni nelle UU.OO. ad indirizzo clinico, di 7,3 giorni nelle UU.OO. ad indirizzo chirurgico (p <0,0001).

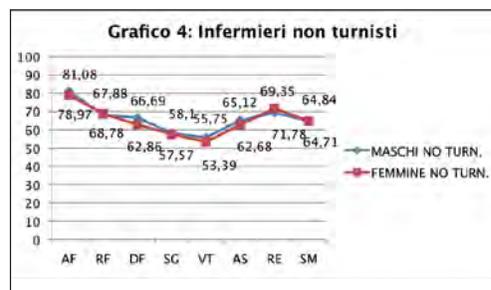
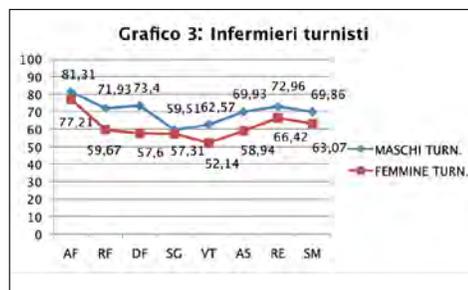
Il 71% degli antibiotici è stato somministrato per via endovenosa od intramuscolare, mentre il 24% per via orale. Solo nel 3,6% dei casi si è verificato lo switch endovena/orale una volta superata la prima fase terapeutica di attacco.

Le classi di antibiotico maggiormente utilizzate come primo approccio terapeutico sono i beta-lattamici (71%) e i chinolonici (22,5%).

Nel 12,9% dei casi è stato somministrato un secondo antibiotico, anche in questo caso rappresentato principalmente da beta-lattamici e chinolonici. Il 75% delle somministrazioni nelle UU.OO. ad indirizzo chirurgico è di composti beta-lattamici (56% cefalosporine di III generazione), mentre il 45% delle somministrazioni nelle UU.OO. ad indirizzo clinico è di composti chinolonici (p <0,0001). La durata media della terapia antibiotica è di 6 giorni nelle UU.OO. ad indirizzo clinico e di 4 giorni in quelle ad indirizzo chirurgico (p <0,0001).

La somministrazione dell'antibiotico è giustificata prevalentemente dalla profilassi pre e post chirurgica (51,8%) e dalla terapia empirica clinica (21%). Soltanto nel 4% dei pazienti l'antibiotico è scelto in base all'esame microbiologico e all'antibiogramma.

L'indagine ha evidenziato come l'approccio alla terapia antibiotica è quasi esclusivamente empirico e raramente basato sul reperto microbiologico. I dati ottenuti confermano la necessità di mantenere alto il monitoraggio del fenomeno delle prescrizioni di antibiotici inappropriate per contenere il fenomeno dell'antibiotico-resistenza in ambito assistenziale ospedaliero.



LA DOCUMENTAZIONE PERI-INTERVENTISTICA: UNA CHECK-LIST SPECIALISTICA DI SICUREZZA

Costanzo P¹, Romano S², Barbero S³, Bellini R⁴, Demarchi PG⁵, Gemme C⁶, Piccolini E⁷

¹Direttore SOC Rischio Clinico e Rischio Infettivo ASL AL (autore e presentatore); ²Dirigente Infermieristico SOC Rischio Clinico e Rischio Infettivo ASL AL; ³Direttore SOC Radiologia P.O. Casale ASL AL; ⁴Responsabile SOS Terapia del Dolore ASL AL; ⁵Direttore SOC Cardiologia P.O. Casale ASL AL; ⁶Responsabile SOS Gastroenterologia P.O. Casale ASL AL; ⁷Direttore SOC Pneumologia P.O. Casale ASL AL

Parole chiave: sicurezza, interventistica, check-list.

Introduzione. Dall'1.06.2011 presso le SOC/SOS chirurgiche dei sei presidi ospedalieri dell'ASL AL si è utilizzata la Documentazione Perioperatoria, strumento unificato che integra varie schede di sicurezza precedenti.

Le ricadute positive sulla pratica quotidiana hanno superato i confini dei blocchi operatori e hanno indotto altre figure mediche, nell'ambito della medicina interventistica, a richiedere alla SOC Rischio Clinico e Rischio Infettivo la predisposizione di un documento analogo. È nata così la Documentazione Peri-interventistica.

Materiali e Metodi. L'attività interventistica presa in considerazione è stata quella riferita alle specialità per le quali nell'ASL AL sono svolte complessivamente 2500 procedure/anno: Pneumologia, Terapia del Dolore, Cardiologia, Radiologia, Gastroenterologia.

Attraverso una serie di incontri con il personale coinvolto si è giunti alla condivisione di un'unica check-list, che segue il paziente dal momento della preparazione all'uscita dalla sala di interventistica.

Risultati. Il coinvolgimento diretto del personale nella stesura della check-list ha determinato un immediato innalzamento del livello di attenzione alla sicurezza del percorso del paziente, responsabilizzando ogni singola figura.

La formazione continua di tutto il personale e la condivisione metodologica dello strumento, incluso l'approccio critico alla proposta innovativa, hanno costituito le condizioni di base per la realizzazione dell'obiettivo "sicurezza".

Il documento è in fase di edizione a stampa e verrà applicato nella pratica quotidiana a partire dal 01.05.2012. Successivamente verranno analizzate l'aderenza alla compilazione e le eventuali modifiche nella frequenza di comparsa delle complicanze post attività interventistica.

IL PROCESSO DEL FARMACO IN OSPEDALE: DALLA CARTA ALL'INFORMATIZZAZIONE DELLA SCHEDA UNICA DI TERAPIA (SUT)

D'Alfonso A.*; Avanzato M. **; Giusti M. ***; Belletrutti L.°

*Responsabile SoSd Sistema Qualità e Gestione del Rischio ASLTO 2; **Direttore P.O. Torino Nord Emergenza - San Giovanni Bosco ASL TO 2; ***Direttore S.C. Medicina A P.O. Torino Nord Emergenza - San Giovanni Bosco ASL TO 2; °CPSE SoSd Sistema Qualità e Gestione del Rischio

Parole chiave: integrazione, informatizzazione, strumento di comunicazione.

Introduzione. Il sistema sanitario è un sistema complesso e multifattoriale, in cui il rischio di frammentazione dei percorsi è elevato, facilitando la comparsa di possibili errori nel percorso. La condivisione di una modalità di comunicazione tra le varie figure coinvolte nel percorso ne garantisce la tracciabilità degli atti e la trasmissione integrata delle informazioni tra i professionisti. Viene di seguito descritta l'esperienza del P.O. Torino Nord Emergenza - San Giovanni Bosco di Torino che ha portato all'informatizzazione della Scheda Unica di Terapia (SUT) favorendo la massima integrazione fra tutte le figure professionali coinvolte.

Materiali e metodi. Il progetto di informatizzazione della scheda unica di terapia, nasce dalla fisiologica esigenza di trasformare la SUT, da strumento cartaceo, in uno informatizzato che permettesse di acquisire tutti i vantaggi del nuovo sistema: tracciabilità, maggiore condivisione, completezza dei dati inseriti, supporto al prescrittore in merito alla disponibilità delle formule farmaceutiche presenti nel prontuario terapeutico ospedaliero.

La progettazione di tale strumento è stata possibile grazie al lavoro di un gruppo multidisciplinare cui hanno partecipato informatici, medici, infermieri e esperti del Politecnico di Torino.

Il progetto di informatizzazione della documentazione clinica, all'interno delle strutture di ricovero, iniziato alla fine del 2010, ha richiesto la riprogettazione ed integrazione dei sistemi informatici in uso nelle singole unità.

Il successivo passaggio, legato al progetto di "informatizzazione della SUT", è stato quello di addestrare gli operatori all'utilizzo di questo nuovo strumento, è stato pertanto progettato e realizzato parallelamente all'informatizzazione un corso di formazione per singola reparto di degenza, in cui veniva introdotta la SUT su supporto informatico.

Risultati. Dall'esperienza finora maturata le criticità emerse sono quelle legate essenzialmente alla disponibilità di risorse (acquisto dei supporti informatici e dei carrelli terapia) che hanno dilazionato i tempi di realizzazione concludendo, ad oggi, il progetto in tutte le strutture afferenti al Dipartimento Medico del P.O. Torino Nord Emergenza - San Giovanni Bosco di Torino e pianificando l'implementazione del sistema nel Dipartimento Chirurgico e nei due blocchi operatori entro il 2012.

Il progetto di informatizzazione della scheda unica di terapia ha permesso di acquisire tutti i vantaggi del nuovo sistema: tracciabilità, maggiore condivisione, riduzione della frammentazione delle informazioni (cartella clinica, agende, schede terapia per la somministrazione) completezza dei dati inseriti, un supporto alla scelta terapeutica fornendo informazioni circa la disponibilità delle formule farmaceutiche presenti nel prontuario terapeutico ospedaliero e definendo il fabbisogno dei prodotti necessari da utilizzare.

Lo sviluppo di strumenti che supportano le attività dei professionisti, certamente garantisce un miglioramento dell'efficacia nella gestione del processo del farmaco ma non esenta dalla necessità di sviluppare competenze relazionali e di integrazione tra gli attori del processo di cura.

ANALISI DELL'UTILIZZO DEL SANGUE IN PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTI DI PROTESI D'ANCA E DI GINOCCHIO

F. Della Croce¹, G. Banfi², P. Campagnoli³, P. Perazzo⁴, S. Romagnoli⁵, N. Ursino⁶, A. Vinci⁷

¹Direttore Sanitario; ²Direttore Scientifico; ³Responsabile Anestesia e Rianimazione I; ⁴Responsabile Anestesia - Terapia Antalgica - Medicina Perioperatoria; ⁵Responsabile Centro Chirurgia Protesica; ⁶Responsabile Centro Chirurgia Articolare Sostitutiva e Chirurgia Ortopedica; ⁷Ufficio Qualità e Direzione Sanitaria - I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano

Parole chiave: trasfusione, predeposito, emorecupero.

Introduzione. Uno dei compiti principali di una moderna struttura sanitaria è coniugare la corretta assistenza dei pazienti con l'indispensabile gestione virtuosa ed oculata delle risorse a disposizione. In particolare è necessario gestire correttamente la disponibilità di sangue eventualmente da trasfondere a seguito di intervento chirurgico. In questo lavoro è stato analizzato l'utilizzo del sangue autologo ed omologo in pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia ortopedica d'elezione di protesi totale d'anca e di ginocchio. L'obiettivo è l'individuazione di fattori che possano prevedere la necessità di trasfusione; documentare l'utilizzo e gli sprechi del sangue e gettare la base per l'adozione di appropriate linee guida in Istituto per una corretta gestione della risorsa sangue.

Materiali e Metodi. Sono state esaminate le cartelle cliniche di 915 pazienti di due Unità Operative dell'Istituto, sottoposti ad intervento di protesi totale di anca o di ginocchio negli anni 2010 e 2011. In particolare sono stati valutati i valori di emoglobina in ingresso, dopo l'intervento chirurgico e alla dimissione, le perdite medie di sangue post-intervento e la quantità di sangue perioperatorio reinfusa. Questi valori sono stati correlati al ricorso alla trasfusione di sangue, sia di tipo autologo in pazienti sottoposti in precedenza a predeposito, che di tipo omologo in pazienti per i quali era stato richiesto sangue a disposizione pre-intervento. La metodologia della curva di ROC è stata utilizzata per valutare l'utilizzo del valore di emoglobina in ingresso come elemento predittivo per la necessità di trasfusione del sangue autologo.

Risultati. La percentuale globale di pazienti trasfusi è il 27%, cioè 227 su 915.

In particolare 289 pazienti erano stati sottoposti a predeposito, con valori di emoglobina in ingresso compresi tra 11.5 e 17.3 g/dl. Solo a 78 pazienti il sangue autologo è stato trasfuso, ne è stato quindi utilizzato il 27%. Il valore di emoglobina in ingresso, non si è mostrato in grado di prevedere quali pazienti, sottoposti a predeposito, avrebbero avuto necessità di trasfusione. Per 675 pazienti era stato richiesto sangue a disposizione (1,4 sacche in media per paziente) e di questi, 163 sono stati trasfusi (il 24%). La percentuale di pazienti trasfusi non dipende dal tipo di intervento (PTA e PTG). A tutti i pazienti è stato applicato il dispositivo per il recupero del sangue perioperatorio, ma questo è stato reinfuso a 618 pazienti (68%): all'80% dei pazienti sottoposti ad intervento di protesi totale di ginocchio e al 54% dei pazienti sottoposti ad intervento di protesi totale di anca. Questa differenza è correlata alle perdite ematiche medie nel post-operatorio: 570 ml per pazienti con intervento PTG e 435 ml per pazienti con intervento PTA.

TIPO INTERVENTO	PTA	PTG
N° pazienti	426	489
Hb ingresso	13,9	13,7
Hb post operatoria	11,3	11,5
Hb dimissioni	10,0	10,0
Pazienti con emorecupero reinfuso	229 (54%)	389 (80%)
ml sangue perso (media)	435	570
Pazienti con PD a disposizione	151	138
Pazienti PD trasfusi	40	38
Pazienti con GRC a disposizione	300	375
Pazienti GRC trasfusi	74	89
Pazienti senza sangue	16	29
PAZIENTI Trasfusi in totale	104 (24%)	123 (25%)

CRITERI OGGETTIVI PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INDENNITÀ DI RISCHIO DA ESPOSIZIONE A RADIAZIONI IONIZZANTI. L'ESPERIENZA NELLA AZIENDA SANITARIA DI MATERA

De Bellis L.¹, Casamassima F.², Mallardi V.C.³, Annese G.⁴, Di Fazio A.⁵

Azienda Sanitaria Matera – ASM: ¹ Coordinatore TSRM UO di Radiologia P.O. Matera; ² Infermiera presso l'Ufficio di Fisica Sanitaria del P.O. di Matera; ³ Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR; ⁴ Direttore Medico di Presidio; ⁵ Resp.le Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR.

Parole chiave: rischio radiologico, Indennità.

Introduzione. L'esposizione professionale alle radiazioni ionizzanti rappresenta una delle "emergenze" nella gestione del rischio clinico, anche e soprattutto per le carenze formative che spesso sono alla base di errori ed incidenti.

Materiali e metodi. Gli Autori espongono i risultati dell'attività della Commissione Rischio Radiologico dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM) ed in particolare illustrano il Regolamento per la concessione dell'indennità di rischio da esposizione a radiazioni ionizzanti, istituito presso la medesima Azienda Sanitaria. La carenza normativa e l'assenza di criteri di riferimento chiari pongono le Commissioni per la concessione del Rischio Radiologico (CRR), istituite presso ogni ASL, nella difficoltà di valutare con serenità ed uniformità sul territorio regionale e/o nazionale il personale radioesposto al fine della concessione dell'indennità in parola.

Questo obbliga le singole CRR ad orientarsi sui criteri di riferimento da utilizzare nella valutazione dell'esposizione continuativa e permanente del personale, dotandosi di una linea di indirizzo o di un Regolamento ad hoc predisposto.

Risultati. Dall'analisi del Regolamento istituito presso l'Azienda Sanitaria di Matera è stato possibile mettere in evidenza sia la presenza di criteri "certi e fissi" di riferimento per la concessione della indennità di rischio da esposizione a radiazioni ionizzanti (dati dosimetrici e/o durata complessiva di esposizione), sia la presenza di elementi atti a favorire comportamenti "sicuri" del personale esposto al rischio (partecipazione a corsi sulla radioprotezione, utilizzo del dosimetro, rispetto del principio di necessità della propria presenza durante l'erogazione delle R.I.).

Si esporranno quindi i risultati dell'applicazione del Regolamento sia in termini di indennità concesse sia in termini di implementazione dei profili di sicurezza in tutte le fasi del percorso perioperatorio del paziente chirurgico.

IL PROGETTO NAZIONALE: “LA RISTORAZIONE COLLETTIVA NEGLI OSPEDALI E NELLE STRUTTURE ASSISTENZIALI PER ANZIANI: SVILUPPO DI BUONE PRATICHE”

G. De Filippis[^], D. Galeone^{*}, R. Magliola^{}, V. Cometti^{***}, A. D’Onorio^{***}, I. Capizzi^{***}, M. Caputo[°], S. Del Treppo^{°°}, D. Domeniconi^{°°}, D. Possamai[§], G. Xompero[§], A. Pezzana^{§§} con gli altri componenti del Comitato Tecnico Scientifico e del Gruppo di Lavoro di Progetto(*)**

Direttore Sanitario AUSL Valle d’Aosta[^], Dirigente Dip. Prevenzione e Comunicazione Ministero della Salute^{}, Direttore Dip. Prevenzione Asl TO1 e Regione Piemonte – Assessorato Tutela della Salute e Sanità^{**}, Associazione Slow Food Italia^{***}, Direttore Direzione Integrata della Prevenzione Asl CN 1[°], agronomo libero professionista^{°°}, Ex Direttore SOC Dietetica e Nutrizione Clinica Osp. Santa Croce a Cuneo^{°°°}, dietista ASO S.G. Battista Torino[°], Direttore SoSD Dietetica e Nutrizione Clinica ASL TO2^{§§}*

**: Componenti del Comitato Tecnico-Scientifico: S. Barbero, M. Caputo, L. Cesari, V. Cometti, G. De Filippis, S. Del Treppo, E. Di Martino, D. Domeniconi, D. Galeone, I. Lacourt, R. Magliola, M. Menzano, C. Monti, A. Palmo, A. Pezzana, D. Possamai, G. Xompero *: Componenti del Gruppo di lavoro: M. Luisa Amerio, S. Blancato, P. Bo, I. Capizzi, A. Ciampella, G. Donadel, L. Ferrara, A. Girardi, A. Ivaldi, U. Pazzi, G. Ruo Berchera*

Introduzione. Il Progetto promosso dal Ministero della salute/Centro per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), ha avuto inizio nel 2008 con l’obiettivo di fornire modelli e risposte concrete alle Raccomandazioni emanate dal Consiglio d’Europa nel novembre 2002. Partendo da un’ampia revisione della letteratura il Comitato Tecnico scientifico ha indicato linee di indirizzo e obiettivi, trasmessi al Gruppo di lavoro successivamente individuato.

L’obiettivo del lavoro è la promozione di modelli che armonizzino la lotta alla malnutrizione ospedaliera, le buone pratiche inerenti il cibo nelle strutture sanitarie, l’organizzazione della ristorazione, l’attenzione ai luoghi e ai tempi di somministrazione dei pasti.

Materiali e Metodi. Il Progetto è partito con la realizzazione di un’indagine conoscitiva sullo stato dell’arte sull’intero territorio nazionale. Hanno risposto 81 Ospedali e 67 RSA delle circa 800 strutture coinvolte; il questionario prevedeva 4 sezioni: informazioni generali sulla struttura, valutazione dell’impatto ambientale del servizio di ristorazione, descrizione e aspetti qualificanti del servizio di ristorazione, gestione delle problematiche inerenti la malnutrizione (screening eventuale, procedure gestionali). In base alla rappresentatività geografica, di tipologia di struttura e di metodologie utilizzate nel servizio ristorativo sono state selezionate 16 strutture, oggetto di “visite di approfondimento” per comprendere, nel confronto diretto e sul campo con i protagonisti del servizio, le logiche e i modelli organizzativi applicati. Risultati. Il lavoro descritto ha portato alla stesura di un documento di raccomandazioni suddiviso in varie sezioni: 1) descrizione del progetto; 2) riflessioni sul servizio di ristorazione sanitaria; 3) indicazioni preliminari alla comprensione delle raccomandazioni; 4) descrizione del contesto; 5) descrizione delle strutture visitate; 6) raccomandazioni suddivise per aree tematiche; 7) ringraziamenti

Conclusioni. Il documento propone spunti di riflessione, indicazioni operative, raccomandazioni inerenti i vari aspetti del percorso della ristorazione.

In particolare, le raccomandazioni, nate utilizzando un approccio basato sull’evidenza, sull’esito dei questionari e delle visite di approfondimento e adottando un approccio descrittivo e narrativo, possono essere utili per integrare aspetti innovativi nel percorso di stesura dei capitoli o di revisione delle modalità gestionali.

Alcuni esempi “virtuosi” vengono raccontati a esempio delle buone pratiche descritte, anche per fornire modelli di fattibilità reale dei difficili e percorsi di cambiamento. Le raccomandazioni rappresentano, pertanto, un utile supporto per l’attuazione delle “Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale” del Ministero della Salute, approvate con Intesa Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

Il documento è disponibile on line all’indirizzo:

<http://www.slowfood.com/educazione/filemanager/pages/pcm/Raccomandazioni%20DEF.pdf>

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO: ESPERIENZA DELLE COMUNITÀ DI PRATICA ANMDO PIEMONTE VAL D’AOSTA

Desperati M.^{*}, Bragante B.[°], Azzolina MC[§], Farrauto G.[^], Ippolito R.^{^^}, Rinaldi M.[#], Vitale A.^{##}, Pellegrino P.^{°°}, Porretto S.^{^^}

ASO Alessandria^{}, ASL VCO[°], ASO S.Giovanni B. TO[§], ASO Novara[^], USL Aosta^{^^}, ASL TO5[#], ASO Mauriziano TO^{##}, ASO Cuneo, ASL AL*

Parole chiave: continuità assistenziale, dimissioni protette, comunità di pratica.

Introduzione. Nel corso del 2011 è stata costituita dall’ANMDO Piemonte-Valle d’Aosta una Comunità di pratica (CDP) per affrontare l’annoso problema della continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Scopo dell’iniziativa è stato quello di definire un documento condiviso da un congruo numero di Aziende sanitarie che confrontasse le numerose esperienze nate sul campo negli ultimi anni, definendo azioni realizzabili sull’intero territorio regionale.

Materiali e metodi. Alla CDP hanno aderito 9 aziende sanitarie, di cui 5 ospedaliere e 4 territoriali. La metodologia ha comportato la ricerca e la condivisione di dati sul problema, la raccolta di documenti ed azioni messe in atto dalla varie realtà sanitarie e la redazione finale di un documento, in forma di raccomandazioni, presentato nel corso delle iniziative formative 2011

Risultati. Si è esaminato il problema delle dimissioni “difficili”, quantizzate in una fascia tra il 6 ed il 15% dei ricoveri nei reparti di medicina, con prevalenza di quelli provenienti dal Pronto Soccorso, in una realtà costituita da comunicazioni bidirezionali non agevoli tra Ospedale e Territorio, specie quando il dialogo è tra Aziende ospedaliere e territoriali. La necessità impellente è risultata la definizione di regole chiare per le dimissioni protette, così sintetizzabili:

1. valutazione del paziente e dei suoi bisogni effettuata all’accettazione del paziente in reparto e ripetuta continuamente durante tutto il ricovero, a cura del personale di assistenza, e comprende aspetti cognitivi funzionali, sociali e sanitari. Viene evidenziata l’utilità di strumenti tecnici (indice di Brass) e di apposite figure organizzative (case manager);
2. coinvolgere nella valutazione gli stakeholder con utilizzo di equipe che comprendano anche personale del territorio. Emergono criticità legate alla comunicazione con i servizi sociali (orario di apertura, mancata disponibilità di soluzioni immediate...) tra ospedali e i MMG (spesso non si dispone di recapiti telefonici adeguati) e con i servizi di cura domiciliari e la difficoltà di far nominare amministratori di sostegno;
3. pianificare la dimissione attraverso una apposita procedura aziendale, anche intranet;
4. definire un piano personalizzato che rispetti i bisogni del paziente e della sua famiglia/caregiver e le concrete possibilità operative del ‘braccio’ territoriale dell’ASL di riferimento (MMG e Cure Domiciliari);
5. definire concreti strumenti di comunicazione identificabili in relazioni medico infermieristiche strutturate;
6. definire un sistema di monitoraggio con follow up anche telefonico e la rilevazioni di indicatori di outcome (es.% di ricoveri ripetuti entro 30 giorni sul totale dei dimessi dai reparti di geriatria, medicina e ortopedia.) e di processo (es. tempo medio intercorso tra la richiesta la dimissione effettiva; Pazienti con valutazione rischio di dimissione difficile secondo protocollo/Pazienti con percorso di continuità di cure attivato; N° percorsi di continuità di cure attivati (per tipologia)/ Totale pazienti con medio e alto rischio di dimissione difficile);
7. Attivare percorsi clinico- assistenziali integrati che proseguono anche dopo la dimissione.

Conclusioni. L’esperienza di CDP, pur nella difficoltà delle distanze territoriali tra gli interlocutori, si è dimostrata efficace, in tempi ristretti, per definire strumenti operativi attraverso la condivisione di esperienze significative, che spesso rimangono confinate nell’ambito territoriale in cui sono concepite.

SAFETY WALK AROUND (SWR): FORMAZIONE SUL CAMPO ED IMPLEMENTAZIONE DI NUOVE PROCEDURE. L'ESPERIENZA NELL'ASM

Di Fazio A¹, Saponaro V², Gollo I³, Fontanile N⁴, Annese G⁵

Azienda Sanitaria Matera – ASM: ¹ Resp.le Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR;

² Coordinatrice Area Riabilitativa Aziendale; ³ Direttore Unità Operativa di Psicologia; ⁴ Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR; ⁵ Direttore Medico di Presidio

Parole chiave: lavoro di gruppo, comunicazione, sicurezza.

Introduzione. Il Safety Walk Around (SWR) o “giro per la sicurezza” è indicato come migliore strategia non clinica nella Gestione del rischio clinico così individuato dall'Institute for Healthcare Improvement di Boston (USA) con la campagna “5 milioni di vite salvate”. L'obiettivo del SWR è quello di incoraggiare un dialogo aperto sui problemi relativi alla sicurezza del paziente, al fine di diffondere tale cultura e promuovere azioni di miglioramento. La conversazione *face to face*, tra i dirigenti ed il personale di prima linea, in materia di sicurezza del paziente, costituisce l'essenza di tale metodo. Nel 2004 Frankel pubblicò una guida in cui illustrò come procedere nell'applicazione del metodo, fornì una lista di domande da utilizzare ed introdusse anche alcuni indicatori per misurare l'efficacia dello strumento. L'Azienda Sanitaria di Matera (ASM) ed in particolare l'UGR ha voluto affrontare il tema del rischio clinico in maniera organica, complessiva, trasversale e, soprattutto in un'ottica di formazione, sperimentazione e miglioramento continuo delle procedure. Nell'ambito delle attività messe in campo dall'UGR una delle prime fu proprio il progetto “Safety Walk Round – Giri per la Sicurezza” iniziato nel 2007 e poi sviluppato costantemente fino ad oggi in maniera sempre più organica. Nella realizzazione del progetto, è stato implementato un modello nuovo di SWR incentrato sui profili pratici (problem solving) e formativi.

Materiali e Metodi. Nella esperienza ASM, il SWR viene utilizzato per: 1) fare formazione sul campo; 2) identificare i rischi; 3) cercare soluzioni alternative partendo dalla esperienza della “prima linea”; 4) migliorare i profili comunicativi all'interno delle realtà coinvolte ed il grado di “benessere organizzativo” e quindi lavorativo; 5) individuare figure professionali particolarmente interessate alle tematiche della gestione del rischio da coinvolgere quali referenti delle singole strutture di volta in volta coinvolte. Il SWR viene attivato su richiesta dell'UO interessata come percorso di miglioramento e formazione sul campo (accreditato ECM). Tutte le attività si svolgono nei locali dell'UO candidata.

Il SWR ha una durata di un mese circa e prevede:

1. un incontro iniziale (della durata di circa tre ore) durante il quale si procede alla presentazione del progetto e somministrazione di questionario iniziale. L'incontro consente di discutere alcune slides sulle tematiche della gestione del rischio e di esporre i principali strumenti per l'implementazione della sicurezza.
2. un periodo di circa tre settimane durante il quale il risk manager aziendale ed altri specialisti di volta in volta coinvolti (direzione strategica, psicologo del lavoro, farmacista, servizio infermieristico assistenziale) frequentano l'UO in varie fasce orarie ed affiancano il personale nelle attività ordinarie.
3. incontro finale in cui gli operatori dell'UO coinvolta possono illustrare al gruppo le criticità emerse e le proposte di procedure per la soluzione delle stesse. Durante tale incontro si individuano i referenti del rischio clinico (almeno un medico ed un infermiere) e si consegna un questionario finale. Gli operatori coinvolti, in regola con le presenze, ottengono i crediti ECM. Il risk manager aziendale invia all'UO ed alla Direzione Strategica un report finale sui risultati dell'attività svolta.

A distanza di sei mesi dal termine dell'esperienza, un gruppo rappresentativo di operatori scelto trasversalmente tra le varie UO coinvolte, viene invitato a partecipare ad un Focus Group per confrontarsi sugli esiti del SWR. Sono quindi state raccolte ed elaborate le risposte dei Questionari e gli esiti del Focus.

I dati ottenuti permettono di capire quali sono le potenzialità che il SWR può sviluppare nell'ambito di una realtà in cui la gestione del rischio clinico è in fase di forte crescita.

Risultati. Il Progetto SWR catalizza l'interesse, la motivazione e l'entusiasmo degli operatori, consentendo l'implementazione di efficaci e strategici strumenti Aziendali in ambito di Gestione del Rischio e Comunicazione Interprofessionale.

QUOTE ROSA IN CARDIOCHIRURGIA

Carlo Di Giambattista

Direttore Generale e Sanitario – Maria Pia Hospital, Strada Mongreno 180, 10132 Torino

Parole chiave: femminizzazione, etica, cardiocirurgia.

Introduzione. Negli ultimi anni si è reso sempre più visibile un aumento significativo della presenza delle donne nel mondo della sanità italiana.

Nel processo evolutivo che la sanità sta perseguendo, processo di cambiamento culturale a favore di una logica di lavoro di equipe e di presa in carico globale del paziente, ci si chiede se la funzione delle donne che lavorano nei contesti sanitari possa rappresentare una risorsa significativa.

L'interpretazione al femminile dei processi di cambiamento in atto potrebbe rappresentare quindi un nuovo motivo di riflessione ed una risorsa utile per orientare efficacemente le prossime azioni di sviluppo del sistema.

Nonostante ciò, dai dati relativi alla condizione femminile nel SSN diffusi dalla Ragioneria generale di Stato emerge chiaramente una situazione sfavorevole: degli oltre 45 mila “camici rosa” del Servizio sanitario nazionale solo il 13% ricopre il ruolo di dirigente medico. Inoltre, rimangono prettamente maschili le specialità chirurgiche (95% chirurgia maxillo facciale, 87% chirurgia toracica, 84% chirurgia generale) mentre il settore più femminile è quello pediatrico (56%). In particolare nell'ambito della cardiocirurgia, la rappresentanza femminile è solo del 4,5% e, dal punto di vista dirigenziale, dei 107 centri presenti in Italia solo due sono coordinati da figure femminili.

Materiali e Metodi. Il presente studio ha lo scopo di esplorare le esperienze professionali del personale femminile di cardiocirurgia che opera presso Maria Pia Hospital al fine di presentare una testimonianza del processo di “femminizzazione” della sanità in una specialità medica ancora prettamente maschile.

Risultati. A partire dal 2010 il Maria Pia Hospital è una delle rare strutture sanitarie sul territorio nazionale a vantare una figura femminile, la Dott.ssa Chiara Comoglio, a capo del reparto di cardiocirurgia.

La Dott.ssa Comoglio, dopo un'esperienza decennale come facente funzioni primarie di dirigenti maschili, coordina un'equipe costituita da 4 donne e 2 uomini che lavora a stretto contatto con il reparto di terapia intensiva coordinato anch'esso da una donna, la Dott.ssa Biancardi.

La presenza di un'equipe per lo più al femminile si riflette nelle capacità di organizzazione e di gestione, con risvolti utili in termini di efficienza ed efficacia dei processi. Sotto la direzione della Dott.ssa Comoglio si è assistito infatti ad un incremento sia del numero di interventi da 200 a 450 casi sia delle tipologie di interventi effettuati che riguardano la cardiocirurgia d'elezione. Tale capacità organizzativa è collegata alla storica abitudine del genere femminile ad occuparsi parallelamente di più funzioni, e si esprime soprattutto dal punto di vista della visione di insieme, della creazione di reti di rapporti, della sistematizzazione dell'intervento, della rapidità di reazione e della gestione dell'imprevisto, della capacità analitica che fa essere le donne metodiche e pragmatiche.

Dal punto di vista comunicativo un rilievo importante è l'attenzione che viene rivolta ai rapporti nell'ambito dei gruppi di lavoro, sia con i colleghi che con i collaboratori. Le figure femminili infatti sono caratterizzate da una grande capacità di mediazione che si esprime nella possibilità di armonizzare tra posizioni differenti senza esasperare gli scontri ma piuttosto in una gestione utile dei conflitti.

È soprattutto nell'ambito dell'attenzione al paziente che si esprimono prevalentemente le peculiarità proprie di un'equipe al femminile. L'attenzione all'empatia, ai bisogni, valori e preferenze individuali del paziente dovrebbe essere una delle componenti della buona pratica clinica. Lo stile di comunicazione femminile realizza tutto ciò grazie ad una migliore attenzione all'aspetto emozionale della malattia oltre che a quello biomedico e grazie alla capacità di offrire maggior supporto emotivo, incoraggiamento e rassicurazione.

INTENSITÀ DI CURE IN AREA MEDICA: STUDIO PILOTA NELL'OSPEDALE DI CHIERI – ASL TO5 (PIEMONTE)

Di Legami V¹, Centofanti B², Torta F³, Messori Ioli G⁴, Bruzzese L², Cavaglià M⁵, Meneghini T⁶, Mosca A⁶, Novara G², Reale R⁷, Panarisi P⁸, Aimone M⁹.

¹Medico Dir. di P.O., ²Infermiere Dir. di P.O., ³Dir. Dip. Area Medica, ⁴Resp. Controllo di Gestione, ⁵CPSE Medicina, ⁶Infermiere Medicina, ⁷Dirig. Inf. Dir. di P.O., ⁸Direttore dei PP.OO., ⁹Direttore Sanitario d'Azienda

Parole chiave: intensità clinico-assistenziale.

Introduzione. Tra i motivi alla base della riorganizzazione degli ospedali sul modello dell'intensità di cura si rileva la necessità di razionalizzazione delle risorse e di risposta all'aumento dell'età dei pazienti, pluripatologici ed a rischio di dimissione difficile ed allo sviluppo di percorsi di cura multidisciplinari, che superano i confini del singolo reparto. Il PSSR 2012-2015 del Piemonte prevede "l'organizzazione delle attività ospedaliere... in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero... Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa... l'omogeneità tra i bisogni e l'intensità di cure richieste."

Da qui l'esigenza in ASL TO5 di provare a monitorare il bisogno clinico-assistenziale dei ricoverati, come primo passo per una riorganizzazione degli ospedali, applicabile al contesto ed in linea con le indicazioni Regionali. L'obiettivo dello studio pilota è stato individuare la tipologia dei pazienti ricoverati nell'Area Medica Dipartimentale del P.O. di Chieri, in relazione all'intensità di cure necessarie, per definire il fabbisogno di posti letto di bassa intensità ed i criteri di eleggibilità per una degenza organizzata per livelli differenziati.

Materiali e Metodi. Sono state predisposte due schede, la prima da compilarsi a cura del medico, la seconda a cura dell'infermiere. Le rilevazioni sono state effettuate sui pazienti di Medicina Interna, Nefrologia e Neurologia, nel periodo 4-31/07/2011. La scheda 1 è stata utilizzata per definire il livello di cure appropriato per ciascun paziente (alta, media e bassa intensità), sulla base delle condizioni cliniche. La scheda 2 è stata utilizzata per rilevare la complessità assistenziale mediante l'Indice di Complessità Assistenziale (ICA), strumento validato per definire l'intensità delle cure infermieristiche. I dati sono stati analizzati per: DRG, corrispondenza tra setting osservato e atteso, motivo del ricovero, valutazione della dimissibilità.

Risultati. Sono state osservate 1228 giornate di degenza di 173 malati di età tra 30 e 98 anni (66,5% >75 anni). Il 19,4% delle giornate osservate era per motivo di ricovero diverso dal completamento dell'iter diagnostico terapeutico (in attesa di trasferimento, ricovero sociale). 192 giornate di degenza sono risultate appropriate per bassa intensità, consentendo di stimare un fabbisogno di 7 PL a bassa intensità per l'area medica. Si è osservata una non completa corrispondenza tra intensità clinica e complessità assistenziale, in coerenza con la letteratura: solo per 4 su 11 item ICA si è rilevato un bisogno inferiore nei pazienti a bassa intensità clinica rispetto ai pazienti di altri setting. Sono stati definiti criteri per l'allocazione dei pazienti nei differenti setting di cure. L'indagine rappresenta uno studio pilota per l'estensione della valutazione dell'intensità clinico-assistenziale negli ospedali aziendali.

ORGANIZZAZIONE DELL'URGENZA INTRAOSPEDALIERA NEL PRESIDIO OSPEDALIERO E. BASSINI

Dr. Di Marino O¹, Dr.ssa Ardini A², Dr. Bonazzi M³, Sig.ra M. Sgobbi⁴

¹Direttore di Presidio; ²Medico igienista - Direzione Sanitaria; ³Medico - Anestesia e Rianimazione;

⁴Coordinatore SITRA

Parole chiave: organizzazione, urgenza, MEWS.

Introduzione. La mortalità intra-ospedaliera è attualmente considerata una misura globale della qualità delle cure erogate ai pazienti ricoverati e come tale è stata recentemente inserita fra gli indicatori previsti dalla Joint Commission International. La letteratura evidenzia che l'evento avverso/acuto che determina la morte non è improvviso, ma annunciato da un progressivo deterioramento dei parametri vitali, registrabile da 6 a 24 ore prima nell'80% degli arresti cardiaci, nel 50% della mortalità non attesa e nel 70% dei ricoveri non programmati in ambiente intensivo. (SIAARTI-IRC Working Group: "Recommendations for organizing responses to In-Hospital emergencies Minerva Anestesiol 2007; 73: 533-53). La mortalità intra-ospedaliera viene distinta in mortalità inevitabile (che costituisce l'evento terminale di una patologia evolutiva non più trattabile) e mortalità potenzialmente evitabile. Quest'ultima è parzialmente prevenibile attraverso:

- il riconoscimento precoce del deterioramento dei segni vitali nelle 6 - 24 ore che precedono l'evento avverso acuto (FASE TRACKING), attraverso l'utilizzo di sistemi di rilevazione il più possibile semplici, "oggettivi" e validati;
- l'adozione di strategie di risposta rapida che permettano di attivare le figure professionali e le risorse strumentali e strutturali più adeguate ad affrontare le singole situazioni (FASE TRIGGER);
- la standardizzazione del trattamento al fine di ridurre la mortalità intraospedaliera.

Da ciò deriva la necessità di definire una politica di gestione dell'urgenza, intesa come qualunque situazione, al di fuori dei normali percorsi di diagnosi e cura, in cui si manifestano alterazioni delle funzioni vitali (coscienza e attività cardio-respiratoria) che possono avere conseguenze gravi (fino al decesso) se non si interviene con tempestività per garantire al paziente il livello di assistenza adeguato alla sua situazione clinica. La mancata adozione di tali misure può portare ad esempio ad un tardivo trasferimento da un reparto di degenza ordinaria ad un ambiente intensivo, con conseguenze negative sulla durata della degenza e soprattutto sulla mortalità e morbilità intra-ospedaliera.

Materiali e Metodi. A partire dal 2012, nel P.O. Bassini si è scelto di gestire l'urgenza intraospedaliera secondo i seguenti criteri:

- utilizzo del sistema a punteggio "Modified Early Warning Score" (MEWS) per la valutazione dei parametri vitali (tabella1);
- distribuzione a tutti gli infermieri e medici del presidio di mini poster tascabili con il sistema a punteggio MEWS;
- organizzazione di corsi di formazione specifici a medici e infermieri
- l'infermiere e/o l'OSS osservano/monitorano i pazienti secondo quanto stabilito dal piano di cura; i parametri rilevati vengono registrati nell'apposito modulo della cartella clinica;
- a ciascuno di questi parametri viene assegnato in base al MEWS un punteggio, progressivamente crescente da 1 a 3, in base allo scostamento sempre più accentuato dalla "normalità";
- l'infermiere attiva in base al punteggio rilevato, secondo criteri di appropriatezza in relazione alla gravità del quadro clinico, il Medico di Guardia Interdivisionale (punteggio = 2), il Cardiologo (punteggio = 3 di singolo parametro cardiologico) o il Rianimatore (punteggio = 3 di singolo parametro non cardiologico o ≥ 4 di somma di parametri).

Risultati. La gestione dell'emergenza intraospedaliera, viene affrontata secondo le modalità operative del Basic Life Support and Defibrillation (BLS-D). In ogni area clinica sono presenti carrelli per l'emergenza-urgenza identici con la stessa dotazione mi-

nima di presidi, di farmaci e di defibrillatore semiautomatico, atti ad iniziare le manovre del BLS prima dell'arrivo del Rianimatore. Il tempo di intervento per le situazioni di emergenza è al massimo di 5 minuti dal momento dell'attivazione.

Vengono conservate in Direzione Sanitaria di Presidio le piantine di ogni piano del Presidio con la disposizione dei carrelli di emergenza-urgenza.

L'appropriatezza della "chiamata" sarà valutata nel corso dell'anno, in termini di corretta applicazione del punteggio MEWS, di corretto allertamento della figura professionale di riferimento (medico di guardia interdivisionale, cardiologo, rianimatore) e di esito finale.

MODIFIED EARLY WARNING SCORE

	3	2	1	0	1	2	3
PAS	<70	71-80	81-100	101-199		>200	
FC		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
FR		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
TEMP		<35		35-38.4		≥38.5	
AVPU				A	V	P	U
SpO ₂	<85	85-89	90-94	≥95			
DIURESI ml/kg/h	0	<0.5	in dialisi	0.5-3	>3		

UN PUNTEGGIO ≥ 4 IDENTIFICA IL PAZIENTE AD ALTO RISCHIO

Q.J.Med.2001;94:521-526

LE CHECK LIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA: MISURE DI UTILIZZO E DI EFFICACIA DELLO STRUMENTO. L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA SANITARIA DI MATERA

Di Venere B¹, Risimini A.², Altieri V.³, Alba A.⁴, Cosi G.⁵, Di Fazio A.⁶

Azienda Sanitaria Matera – ASM: ¹ Dirigente Medico U.O. Chirurgia Generale; ² Infermiere Coordinatore Comparto Operatorio; ³ Infermiere Coordinatore Comparto Operatorio; ⁴ Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR; ⁵ Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR; ⁶ Resp.le Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR.

Parole chiave: Check list, Sicurezza del paziente, Chirurgia Sicura

Introduzione. Il Miglioramento della sicurezza del paziente, intesa come riduzione del danno derivato da errori nelle cure, è riconosciuto come obiettivo primario da tutte le organizzazioni sanitarie. La maggior parte degli "errori medici" sono il frutto di una mancata o inefficace comunicazione, le check list hanno l'obiettivo di implementare la comunicazione. Nel 2008 l'OMS ha presentato il programma "Safe Surgery Save lifes", e la "Surgery Safety Check List". Anche il Ministero della Salute in Italia ha prodotto nell'Ottobre 2009 un "Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Check list", la cui adozione è diventata mandatoria in tutte le strutture sanitarie territoriali. Tuttavia recentemente molti dubbi sono sorti sulla reale penetrazione nelle singole realtà territoriali di queste check list e sul loro effettivo impatto sulla sicurezza del paziente. D'altra parte è convinzione comune che solo azioni manageriali proattive sui cambiamenti organizzativi sono indispensabili perché l'uso di queste check list sia effettivo e duraturo nel tempo. In questo lavoro vengono illustrati: le modalità di stesura adattamento e introduzione di una "Check list per la sicurezza del paziente in sala operatoria" nella realtà dell'Azienda Sanitaria di Matera – ASM, i risultati dello studio osservazionale che è stato effettuato allo scopo di valutare l'effettivo utilizzo di questo strumento e il gradimento da parte degli operatori sanitari coinvolti. Viene inoltre proposto un protocollo per misurare l'efficacia della "Check list" nel modificare i comportamenti in maniera effettiva e nel produrre un aumento della sicurezza del paziente in sala operatoria.

Materiali e Metodi. Nel 2008 nell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera dell'Azienda Sanitaria di Matera è stata valutata l'applicabilità della "Surgery Safety Check List", nella realtà locale producendo un adattamento di quello strumento che è stato chiamato "Boarding Card". Tale strumento è stato adottato a partire dal 2009 nell'Ospedale di Matera e successivamente nel 2010, introdotto anche presso l'Ospedale di Policoro secondo presidio dell'Azienda. La verifica dello strumento è stata effettuata attraverso uno studio osservazionale in cui sono state esaminate retrospettivamente un campione di circa 2000 cartelle cliniche. Sono stati individuati due indicatori di utilizzo: numero di check list (BOARDING CARD) compilate e numero di check list (BOARDING CARD) compilate in ogni voce correttamente. Inoltre si è provveduto alla somministrazione di un questionario sul livello di accettazione, comprensione, condivisione e funzionamento generale dello strumento "Boarding card", anche allo scopo di implementarla. Vengono presentati i dati relativi allo studio osservazionale condotto e al questionario somministrato e sulla base di questi dati vengono individuate le principali criticità che rendono l'adozione di questo strumento inefficace a produrre una effettiva modifica dell'organizzazione del percorso perioperatorio del paziente chirurgico. Viene inoltre proposto un protocollo per misurare la capacità effettiva della Boarding Card di intercettare, se correttamente utilizzata, gli incidenti evitabili in sala operatoria.

Conclusioni. La "Boarding Card" se opportunamente "modellata ai singoli contesti", rappresenta uno strumento di facile utilizzo ed applicabilità in ciascun ambito ospedaliero, dal più semplice al più complesso, attraverso cui è possibile standardizzare tutti quegli elementi, spesso già presenti, in grado di aumentare la sicurezza del paziente nel percorso perioperatorio. Questo strumento consente di migliorare il "lavoro di équipe" e la reale "integrazione multiprofessionale", solo quando diventa efficace nel promuovere cambiamenti radicali nei comportamenti e sostanziali modifiche degli stessi, nel senso di un aumento della sicurezza per il paziente. L'utilizzo corretto della check list perioperatoria è in grado di ridurre in maniera significativa l'entità del danno da errore medico e di conseguenza i costi di tali errori per le Aziende Sanitarie.

GLI OPERATORI CONOSCONO GLI STRUMENTI DELLA CG? RISULTATI DI UN'INDAGINE PRESSO GLI OO.RR. DI RIVOLI

Dore M¹, Papalia R², Lovato E³, Giorello M⁴, Olivero G⁵, Cosola A⁶, Meacci M⁷, Vota O⁸, Sacco R⁹, Picco C¹⁰, Minniti D¹¹

¹ Direttore Dipartimento Area Medica, OO.RR. Rivoli; ² Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ³ Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁴ Dirigente infermieristico OO.RR. Rivoli; ⁵ Dirigente infermieristico OO.RR. Rivoli; ⁶ SC Ricerca e Formazione, ASL TO3; ⁷ SC Ricerca e Formazione, ASL TO3; ⁸ Dirigente medico, Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli; ⁹ Direttore Medico di Presidio, OO.RR. Rivoli; ¹⁰ Direttore Sanitario ASL TO3; ¹¹ Dirigente Medico, Direzione Sanitaria, OO.RR. Rivoli

Parole chiave: formazione, clinical governance, operatori.

Introduzione. In un contesto professionale dove il medico, l'infermiere e l'OSS vengono sempre più coinvolti nella gestione globale dei processi assistenziali, risulta necessario approfondire e sviluppare le conoscenze e le competenze inerenti al miglioramento della qualità dei servizi attraverso l'implementazione degli strumenti della Clinical Governance (CG) quale veicolo per il miglioramento delle performance cliniche-assistenziali-organizzative.

Materiali e Metodi. È stato organizzato un Corso di Formazione (Introduzione alla CG e al Rischio clinico – cod. ECM 8661), articolato in 13 edizioni (Ottobre 2011-Gennaio 2012), rivolto a ai medici, infermieri e OSS afferenti al Dipartimento di Area Medica degli OO.RR. di Rivoli.

Al termine di ogni evento formativo è stata effettuata una valutazione retrospettiva dell'attività didattica (*debriefing*) per riflettere su varie criticità e considerazioni relativamente alle tematiche formative della CG proposte durante il Corso.

Risultati: Dalla valutazione pre-post del "corso" (Tab. 1), è emerso che l'evento formativo ha determinato un significativo incremento di conoscenze soddisfacenti (score ≥ 6) per la CG a livello generale (61.6%), per il Risk Management (RM) (57.7%), e per gli Eventi Sentinella (48.3%) tra i medici e per il 52.8%, 56.7% e 42.6% tra gli infermieri ed OSS.

Nel confronto tra professioni, è emerso che i medici conoscono nettamente meglio la CG nel complesso ($p < 0.07$), gli strumenti della Malpractice ($p < 0.001$) e del RM ($p < 0.005$).

Dal test di verifica dell'apprendimento del corso, sono emerse tra i dipendenti lacune relative alle responsabilità della CG a livello aziendale, sul tema dell'HTA e dell'Audit, dove hanno risposto in maniera errata rispettivamente il 34.3%, il 40.1% e il 27.8% dei medici, il 29.2%, il 25%, ed il 24.8%, degli infermieri e il 36.2%, il 41.1% e il 41% degli OSS.

Infine, dal debriefing del corso (tab2.) è emerso che l'interesse per le tematiche presentate e per le esercitazioni e la multi professionalità dei docenti sono i fattori positivi maggiormente legati al Corso; mentre tra gli aspetti negativi l'eccesso delle nozioni fornite dai docenti, il brusco passaggio dalla teoria alla pratica e problematiche logistiche d'aula.

Conclusioni. La valutazione retrospettiva dell'attività didattica, oltre ad aver consentito un miglioramento nell'offerta formativa su un tema complesso per gli operatori, ha ottenuto nel corso del 2° periodo di formazione un ritorno molto positivo da parte dei discenti.

Tabella 1. Risultati delle survey pre-post intervento formativo sulle autovalutazioni degli strumenti della Clinical Governance da parte dei partecipanti al corso di formazione

Tutti i dipendenti (medici, Infermieri, OSS)	Score Autovalutazione Pre-Training		Score autovalutazione Post-Training	
	<5 (%)	≥ 6 (%)	<5 (%)	≥ 6 (%)
Clinical Governance	29.81	70.19	84.42	15.58
Risk Management	38.28	61.72	77.63	22.37
Audit Clinico e Civico	42.31	57.69	89.61	10.39
Linee Guida	80.19	19.81	96.10	3.90
Eventi Sentinella	50.96	49.04	90.79	9.21
Malpractice	48.06	51.94	82.19	17.81
Consenso	89.81	10.19	91.89	8.11
Errore	72.60	27.40	86.84	13.16
Rischio Assicurativo	52.91	47.09	76.00	24.00

Tabella 2. Risultati debriefing relativo al Corso di Formazione "Introduzione alla Clinical Governance e al Rischio clinico – 13 edizioni

CONSIDERAZIONI POSITIVE	N°	CONSIDERAZIONI NEGATIVE	N°
Lavoro in equipe	3	Necessità di linguaggio comune	3
Tematica interessante	8	Necessità di confronto fra le SS.CC	4
Errore come possibilità	2	Maggior confronto tra i professionisti	2
Responsabilità condivisa	1	Scarsa complicità fra gli operatori	1
Multidisciplinarietà	5	Troppo nozionistico	6
Multiprofessionalità	7	Ripetitivo	2
Senso di integrazione	2	Troppa teoria	3
Ricadute come medicina difensiva	4	Troppo intenso	7
Filmati ed esercitazioni interessanti	6	Troppo Tecnico	2
Attenzione al lavoro clinico	2	Passaggio dalla teoria alla pratica	3
Buon clima di lavoro	3	Senso di solitudine nel cambiamento organizzativo	1
Ricadute pratiche	6	Troppi termini inglesi	5
Strumenti	2	Difficilmente applicabile a breve termine	3
Conferme	2	Problemi di aula (rumore, caldo, ...)	5
Diapositive inadeguate in alcune parti	2	Necessità di supporto cartaceo	2
Mancanza di materiali	2	Aggiornamento delle fonti	1

ACCESSI NEL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE MADONNA DELLE GRAZIE DI MATERA: VARIABILE NATURALE O ARTIFICIALE PER L'AZIENDA SANITARIA

Elia G.¹, Romito F.², Di Fazio A.³

Azienda Sanitaria Matera – ASM: ¹ Dirigente Medico U.O. Pronto Soccorso ed Osservazione Breve ed Intensiva; ² Dirigente Medico U.O. Anestesia e Rianimazione; ³ Resp.le Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR.

Parole chiave: pronto soccorso, flussi, variabili.

Introduzione. Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo incremento del numero degli accessi in Pronto Soccorso fino al quasi quotidiano overcrowding, parola anglosassone ormai in uso nel nostro vissuto quotidiano, che sottintende il sovraffollamento. Il paziente che proviene dal percorso dell'emergenza rappresenta sicuramente una variabile per il sistema organizzativo dell'azienda sanitaria: una variabile clinica, in quanto ogni paziente è diverso dall'altro per differenti patologie, gravità del quadro e risposta alla terapia; una variabile dei comportamenti clinico-assistenziali per differenti livelli di training ed abilità, ma anche per diversi approcci e preferenze di trattamento; una variabile di flusso in quanto insita nella mission di ogni ospedale per acuti (Litvak e Long 2000, Villa et al. 2007). Queste tre variabili hanno come comune denominatore la variabile naturale ed artificiale. La prima è ineliminabile, imprevedibile ed insita nello stato delle cose ed è da gestire attraverso l'utilizzo di modelli previsionali, la creazione di percorsi dedicati alle urgenze, l'attivazione di piani per la gestione delle emergenze e maxiemergenze (disastri, intossicazioni di massa, pandemie). Al contrario la variabilità artificiale, causata da disfunzioni dei processi e spesso legate a comportamenti scorretti ed inadeguati, è eliminabile attraverso interventi di natura organizzativa e di programmazione che devono tendere ad una variabilità controllata, cioè gestita e coerente con la capacità produttiva di una azienda.

Materiali e metodi. Il Pronto Soccorso dell'Ospedale Madonna delle Grazie, DEA di I livello, conferma il trend nazionale ed internazionale con un crescente numero di accessi, passando dai 28666 accessi del 2007 ai 34124 del 2011 (+16%). Il nostro gruppo di lavoro ha inizialmente preso in esame gli accessi degli anni che vanno dal 2007 al 2011, scorporandoli per accessi/mese e paragonandoli negli anni presi in osservazione. Si è evidenziato come, nell'ambito nel già noto aumento del numero degli accessi, il flusso sia costante ma con picchi di prestazioni nei mesi di Gennaio e Febbraio, legati a patologie stagionali, e di Luglio e Agosto, in relazione al turismo estivo. Peraltro questi picchi di accessi sono presenti in tutti gli anni presi in esame. Poi il nostro studio ha classificato gli accessi per giorni della settimana per 28 giorni consecutivi del mese di dicembre del 2008 e del 2009. Ed infine abbiamo focalizzato la nostra analisi sugli accessi nelle 24 ore divisi per fasce orarie di tre lunedì consecutivi. Ancora una volta i flussi sono risultati costanti e prevedibili ed in particolare ci danno delle informazioni fondamentali per l'organizzazione del lavoro evidenziando picchi di accessi per le giornate del lunedì e del venerdì ed in particolare nelle fasce orarie che vanno dalle ore 10 alle ore 13 e dalle ore 18 alle ore 20.

Risultati. La nostra analisi dei flussi in Pronto Soccorso ha dimostrato come il numero degli accessi nell'arco degli anni presi in esame, sia non solo prevedibile per picchi stagionali, ma ha anche evidenziato come sia sovrapponibile con variazioni non significative nell'arco dei giorni della settimana e persino per fascia oraria. L'analisi dei flussi ci permette da una parte di avere sempre più evidenti ricadute sulla sicurezza e sulla qualità di gestione delle aree produttive e dall'altra un progressivo riconoscimento e consapevolezza di una differente responsabilità sulle piattaforme produttive (sale operatorie, aree di degenza, radiologia, laboratorio, ecc.) dalla responsabilità sui processi clinici. In conclusione, se Litvak e Long già nel 2000 posero l'attenzione tra alta correlazione tra tempi di attesa al Pronto Soccorso ed indisponibilità di posti letto nei reparti e se nel 2006 Walley e Steyn evidenziarono come il 40% dei pazienti presenti in ospedale è in attesa di fare qualcosa (una radiologia, un intervento, una dimissione, ecc.), forse nel 2012 siamo pronti a nuove opportunità di cambiamento e integrazione proprio a partire dalle direzioni ospedaliere.

LE DEMENZE E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA E DEGLI OBIETTIVI DI PIANO

Fabbi T.¹, Amici D.², D'auria A.³

¹ Direttore III Distretto ASL Roma B; ² Responsabile UVA ASL Roma B; ³ Università degli studi di Roma TOR Vergata

Parole chiave: demenza, diagnosi, Centro.

Introduzione. Le Demenze raccolgono un insieme di patologie le cui complicanze rappresentano una delle principali cause di morte e di disabilità negli ultrasessantacinquenni dei paesi occidentali. Nell'Azienda Roma B sono in attività due delle 34 Unità Valutative Alzheimer (UVA) regionali; entrambe operano con l'obiettivo della presa in carico globale del soggetto affetto e della sua famiglia, attraverso l'integrazione sociosanitaria dei servizi dedicati. L'attuale offerta assistenziale per i soggetti affetti da demenza comprende inoltre i centri diurni Alzheimer (due dei quali presso la ASL Roma B) per un totale di 443 posti nonché la possibilità di ricovero presso strutture residenziali dedicate (complessivamente 120 posti letto nel Lazio).

Cenni epidemiologici. In Europa si stima che la demenza di Alzheimer (DA) rappresenti il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne del 4,4%. La prevalenza di questa patologia aumenta con l'età; in Italia lo studio ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging, 2002) ha prodotto stime di prevalenza variabili da 2,5% a 6,8%, con una predominanza per il sesso femminile e un'incidenza di 7 casi per 1.000 anni persona. Tali stime rapportate alla popolazione dell'Azienda Roma B, che conta 132000 ultrasessantacinquenni, fanno presupporre la presenza di un numero di persone affette da demenza che va da un minimo di 3.300 ad un massimo di 8.900.

Materiali e Metodi. Il numero dei soggetti in carico alle UVA regionali è notevolmente inferiore alla stima di prevalenza rilevata dallo studio ILSA, pertanto, il PSR 2010-2012 propone di ricomprendere nella denominazione dei centri preposti anche le altre forme di demenza, riorganizzando le 34 UVA regionali in Centri diagnostici specialistici e in Centri esperti per le demenze. In ogni ASL la riorganizzazione delle UVA dovrà prevedere l'individuazione di almeno un Centro diagnostico e di uno o più Centri esperti (distrettuali o sovradistrettuali) che dovranno accordarsi tra loro secondo criteri di territorialità:

- i Centri diagnostici specialistici sono servizi operanti presso le Università, gli IRCCS e gli ospedali capaci di offrire prestazioni diagnostiche specialistiche di secondo livello (esami laboratoristici, neuroimaging, valutazione neuropsicologica, funzionale e comportamentale, indagini genetiche);
- il Centro esperto per le demenze rappresenta il luogo della presa in carico globale del paziente e della sua famiglia per quanto concerne i vari aspetti dell'assistenza e del supporto, comprese le indicazioni per ottenere il riconoscimento dell'invalidità e dell'indennità di accompagnamento, l'eventuale individuazione di un amministratore di sostegno, l'accesso ai presidi e ausili protesici, l'assistenza domiciliare specifica, l'accesso ai servizi dedicati.

Risultati. La complessità delle esigenze assistenziali suggerisce la proposta di riorganizzare le attuali UVA della ASL Roma B in "Centri Esperti per le demenze" (sovradistrettuali) che dovranno accordarsi tra loro secondo criteri di territorialità. Sarà necessario stilare procedure condivise con l'Ospedale S. Pertini ed il Policlinico Casilino per offrire prestazioni diagnostiche specialistiche di secondo livello, come indicato dal PSR. Uno dei Responsabili delle attuali UVA aziendali potrebbe assumere la Responsabilità del Coordinamento delle attività dei Centri con valenza di Unità Operativa Complessa o di Unità Operativa Semplice Interdistrettuale, con il compito specifico di sottoscrivere protocolli d'intesa con i Direttori dei Distretti dell'Azienda, con le strutture territoriali distrettuali (Centro di assistenza domiciliare), promuovendo accordi con i MMG per la gestione congiunta del paziente, organizzando eventi formativi accreditati finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale, promuovendo l'attivazione di un archivio informatizzato adottando una "scheda di raccolta dati paziente".

LA CHECKLIST DI SALA OPERATORIA “VISTA” DAGLI OPERATORI SANITARI

Ferrara L¹, Barberis B², Papalia R³, Lovato E⁴, Ostorero ME⁵, Conti F⁶, Vajo M⁷, Vota O⁸, Sacco R⁹, Picco C¹⁰, Minniti D¹¹

¹ Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ² Direttore Dipartimento Area Diagnostica e dei Servizi, OO.RR. Rivoli; ³ Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁴ Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁵ Coordinatore infermieristico sale operatorie, PO di Rivoli; ⁶ Dirigente medico, Dipartimento Area Chirurgia, OO.RR. Rivoli; ⁷ Direttore Dipartimento Area Chirurgia, OO.RR. Rivoli; ⁸ Dirigente medico, Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli; ⁹ Direttore Medico di Presidio, OO.RR. Rivoli; ¹⁰ Direttore Sanitario ASL TO3; ¹¹ Dirigente medico, Direzione Sanitaria, OO.RR. Rivoli

Parole chiave: sicurezza, sala operatoria.

Introduzione. Nel 2008 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha redatto le linee guida per la sicurezza del paziente in sala operatoria nell'ambito del programma “Safe Surgery Saves Lives”, che già qualche anno prima aveva messo in evidenza come ci fosse una stretta relazione tra sicurezza nell'assistenza chirurgica e vite potenzialmente salvate.

Nel 2009 il Ministero della Salute ha diffuso le linee guida OMS promuovendo le raccomandazioni e gli standard di sicurezza, con la finalità di favorirne l'implementazione negli ospedali italiani.

Nel novembre 2011 la Direzione Sanitaria degli OO.RR di Rivoli ha promosso un corso di formazione per tutti gli operatori sanitari del blocco operatorio, al fine di promuovere una “chirurgia sicura” e motivando il personale alla piena adesione del programma.

Successivamente è iniziato un periodo di sperimentazione di tre mesi, durante i quali sono state discusse gli operatori coinvolti del Dipartimento eventuali aspetti da modificare e/o migliorare, nel rispetto delle linee guida ministeriali. In accordo con la Direzione Sanitaria, si è identificato come coordinatore della checklist l'infermiere di sala operatoria e come co-supervisor l'anestesista e il chirurgo, entrambi con firma da apporre prima della chiusura della checklist stessa.

In questo periodo di sperimentazione le schede sono state raccolte dal personale sanitario e conservate nel blocco operatorio, in attesa che la procedura venga formalizzata e la scheda diventi strumento della documentazione sanitaria.

Materiali e Metodi. Nel novembre 2011 è stato convocato tutto il personale di sala operatoria. Sono state effettuate tre giornate di formazione (suddivise per i tre gruppi: infermieri, anestesisti, chirurghi). Si è proceduto non solo con incontri formativi, ma anche con momenti di discussione e confronto reciproco tra la direzione sanitaria e gli operatori di sala, al fine di motivare il personale, così come prevede la policy dell'ospedale. Il 30 novembre 2011 è stata introdotta la procedura e il periodo di sperimentazione è durato fino al 29 febbraio 2011.

Sono state raccolte per il periodo di prova 136 schede in totale. Per il periodo di prova è stata redatta una scheda fronte-retro, con la checklist su un lato e la cartella infermieristica in quello opposto, per facilitare il lavoro dell'infermiere.

Alla fine del periodo di prova sono stati intervistati gli operatori di sala tramite questionario anonimo predisposto ad hoc con domande aperte sulle criticità emerse durante la sperimentazione, i vantaggi e gli svantaggi rilevati e quali altri elementi di miglioramento e qualità potevano essere strutturati.

Risultati. Delle 136 schede raccolte, n.130 presentavano il sign in compilato in maniera corretta, mentre solo n. 36 il time out e n. 21 il sign out completo. Questo dato evidenzia la necessità di provvedere ad una revisione del processo relativo a queste 2 fasi della check list. Il conteggio garze, la posizione del paziente e le procedure legate all'apparecchiatura venivano riportate in cartella infermieristica e solo in pochi casi segnalati anche in checklist.

Per quanto attiene il questionario anonimo i dati sono ancora in fase di analisi.

MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELL'ARTRITE REUMATOIDE

Fusaro E.*, Azzolina MC**, Scarati M.*, Ambrogio F.*, Parisi S.*, Bruzzone M.*, Arione R.**

*S.C. Reumatologia; **S.C. Direzione Sanitaria Presidio Molinette – A.O.U. San Giovanni Battista di Torino

Parole chiave: artrite reumatoide, ospedale-territorio, diagnosi precoce.

Introduzione. L'artrite reumatoide (AR) è un problema di sanità pubblica. Dopo 2 anni di malattia il 10% dei pazienti sviluppa una invalidità grave, dopo 5 più del 50% interrompe l'attività lavorativa. Il 75% dei pazienti presenta erosioni articolari evidenti alla radiologia tradizionale entro i primi due anni di malattia e il 50% presenta erosioni nei primi 6 mesi di malattia all'indagine RMN.

Le linee guida EULAR 2010 raccomandano di iniziare un farmaco DMARDs (Disease Modifying Antirheumatic Drugs) il più presto possibile o comunque 6 mesi dalla diagnosi di AR. Ciò ha un impatto positivo sull'attività di malattia negli anni successivi, sulla progressione clinico-radiologica e sulla prognosi. Un precoce inquadramento diagnostico necessita di uno specifico assetto organizzativo.

Materiali e Metodi. I modelli finora proposti individuano progetti con accesso diretto ad ambulatori dedicati, con il difetto di selezionare pazienti inviati da MMG aderenti al progetto, escludendo pazienti afferenti a MMG meno motivati o coinvolti. Il nostro modello presuppone l'utilizzo di LG regionali, concordate tra MMG e reumatologi, che prevedono condizioni cliniche per l'invio secondo classi di priorità (tab.1)

PRIMA VISITA REUMATOLOGICA		
	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	"PAROLE CHIAVE" INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
TIPO U	48 ore	<ul style="list-style-type: none"> * ARTRITE DI RECENTE COMPARSА ASSOCIATA A SINTOMI SISTEMICI: febbre/cala, artemia, calo ponderale inspiegabile (4-5%) * Manifestazione clinica indicativa di RIACUTIZZAZIONE DI CONNETTIVITE O VASCULITE GRA' DIAGNOSTICATA (riacutizzazione artroica, vasculite, vasculite cutanea, alterazioni ematologiche significative, ...) * CEFALEA, FEBBRE E NEI ANZIANI DI RECENTE INSORGENZA con alterazione delle arterie temporali (numifazione, tortuosità, iperpulsanità) e/o disturbi visivi di recente insorgenza e/o claudicatio maxillare e/o dolore con rigidità simmetrica alle articolazioni dei cingoli scapolari e pelvici * PAZIENTI CON EFFETTI IATROGENI SEVERI da farmaci biologici e/o DMARDs (farmaci di fondo) * RACHIALGIA DA SOSPETTA SPONDILODISCITE SETTICA (rachialgia intensa con febbre settica e/o persistente)
TIPO B	15 gg	<ul style="list-style-type: none"> * ARTRITE ASSOCIATA ALLA PRESENZA DI SINTOMI OCULARI: Congiuntivite associata a xerofalmita; Episcleite in malattia reumatologica; Uveite (almeno 2 episodi) da causa non accertata * PRESENZA DI LESIONI CUTANEE O MUCOSE: Noduli dermo-ipodermici dolenti (Eritema Nodoso); Porpora palpabile; Eritema a farfalla al volto o Fenomeno di Raynaud con interessamento cutaneo associati a sintomi sistemici (artralgie o febbre/cala o astenia o calo ponderale); Afrosi orale e genitale contemporanea * ALTERAZIONI FLOGISTICHE E/O DISIMMUNI DEGLI ESAMI DI LABORATORIO in Pazienti con segni o sintomi di patologia reumatica * ARTRITE O DATTILITE (dito a "salicciotto" dolente) in Paziente proriatico, con sospetta artrite reattiva o malattia cronica dell'intestino ARTRITE DI RECENTE INSORGENZA SENZA SINTOMI SISTEMICI
TIPO D+P (da indirizzare allo specialista reumatologo solo se vi sono difficoltà diagnostiche e/o terapeutiche)	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> * Fenomeno di Raynaud isolato * Presenza di sintomi orali: Xerostomia persistente (non farmaco-dipendente) accompagnata da xerofalmita; afrosi orale ricorrente che non regredisce entro le 2 settimane * Polialgia in giovane donna, senza segni di flogosi, con disturbi del sonno (una volta escluse patologie sistemiche) * Lombalgia infiammatoria * Artromialgie senza segni di flogosi * Riconcontro occasionale di alterazioni disimmuni non correlato a segni/sintomi di patologia infiammatoria

La condizione “artrite di recente comparsa con sintomi sistemici” prevede l'invio in classe U (< 48 ore) corrisponde al sospetto di artrite o connettivite di recente comparsa. Fasi del progetto:

- sensibilizzazione dei MMG:
 - Formazione ai MMG su: importanza della diagnosi precoce; riconoscimento di sintomi di sospetto per l'early arthritis; utilizzo delle LG regionali sulle priorità.
- percorso ambulatoriale specialistico:
 - prima visita: valutazione iniziale; attivazione di un percorso interno per l'approfondimento diagnostico;
 - seconda visita (7-10 gg. dalla prima): raccolta dei dati clinici e strumentali, conferma diagnostica, valutazione prognostica, inizio terapia con DMARDs, programmazione dei controlli successivi.

Risultati. Al momento sono stati realizzati:

- un percorso ambulatoriale standardizzato, che tiene conto delle più recenti evidenze scientifiche per la diagnosi precoce e tempestivo trattamento dell'AR, migliorando la collaborazione tra specialista ospedaliero e MMG;
- un database i cui dati dimostrano che i pazienti presentano minore attività di malattia e minore impatto della stessa sulla qualità della vita, in accordo con la letteratura.

OSPEDALE REGIONALE DI AOSTA: PROGETTO DI BED MANAGEMENT

Novati R, Galotto C, Gorraz A, Ippolito R, Lale Demoz P, De Filippis G°

Direzione Medica ospedaliera, °Direttore sanitario aziendale, Azienda USL valle d'Aosta.

Parole chiave: bed management, pronto soccorso, posti letto.

Introduzione. I provvedimenti legislativi introdotti a partire dal 1980 hanno ridotto i posti letto ospedalieri nel nostro paese da 6,5‰ a 3,5‰ residenti; assieme al rapido invecchiamento della popolazione e in particolare della quota di anziani non autonomi questo fatto concorre ai gravi problemi di sovraffollamento nei pronto soccorso e di reperibilità di posti letto nei reparti ospedalieri.

Obiettivi. Nel 2011 la ASL Valle d'Aosta ha scelto di dotarsi di una funzione di Bed management per governare e razionalizzare i flussi paziente in Ospedale al fine di:

1. diminuire la degenza media agendo sui lungodegenti ad impronta sociale;
2. standardizzare i parametri di flusso in Pronto Soccorso
3. ridurre i conflitti e migliorare il clima tra le diverse componenti professionali.

Metodi. a) analisi dettagliata delle attività ospedaliere nel biennio 2010-2011; b) redazione di un regolamento di gestione posti letto; c) creazione di un team di bed management; d) verifiche dell'efficacia del sistema.

Risultati.

- a) nel nostro Ospedale degenza media e percentuale di giornate outlier sono stabili nel biennio di riferimento ma entrambe al di sopra della media nazionale oltre che distribuite in maniera disomogenea per aree ospedaliere; gli accessi in pronto soccorso seguono curve molto stabili nel tempo, mentre risultano in lieve aumento ma di grande impatto le lungodegenze superiori ai 30 giorni, pari nel 2011 al 3,98% dei pazienti ma ben al 25,45% delle giornate di degenza;
- b) il regolamento deliberato e attivo dal primo gennaio del 2012 definisce in particolare le "regole di ingaggio" da pronto soccorso a reparto, identifica e descrive la funzione del team di BM e definisce i ruoli di PS e reparti;
- c) il team di Bed management è in carico al DMO e comprende medici, infermieri esperti, amministrativi e assistenti sociali: il team è di supporto a reparti e PS h24 nelle fasi critiche di ricovero e, soprattutto, funge da facilitatore alla dimissione dei casi sociali, interagendo in particolare con le componenti territoriali.

Conclusioni. L'obiettivo proposto è ambizioso ma secondo noi strategico alla luce del trend demografico ed economico; sarebbe utile mettere a confronto eventuali analoghe esperienze nazionali e comunitarie. I primi due mesi di applicazione del modello non ne consentono una valutazione di efficacia alla luce degli indicatori in esso contenuti; è evidente per ora il miglioramento di clima mentre il ruolo del team di BM è ancora troppo sbilanciato verso i flussi in entrata, a discapito del supporto alle dimissioni complesse, indispensabile per la riuscita complessiva del progetto. A tale proposito sembrano relativamente male utilizzati i canali di continuità assistenziale tra Ospedale e territorio, con ritardi di segnalazione e presa in carico dei casi, che riferiamo almeno in parte a limiti conoscitivi e culturali dei medici, sui quali stiamo lavorando.

L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO NELL'ASL VERBANO-CUSIO-OSSOLA: LA NUOVA CARTELLA CLINICA OSPEDALIERA

Garufi F*, Bianchi M**, Gagliardi A***

*Direttore Macrostruttura Ospedale Unico Plurisede ASL Verbano-Cusio-Ossola; ** Responsabile Equipe Professionale Organizzazione, Qualità, Accreditamento ASL Verbano-Cusio-Ossola; *** Direttore SOC Tecnologie Informatiche di Comunicazione e del Sistema Informativo ASL Verbano-Cusio-Ossola

Parole chiave: informatizzazione, cartella clinica, continuità assistenziale.

Introduzione. Nell'ASL VCO era già avviato dal 2003 un percorso di adozione di una cartella clinica informatizzata. Dal 2010 è attivo un progetto di evoluzione, sviluppo ed integrazione di un sistema informatico interessante l'ospedale ed il territorio al fine di informatizzare l'intero percorso del paziente nell'ambito di una riorganizzazione per processi dell'ASL. Ciò anche nel rispetto delle indicazioni del Progetto SIRSE (Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica) proposto dalla Regione Piemonte. Il progetto dell'ASL prevede la realizzazione di un sistema comprendente infrastrutture HW e SW di base e dei sistemi di accesso, lo sviluppo della Cartella Ambulatoriale, della Cartella Sociale e Sanitaria Territoriale, della cartella di Prericovero e di Sala Operatoria, della Cartella Infermieristica. Gli obiettivi prevedono: l'informatizzazione di alcuni PDTA (in primis il Percorso Frattura di Femore nell'Anziano), la realizzazione del Dossier Clinico, un sistema di elaborazione statistica, l'integrazione con i sistemi informatici dell'Anagrafe Unica Locale Aziendale, del Laboratorio Analisi, CUP, Accettazione Ospedaliera, Anatomia Patologica, Diagnostica per immagini e Servizi Trasfusionali. Centrale nel progetto è l'evoluzione della cartella clinica ospedaliera ad oggi non completa, verso un modello sostenuto da una piattaforma informatica, che preveda la gestione del foglio unico di terapia, del diario clinico integrato, l'adozione della firma digitale anche per la gestione della CC e non solo per i referti diagnostici e la garanzia della continuità del servizio. In questa comunicazione ci si sofferma sulla metodologia di lavoro adottata per la definizione della nuova cartella clinica informatizzata.

Materiali e metodi. Il Project Management prevedeva un Gruppo Guida e dei Referenti Aziendali con il compito di verificare e validare i prodotti presentati dall'azienda affidataria del progetto. I referenti aziendali identificati per la cartella clinica ospedaliera erano il Direttore dell'Ospedale Unico Plurisede, il Direttore del Servizio Infermieristico, il Direttore ICT ed il Direttore Dipartimento del Farmaco. In secondo tempo è stata coinvolta la Responsabile Qualità Aziendale. La metodologia di lavoro adottata ha previsto la raccolta delle specifiche tecniche della cartella differenziandole per area dipartimentale (medica, chirurgica, post-acuzie etc) con il coinvolgimento operativo di alcuni Direttori di Struttura. L'attuazione del cronoprogramma e la sperimentazione con affiancamento sul campo degli operatori ha previsto l'analisi proattiva del rischio (FMEA) al fine di identificare ulteriori criticità o potenziali rischi nell'uso della tecnologia informatica ed individuare azioni correttive e/o di contenimento di possibili eventi potenzialmente avversi. Le richieste di modifica del prodotto avanzate durante la sperimentazione sul campo da parte degli operatori vengono ridiscusse dal gruppo dei referenti che decide l'opportunità e/o le modalità di risoluzione delle stesse. Il sistema informatico aziendale, quando pienamente fruibile e validato dal gruppo di lavoro, sarà diffuso a tutte le strutture organizzative. Si ritiene che la mancata individuazione e comprensione delle reali esigenze dei fruitori comporterebbe conseguenze negative nell'utilizzo clinico. Sono in corso di aggiustamenti il sistema di prescrizione-somministrazione con produzione di una scheda terapia unica, il diario clinico integrato, la gestione della firma digitale, attualmente sostituita da un metodo identificativo dell'operatore tramite l'utilizzo delle credenziali di accesso al sistema definite da una procedura aziendale.

Risultati. La metodologia di lavoro individuata pur determinando una certa lentezza di realizzazione dell'intero sistema permette il riconoscimento di eventuali errori in fase di progettazione, dei rischi gestionali derivanti dall'utilizzo dello strumento informatico e favorisce il coinvolgimento attivo dei reali fruitori del sistema.

I SERVIZI NELL'ERA DELL'IMMIGRAZIONE: INTEGRAZIONE DELLE ETNIE O INTEGRAZIONE DELL'OSPEDALE?

Grosso M¹, Minniti D², Papalia R³, Lovato E⁴, Peretti M⁵, Caserta M⁶, Sacco R⁷, Cerri R⁸

¹Comunicazione e Relazioni con il Pubblico Ufficio Qualità Percepita e Partecipata, A.O.U. San Giovanni Battista; ²Dirigente Medico, Direzione Sanitaria, OO.RR. Rivoli; ³Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁴Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁵CPSI, Pronto Soccorso - Ospedale Gradenigo; ⁶Comunicazione e Relazioni con il Pubblico Ufficio Qualità Percepita e Partecipata, A.O.U. San Giovanni Battista; ⁷Direttore Medico di Presidio, OO.RR. Rivoli; ⁸Comunicazione e Relazioni con il Pubblico Ufficio Qualità Percepita e Partecipata, A.O.U. San Giovanni Battista.

Parole chiave: immigrazione, integrazione.

Introduzione. La componente straniera rappresenta una significativa percentuale di utenza delle strutture ospedaliere con conseguenti scelte organizzative specie nei confronti delle fasce di utenza a rischio di emarginazione.

Le principali difficoltà sono: barriere linguistiche; distanza culturale; scarsa conoscenza su funzionamento, accesso e utilizzo dei servizi; scarse conoscenze degli operatori sanitari circa le specificità di tipo sociale, culturale e comportamentale dei cittadini immigrati.

Tali criticità comportano problemi nell'erogazione e nell'organizzazione dei servizi, inevitabili disparità nelle prestazioni terapeutico-assistenziali, complicazioni burocratiche con aumento dei tempi di erogazione delle prestazioni e dei costi.

Lo studio ha l'obiettivo di implementare strumenti in grado di tutelare salute, dignità e uguaglianza dei cittadini stranieri che accedono ai servizi ed allo stesso tempo agevolare e supportare l'attività degli operatori che quotidianamente impattano in tali difficoltà.

Materiali e Metodi. La prima fase dello studio è un'indagine conoscitiva, condotta per mezzo di intervista semistrutturata con questionario face-to-face somministrato a pazienti stranieri afferenti al DEA di Rivoli ed in grado di comprendere le domande in lingua italiana o in inglese, cui si valutava la comprensione delle prestazioni erogate, al fine di identificare criticità e priorità. Sulla base dei risultati, si studieranno strategie di integrazione come: corsi di formazione per il personale; collaborazione con mediatori culturali; introduzione di materiali informativi multilingue (poster, brochure, dépliant); modulistica bilingue per utenti stranieri, ecc.

Risultati. Il campione intervistato è di 67 persone (41,8% femmine e 61,2% maschi). Il 56,8% ha dichiarato di non parlare italiano o parlarlo poco. Le etnie più rappresentate sono Rumena (25,4%), Albanese (16,4%) e Marocchina (20,9%). Le restanti persone provengono da paesi Africani (16,4%), Europei (17,9%) e Americani (3%). Il 56,7% degli intervistati crede di aver spiegato esaurientemente la sua sintomatologia ma il 61% non ha capito quale esame gli è stato prescritto. Le criticità maggiori sono emerse tra immigrati di origine marocchina, di cui il 71,4% parla poco o per nulla italiano, il 57,1% pensa di non essersi spiegato sufficientemente, l'86% non ha capito gli esami proposti e di questi il 50% crede di non essere stato compreso dagli operatori. Per quanto riguarda gli originari di Albania e Romania la difficoltà maggiore è la non comprensione degli esami proposti (rispettivamente nel 72,7% e 53%).

Conclusioni. Le principali criticità sono determinate dalle difficoltà che incontrano utenti e operatori, non solo rispetto al corretto utilizzo dei servizi, ma anche per incomprensioni linguistiche, e ad atteggiamenti culturali differenti. La difficoltà linguistica è la prima criticità ed esiste uno scarto importante tra comprensione e consapevolezza di comprensione da parte di cittadini stranieri, e questo dato è importante, specie in riferimento alla tematica del consenso. La presenza di mediatori culturali consentirebbe agli operatori di superare molte criticità e permetterebbe una reale ed effettiva equità di trattamento nei confronti di persone provenienti da altre culture.

SPERIMENTAZIONE DELLE AREE FUNZIONALI MULTIDISCIPLINARI NELL'ATTRIBUZIONE DELLE SALE OPERATORIE

S. Guarducci^o, A. Alessandri^{*}, A. Appicciafuoco^{*}, S. Bianchi[#], G. Bonaccorsi[§], P. Bonanni[§], S. Brogi[#], S. Brugnoli^{*}, V. Ceccherini^o, N. Comodo[§], S. Mariottini[#], S. Naldini^{*}, G. Salvadorini[^], G. Travassi[#], L. Volpi[^]

^oDirezione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze; [§]Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze; [#]Blocco Operatorio Ospedale S. Giovanni di Dio; ^oScuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze; [^]ASF, Innovazione e Sviluppo Servizi Sanitari

Parole chiave: aree funzionali, sala operatoria.

Introduzione. L'organizzazione della chirurgia ha subito una trasformazione fondamentale negli ultimi anni, passando da una configurazione con reparti e sale operatorie indipendenti per ciascuna unità operativa ad una configurazione in linea, dove le risorse vengono messe a comune. Sono stati realizzati interventi di tipo organizzativo-gestionale in tutti gli ambiti, compresa la programmazione dell'attività chirurgica. Si è inoltre creata la necessità di strutturare dei percorsi dedicati per le urgenze differibili, cioè quei pazienti ricoverati in area medica o chirurgica che hanno completato l'iter diagnostico e sono quindi pronti per essere operati, senza avere però necessità di un trattamento in regime di urgenza.

Materiali e Metodi. Nel Presidio Ospedaliero S. Giovanni di Dio è stato studiato il percorso della chirurgia di elezione, analizzando in particolare l'iter del paziente e individuando il flusso informativo ad esso associato. Sono state ridistribuite le sedute di sala operatoria proporzionalmente alla domanda e alle liste di attesa, è stato individuato il case mix per l'organizzazione delle risorse disponibili (sala-letto) ed è stata data indicazione alla PreOspedalizzazione per la gestione PULL di tale case mix.

L'introduzione di una codifica univoca per diagnosi e procedura chirurgica all'inserimento in lista di attesa ha garantito la standardizzazione necessaria, nonché la creazione e l'utilizzo di banche dati dinamiche.

La gestione ha evidenziato un gap tra capacità elaborativa (interventi effettuati) e domanda (pazienti inseriti in lista). Ad oggi circa l'80% della domanda mensile è costituito da un gruppo costante di tipologie di intervento. Pertanto, identificando il mix produttivo costante da eseguire, è possibile dare ritmo all'intero sistema chirurgico, lasciando spazi opportuni al restante 20% dei casi non ricorrenti.

Al fine di rispondere all'esigenza di introdurre nel percorso chirurgico le urgenze differibili sono state introdotte le "aree funzionali" multidisciplinari per l'attribuzione delle sedute di sala operatoria, che consistono in sedute dedicate a tali pazienti a disposizione di quelle U.O. che ne abbiano bisogno. La sala per le urgenze resta comunque disponibile h24.

Nel 2010, quando è stata introdotta la sperimentazione, veniva concessa una sola seduta settimanale per le aree funzionali. Nel 2011 le sedute sono state 2 alla settimana, con possibilità di incremento nei periodi di riduzione dell'attività elettiva, quando cioè si riduce il numero dei posti letto.

Inoltre, da ottobre 2011, viene riservata alla traumatologia una seduta di area funzionale alla settimana, il sabato mattina, al fine di garantire l'intervento entro 48h ai pazienti affetti da frattura di femore, come da indicazioni regionali.

Il percorso del paziente chirurgico può pertanto svolgersi in 4 diverse direzioni:

- chirurgia programmata;
- chirurgia d'urgenza;
- aree funzionali per discipline chirurgiche;
- area funzionale per la traumatologia.

Risultati. Dal 2010 al 2011 si è avuta una riduzione della degenza media e pre-operatoria dei pazienti ricoverati in Chirurgia d'Urgenza, in particolare la degenza media è passata da 8,1 a 7,3 giorni e la pre-operatoria da 3,1 a 2,6 giorni. Per quanto riguarda la traumatologia, si è passati da 2,6 a 1,6 giorni di degenza pre-operatoria e da 8,0 a 7,1 giorni di degenza media. Tali risultati suggeriscono l'opportunità di implementare il progetto proseguendo con il monitoraggio.

LA MEDICINA NELLA SOCIETÀ DEL RISCHIO

La Commare F*, Sesti E**, Nasi G***

*Direzione Sanitaria Hospice "Villa Speranza" UCSC Roma; **UOC Qualità Aziendale e Risk Management ASL RMB; ***Direzione Sanitaria Ospedale "Cristo Re" Roma

Parole chiave: società del rischio, nuove tecnologie.

Introduzione. Per comprendere pienamente dove ci possono condurre gli sviluppi della medicina occorre calare il sistema sanitario nella società contemporanea che evidenzia diversi aspetti problematici emergenti tra cui appare opportuno prestare attenzione alla cosiddetta società del rischio.

Il termine, coniato dal sociologo tedesco Ulrich Beck pone in rilievo gli "interessi mediatici, politici e scientifici gravitanti attorno alla produzione sociale del rischio. Il rischio diventa centrale per effetto della modernizzazione e dei suoi processi economici e tecnologici, si tratta di una società che tende sempre più verso il futuro cercando di prevedere le inevitabili casualità e governare l'incertezza che ne scaturisce". La teoria di Beck si basa su una semplice constatazione: produzione di ricchezza è ormai intimamente legata alla produzione dei rischi, come dimostra l'esempio dell'energia nucleare. Ciò pone un problema di giustizia sociale. Se solo una parte della società profitta di certe ricchezze, la depredazione dell'ambiente – una nube tossica radioattiva o un mare inquinato da petrolio – colpisce tutte le classi sociali e supera ogni confine.

Contenuti. Anche in ambito sanitario le nuove tecnologie rappresentano una diversa forma di rischio: se da un lato ci permettono di raggiungere eccellenti risultati in termini diagnostici ed interventistici, dall'altro ci obbligano nella cultura del rischio a seguire procedure e linee guida specifiche. Senza contare l'aspetto della equità dei trattamenti sanitari, della perdita delle relazioni interpersonali (rapporto medico-paziente, importanza della semeiotica), della carenza di umanizzazione nelle cure.

I rischi di malpractice ci costringono a tenere in conto gli altri, ovvero l'obiettivo della qualità percepita nonché ad analizzare correttamente i processi.

Inoltre, riprendendo le tesi di alcuni pensatori contemporanei, la tecnologia si è trasformata in breve tempo in una minaccia che non è solo fisica, ma riguarda l'integrità dell'uomo e la sua immagine. Si tratta dunque di una minaccia metafisica, di fronte alla quale nessuna delle etiche tradizionali ci può soccorrere: pur riconoscendo che il perseguimento del sapere è un diritto inalienabile, la sua pericolosità è ormai manifesta: il sapere rischia di provocare la fine dell'umanità così come essa è. All'accresciuta consapevolezza dei rischi non si accompagna una capacità di controllo altrettanto sviluppata: si moltiplicano le tavole rotonde, le discussioni, i convegni, si assiste a un dibattito senza precedenti in cui opinioni contrastanti vengono messe interminabilmente a confronto, ma le conseguenze pratiche (cioè le iniziative tecnico scientifiche e di politiche sanitarie) sono lente ed esitanti, confermando la difficoltà di inserire nel contesto socioeconomico esistente la nozione aggiornata di rischio. Il dibattito amplissimo sul rischio clinico ha faticosamente prodotto alcuni protocolli internazionali cui molti Paesi si sono adeguati, ma ancora l'evento dannoso grave resta il fenomeno di maggior rilevanza nell'opinione pubblica rispetto ai sistemi di sicurezza. In particolare quando si tratta di vita, di morte e di salute occorre considerare un ulteriore approfondimento circa il connubio tra tecnologia e scienza.

Oggi in alcuni settori della scienza medica nuovi strumenti sono in grado di cambiare la nostra identità, di agire ad esempio sui meccanismi della procreazione. Per la prima volta l'uomo, invece di riprodursi, è capace di prodursi secondo specifiche precise, ma non per questo è più sicuro di sé.

Conclusioni. Una nuova coscienza comincia a emergere: il mondo umano è messo ovunque a confronto con le incertezze, è trascinato in una nuova avventura. Il nostro compito: imparare ad affrontare l'incertezza.

HOSPITAL BASED HTA IN CARENZA DI RISORSE

La Valle G¹, Von Pinoci M², Minniti D³, Papalia R⁴, Lovato E⁵, Pasqualucci A⁶, Sacco R⁷, Picco C⁸

¹Dirigente Medico, S.S. Pianificazione qualità e gestione del rischio clinico delle attività sanitarie; ²Dirigente Medico, Direzione Sanitaria, OO.RR. Pinerolo; ³Dirigente Medico, Direzione Sanitaria, OO.RR. Rivoli; ⁴Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁵Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁶Direttore Medico di Presidio, OO.RR. Pinerolo; ⁷Direttore Medico di Presidio, OO.RR. Rivoli; ⁸Direzione Sanitaria Aziendale ASL TO3

Parole chiave: sostenibilità, complessità, carenza di risorse.

Contenuto. Benché l'istituzione di un HTA sia entrata tra gli obiettivi del PSN e molte Regioni hanno provveduto ad indicarne l'inserimento nei piani strategici aziendali, di fatto, specie a causa del grave momento storico di carenza di risorse economiche si è creato il paradosso: l'applicazione del metodo HTA è quanto più necessario in carenza di risorse, quanto più la carenza di risorse rende difficile l'attivazione di un sistema HTA. Pertanto si vuole proporre un modello HTA a livello di Azienda Sanitaria che tiene conto dell'impossibilità di creare una forza lavoro dedicata a tempo pieno. Tale modello si basa sulla distribuzione dei carichi di lavoro su un sistema bottom up.

Il modello prevede la costituzione di una Commissione Aziendale (CA) (comprendente almeno un esperto per Presidio Ospedaliero) e della nomina di Referenti per ogni Dipartimento e S.C. con una formazione di base. È prevista, inoltre, l'individuazione di un Referente Ingegnere, Farmacista e dell'Ufficio Controllo di Gestione che supportino i Referenti nella compilazione delle schede di proposta di acquisizione delle tecnologie sanitarie.

La CA definisce i criteri di livello di complessità/impatto e di prioritizzazione della valutazione. Le richieste a bassa complessità/impatto verranno analizzate direttamente dalla Direzione Sanitaria. Le richieste a media/alta complessità/impatto verranno analizzate dalla CA. Per le richieste ad altissima complessità/impatto si farà capo ad una Agenzia di riferimento.

Le richieste a bassa complessità/impatto sono quelle relative a tecnologie per cui è disponibile letteratura secondaria e che hanno un costo limitato per singola attrezzatura o per consumo annuo.

Quelle a media/alta complessità/impatto sono relative a tecnologie per cui non è disponibile letteratura secondaria ma abbondante letteratura primaria e/o che hanno un costo rilevante per singola attrezzatura o per consumo annuo.

Quelle ad altissima complessità/impatto sono relative a tecnologie per cui o non è disponibile letteratura ne primaria ne secondaria e/o che hanno un costo molto rilevante per singola attrezzatura o per consumo annuo.

Il modello si affida quanto più possibile ad un sistema "automatizzato" di raccolta di informazioni, per cui, risulta, fondamentale, l'ausilio di appropriate schede di raccolta dati. Tutti i Referenti verranno formati sulla compilazione delle schede di richiesta di acquisizione di tecnologie sanitarie. Sono previste schede distinte per le attrezzature sanitarie, per i farmaci e per i dispositivi medici.

Il processo è di tipo bottom up e prevede che i Referenti compilino le schede e le consegnino alla Direzione Sanitaria (DS).

La DS valuterà le richieste a bassa complessità/impatto in ordine di priorità. Le richieste a media/alta e altissima complessità/impatto verranno inviate alla CA.

La CA si riunirà periodicamente per valutare le richieste a media/alta complessità/impatto e decidere quali richieste debbano essere inviate all'Agenzia di riferimento.

Sono previste riunioni straordinarie nel caso di richieste urgenti di media/alta/altissima complessità o nel caso in cui il volume delle richieste non sia gestibile con le riunioni periodiche.

L'obiettivo di tale modello è di distribuire il carico di lavoro a più livelli, dando il compito della raccolta delle informazioni principalmente ai richiedenti e scaricare il più possibile la CA di quelle valutazioni a basso impatto/complessità che possono essere gestite a livello della DS.

LA RIDEFINIZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA TRA GARANZIE DI APPROPRIATEZZA E VINCOLI NORMATIVI: L'OPPORTUNITÀ DELLE ANALISI DI PRODUZIONE OSPEDALIERA E DEI TREND DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO NEI PRESIDII OSPEDALIERI DELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO

Lanzetta R*, Papa M**, Giordano V***, Russo A.°

* Direttore Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; ** Direttore UOC Pianificazione e Programmazione Aziendale ASL Napoli 1 Centro; *** Responsabile UOSD Pianificazione Ospedaliera/ Settore SDO – DRG ASL Napoli 1 Centro; ° Supporto amministrativo ed elaborativo al flusso SDO/DRG

Introduzione. Garantire efficienza dell'offerta ospedaliera, senza perdere di vista l'appropriatezza della stessa. Per le regioni sotto piano di rientro l'impatto riorganizzativo dei vincoli normativi per la Campania: decreto 58/10 (soglie di appropriata erogazione assistenziale); decreto 6/11 (soglie di specifici indicatori dei flussi SDO – DRG), se non monitorati, potrebbero disequilibrare l'erogazione dell'offerta sanitaria.

Materiali e Metodi. La ASL Napoli 1 Centro monitora quanto si “riorganizza”. I decreti 58 e 6, in un'ottica organizzativa, sono un'opportunità per proporre indicatori di benchmarking. Si provveduto a: *Definire una fotografia, dal 2010 al 2011, dei dati di attività dei PPOO ASL Napoli 1 Centro; Pesare le loro attività definendo le priorità di intervento; Dare la possibilità alle direzioni mediche di presidio di coinvolgere i clinici in modo consapevole e partecipato in quanto interfaccia tecnica rispetto alla verifica dell'out come erogativo (DRG).* È stata effettuata una valutazione comparativa delle attività di ricovero ordinario e di day hospital nei presidi ospedalieri nel biennio 2010 - 2011, per valutare l'andamento del trend dei ricoveri. Per eliminare “bias di selezione con il 2011”, sono stati esclusi nell'analisi dei dati del 2010, i dati dei due PPOO della ASL Napoli 1 Centro, CTO e S Annunziata, transitati ad altre aziende sanitarie.

Risultati: L'analisi iniziale è stata su indicatori classici ed innovativi di produzione ospedaliera, completi di variazione assoluta e delta% sono riportati in tabella. La riduzione dei delta%, evidenzia che il trend deospedalizzazione riferito all'assistenza va monitorato. Il monitoraggio degli indicatori consente di capire come si realizza il riorientamento della domanda di salute e come governarla. La condivisione precedente all'applicazione dei decreti normativi 58 e 6 con tutti gli erogatori ospedalieri, direzione medica di presidio e clinici, ha determinato un miglioramento di aspetti inappropriati con la riduzione nel biennio di: DRG incoerenti – 77%; dimissioni volontarie: - 38%; ricoveri oltre soglia: - 20%; ricoveri 0 – 1 giorno: - 13%; DM – 14%. Riduzione anche di indicatori espressione di presa in carico quali: ricoveri ordinari e da day hospital, ricoveri da PS, giornate di degenza e ricoveri esitati in decesso, il cui approfondimento è in corso di verifica. Dai dati preliminari si osserva una tendenza al recupero di appropriatezza, sia nell'utilizzo che nella gestione dei servizi ospedalieri. Lo studio operando dei linkage in ottica “case – study”, dà la possibilità di migliorare gli out come aziendali. Il trend, se confermato da studi: *economico gestionali* (costo/ricavo per giornata di degenza recuperati) e *qualitativo – assistenziali* (setting appropriato di erogazione delle prestazioni), consentirà la valutazione di come la presa in carico possa realizzarsi senza contrazioni assistenziali, anche in un periodo di riallineamento delle risorse economiche.

	2010*	2011	Variazione assoluta	Delta%
Ricoveri ordinari	52.455	49.873	- 2.582	- 5%
Ricoveri day hospital	18.388	16.090	- 2.298	- 13%
Giornate di degenza	327.997	310.549	- 17.448	- 5%
Ricoveri 0 – 1 giorno	10.954	10.440	- 514	- 5%
Degenza media	7	6	1	14%
Peso medio	0,9	0,9	0	=
Ricoveri con complicanze	7.199	6.717	- 482	- 7%
Ricoveri oltre soglia	806	652	154	20%
DRG incoerenti	787	184	603	77%
Dimissioni volontarie	11.974	8.695	- 3.279	- 38%
Deceduti	1.268	1.185	- 83	- 7%
Ricoveri urgenti da P.S.	46.591	41.313	- 5.278	15%

*escluso PPOO CTO e SS Annunziata.

SODDISFAZIONE E QUALITÀ PERCEPITA DAI PAZIENTI NEL PRESIDIO OSPEDALIERO SAN PAOLO DI BARI

Leaci A°, Mundo A°, Lollino A°, Gallone MS*, Mudoni S*, Germinario C*,

°Direttore Medico di Presidio, Presidio Ospedaliero San Paolo, ASL BARI; °°Direzioni Medica, Presidio Ospedaliero San Paolo, ASL BARI; *Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

Parole chiave: soddisfazione, qualità, miglioramento.

Introduzione. La somministrazione di questionari per la rilevazione della soddisfazione degli utenti è pratica comune nelle strutture sanitarie. L'obiettivo di queste indagini è la comprensione delle reali esigenze degli utenti per attuare azioni di miglioramento dei servizi erogati. Inoltre conoscere il grado di soddisfazione determina un momento importante nel rapporto col paziente, la cui valutazione finale complessiva è determinata non solo dalla guarigione della patologia, ma anche dal contesto in cui questa viene raggiunta. Il fine della nostra indagine è stato quello di rilevare la qualità percepita dagli utenti e individuare le criticità per migliorare i servizi offerti.

Materiali e Metodi. È stato somministrato un questionario anonimo ai pazienti in dimissione dal Presidio Ospedaliero San Paolo di Bari nel periodo settembre-ottobre 2011. Il questionario era composto da 32 items (25 a risposta multipla, 6 a risposta chiusa e 1 a risposta aperta) riguardanti dati personali, informazioni sull'accoglienza, assistenza, rapporto con il personale medico e infermieristico, comfort alberghiero. L'ultimo quesito, a risposta aperta, permetteva al paziente di formulare suggerimenti migliorativi alla qualità dei servizi.

I dati sono stati inseriti in un database *Filemaker Pro 11.1* ed elaborati con software *Epi-Info 6.00*.

Risultati. Sono stati raccolti 509 questionari da 10 unità operative del Presidio: Cardiologia, Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Gastroenterologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Medicina Generale, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Pneumologia.

Il 54% dei pazienti che hanno compilato il questionario è di sesso femminile. L'età media è risultata pari a 51 anni, l'età mediana di 53 anni. Il 53,8% ha un grado di istruzione basso, il 26,3% ha un diploma di scuola media superiore, l'8% è laureato.

Il 75% dei pazienti è risultato soddisfatto delle informazioni ricevute dal personale in merito alle proprie condizioni di salute.

I pazienti sono risultati soddisfatti della facilità di accesso all'ospedale e dell'assenza di barriere architettoniche (56%).

L'85% era soddisfatto dell'accoglienza e dell'assistenza ricevuta da parte del personale medico e infermieristico.

Il 61% è risultato soddisfatto in merito al comfort alberghiero, alle condizioni igieniche, riservatezza e orari di ricevimento dei medici, della distribuzione dei pasti e visite dei familiari.

Il 49% era insoddisfatto per la disponibilità di spazi comuni/servizi accessori (tv, sala lettura), il 43% per la qualità del cibo.

La media del giudizio complessivo sulla qualità del ricovero, utilizzando una scala da 1 (giudizio di pessima qualità) a 10 (giudizio di eccellenza), è risultata di 7,8.

I pazienti risultano nella quasi totalità soddisfatti della professionalità del personale medico e paramedico e dell'organizzazione complessiva delle unità operative (95%). Il miglioramento dell'approccio umano col paziente è stata la richiesta più frequentemente riportata nel quesito a risposta aperta, seguito dalla necessità di aumentare il personale sanitario.

In conclusione, i risultati di questa indagine delineano un quadro senz'altro positivo e forniscono degli spunti interessanti circa i settori d'intervento (umanizzazione, ambienti comuni, cibo) per migliorare i servizi e potenziare la fidelizzazione dell'utenza.

Si ringraziano tutti i Coordinatori Infermieristici del Presidio per l'attiva collaborazione.

UN MODELLO HTA A SOSTEGNO DELL'OFFERTA DELLA DIETA IPOPROTEICA AI NEFROPATICI DELLA CAMPANIA

Liguori G*, Cirillo M^{oo}, La Bella G^s, Parlato A^o, Scaletti A^{***}, Belfiore P*, Creazzola S^s, Cianciaruso B⁺⁺, De Santo NG^{**}, D'Ausilio A⁺, Pecci F[^], Zamparelli B^{ooo} & Società Italiana di Health Horizon Scanning (SIHHS)

* Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi territoriali, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"; ** Cattedra di Nefrologia, Seconda Università degli Studi di Napoli; ++ Cattedra di Nefrologia, Università di Napoli "Federico II"; oo Cattedra di Nefrologia Università degli studi di Salerno; + HE Director, MA Provider; s Direttore UOCC Area Assistenza Farmaceutica Convenzionata e Farmacovigilanza ASL Napoli 1 Centro; o Area Dipartimentale di Epidemiologia e Prevenzione, ASL NA2 Nord; *** Dipartimento di Studi Aziendali, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"; ^ Dirigente Medico ASL NA2 Nord, Segretario SIHHS; ooo Direttore Sanitario Ospedaliero - Vicepresidente SIHHS

Parole chiave: Insufficienza renale cronica (IRC), alimenti ipoproteici, analisi di impatto di Budget (BIA).

Introduzione. In Campania ogni anno 1.200 soggetti accedono alla dialisi per insufficienza renale cronica (IRC). Per quanto la dialisi risulti essere l'unico trattamento efficace nel prolungare l'aspettativa di vita di tali pazienti, vanno considerate le gravi complicanze e gli elevati costi associati alla stessa. Secondo le evidenze della recente letteratura, la dieta ipoproteica consente di ritardare l'ingresso in dialisi apportando benefici clinici ed economici ai nefropatici. In Campania l'elargizione gratuita dei cibi ipoproteici, dal marzo 2010 è stata messa in discussione a causa di un provvedimento (DGRC n. 17 del 24.03.2010) che, nel rispetto del piano di rientro della regione, ne sospendeva l'erogazione a carico del SSR. È stato elaborato un report di Health Technology Assessment (HTA) che ha inteso considerare il problema dell'IRC da un punto di vista clinico, economico, organizzativo ed etico. Contemporaneamente è stata condotta una analisi di impatto di budget (BIA) al fine di stimare l'impatto di una tale strategia sulle casse regionali.

Materiale e Metodi. Il modello implementato prende in considerazione due ipotesi: la dieta rispetto alla non dieta in un orizzonte temporale di tre anni ed il delta derivante dalla differenza fra i due trattamenti. Per l'anno di riferimento (2009) sono stati considerati gli 8.491 pazienti nefropatici in fase pre-dialitica, il totale dei soggetti dializzati (4.629) ed i casi incidenti per il 2009 (1.200). Sono stati comparati i soli costi diretti (la valutazione è condotta secondo la prospettiva del SSN) facenti riferimento a visite mediche e test di laboratorio, farmaci ed eventuali ospedalizzazioni. Ai suddetti costi sono stati poi aggiunti quelli della dieta (€ 445 paziente/anno) e della dialisi (€ 32.210,00 paziente/anno). Altri elementi introdotti nel modello di BIA sono stati il number needed to treat (NNT), cioè il numero di pazienti da trattare per evitare una dialisi (pari a 18 secondo la letteratura più acclarata) e la variabilità della compliance al trattamento (75%), allorché considerata la modalità di distribuzione diretta. Per la successiva analisi di sensibilità sono stati considerati un NNT variabile tra 12 e 40 ed una compliance tra 50% e 100%.

Risultati. La dieta ipoproteica, ipotizzando che riesca a ritardare l'accesso alla terapia dialitica di un anno, induce nei 3 anni successivi un risparmio pari rispettivamente a: € 3.788.4985, € 11.843.331 e € 10.759.529. L'analisi evidenzia che il risparmio ottenibile con la dieta ipoproteica è molto elevato, oltre che perfettamente rispondente ai criteri di equa allocazione delle risorse in sanità. Da un punto di vista organizzativo, sarebbe auspicabile una distribuzione "per conto" grazie alla quale assicurare la distribuzione capillare dei prodotti sul territorio, usufruendo di agevolazioni economiche.

PERCORSI DIFFERENZIATI IN PRONTO SOCCORSO (PS): ESPERIENZA DELL'AMBULATORIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (CA) DELLA FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Longo M¹, Pavan A¹, Patriarca M², Speccher L³, Grillo P⁴, Monzani V⁵, Porro F⁵, Bosco P⁵, De Rai P⁶, Sallusti M⁶, Tiso B⁷, Macchi L⁸

¹ Direzione Sanitaria, ² UO Sistemi informativi, ⁴ UOC Epidemiologia, ⁵ UOC Medicina d'Urgenza, ⁶ UOC Chirurgia d'Urgenza, ⁷ Direzione Medica di Presidio, ⁸ Direzione Generale della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; 3 ASL di Milano SSD Continuità Assistenziale.

Parole chiave: integrazione; percorsi differenziati; appropriatezza risorse.

Introduzione. Uno dei principali problemi della Sanità del nostro paese, come in tutti i paesi industrializzati, è il sovraccollamento dei servizi di PS: la principale causa di questo fenomeno è l'utilizzo inappropriato del PS da parte degli utenti per problemi più di competenza ambulatoriale. Nel 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato delle Linee guida relative all'organizzazione dei servizi h24, in cui si incentivano gli ambulatori per i codici di minore gravità (bianchi). Con questi presupposti, da agosto 2011 presso la Fondazione Ca' Granda è stata avviata una sperimentazione con l'ASL di Milano per l'apertura di un ambulatorio di continuità assistenziale (CA) all'interno del PS per i codici bianchi.

Materiali e metodi. Setting Ospedaliero: Il PS generale della Fondazione è uno dei principali DEA di II livello di Milano. Come indicano i dati della rete *rc.emergenza.urgenza.net*, nel 2011, abbiamo registrato 52291 accessi, di cui 15381 codici bianchi, 28804 codici verdi, 6792 codici gialli e 1314 codici rossi. Organizzazione Ambulatorio di CA: il personale del PS con i medici di CA hanno definito – in accordo con le linee guida SIMEU – i criteri con cui selezionare i pazienti (pz) con codice bianco. L'ambulatorio di CA è stato posto in prossimità del PS, con apertura nei giorni festivi e pre-festivi, dalle ore 10 alle ore 20. L'invio all'ambulatorio è stato eseguito dopo la valutazione al triage. La prestazione fornita è stata quella di una visita generale; eventuale prescrizione di farmaci, certificati di malattia. In caso di necessità di eseguire esami in urgenza, il pz è stato rinviato in PS.

Risultati. Da 20.08.2011 al 20.01.2012 sono stati registrati 21.252 accessi: 2.4% codici rosso; 11.7% codici giallo; 55.5% codici verde; 30.4% codici bianco. L'età media dei pz con codice bianco è di 42.8 anni, 49.8% di sesso maschile, il 62% residenti. Dei 6454 codici bianchi, circa il 50% (3153) sono stati accettati direttamente presso l'ambulatorio di dermatologia, unico centro h24 presente della città. I restanti 3304, sono stati suddivisi in base agli ambulatori di competenza: CA (n.446); Medicina PS (n.374); chirurgia (n.558); fast-track specialistici (n.1923). Nell'ambulatorio "Medicina PS" sono stati visitati dall'internista di PS i pz con codici bianchi, nei giorni settimanali e ore notturne.

Tabella 1. Dati relativi alla gestione secondo i due differenti percorsi: ambulatorio CA vs Medicina PS.

	CA (n. 446)	Medicina PS (n. 374)	P*
Attesa minuti	26 (ds 35)	122 (ds 126)	p < 0.001
Permanenza minuti	46 (ds 38)	328 (ds 338)	p < 0.001
Pz sottoposti ad esami	26 (5%)	126 (33.7%)	p < 0.001
Pz allontanati	3 (0.67%)	184 (49%)	p < 0.001

*utilizzato test t di Student per variabili continue e Test Chi Quadrato per variabili categoriche

Sono stati confrontati i due sottogruppi, "CA" e "Medicina PS", simili per tipologia di pz ma gestiti con percorsi diversi. In entrambi la principale causa di accesso è stata "malessere generalizzato" (58% CA vs 45,7% Medicina). Differenti i risultati relativi alla gestione: i pazienti "CA" hanno atteso meno per la visita con una permanenza complessiva minore in PS. Inoltre hanno eseguito meno esami in urgenza (5% vs 33.7%) In conclusione, questo modello di integrazione ospedale-territorio, potrebbe migliorare il servizio per i pazienti e permettere un utilizzo più appropriato delle risorse.

SPERIMENTAZIONE DEL “WIDEN-OBI”: UNA NUOVA STRATEGIA ORGANIZZATIVA PER L’OVERCROWDING IN DEA

Lovato E¹, Minniti D², Papalia R³, Piolatto A⁴, Dore M⁵, Vajo M⁶, Vota O⁷, Sacco R⁸, Picco C⁹, Barberis B¹⁰

¹ Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ² Dirigente Medico, Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli; ³ Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁴ Direttore SC. MECAU, OO.RR. Rivoli; ⁵ Direttore Dipartimento Area Medica, OO.RR. Rivoli; ⁶ Direttore Dipartimento Area Chirurgia, OO.RR. Rivoli; ⁷ Dirigente medico, Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli; ⁸ Direttore Medico di Presidio, OO.RR. Rivoli; ⁹ Direttore Sanitario ASL TO3; ¹⁰ Direttore Dipartimento Area Diagnostica e dei Servizi, OO.RR. Rivoli

Parole chiave: pronto soccorso, iperafflusso, OBI.

Introduzione. Un elemento di criticità “cronica” per un’organizzazione ospedaliera è il sovraccollimento del Pronto Soccorso (PS). I fattori che concorrono a rendere critica la gestione in questo ambito sono principalmente tre: 1) l’iperafflusso in entrata, 2) la carenza dei posti letto in Ospedale, 3) la scarsa disponibilità di posti letto in strutture esterne di lungodegenza. Negli ultimi mesi gli episodi di *overcrowding* in DEA si sono intensificati, generando innumerevoli problematiche da un punto di vista gestionale-organizzativo, ma anche di sicurezza e qualità nell’assistenza per i pazienti. Questo ha portato ad un incremento di pazienti con necessità di OBI, con conseguente intasamento del PS. A seguito delle sollecitazioni dell’Assessorato Regionale della Sanità del Piemonte e in considerazione di quanto sopra, si è deciso di risolvere tale criticità concentrandosi in particolare sulla “carenza dei posti letto per OBI”, al fine di identificare soluzioni organizzative in grado di:

- supportare i professionisti clinici nella gestione dei pazienti afferenti al PS dell’Ospedale e specialmente quelli che necessitavano di periodi di osservazione clinica;
- agevolare gli operatori del pronto soccorso;
- migliorare la qualità del servizio per gli utenti da un punto di vista dell’appropriatezza, sicurezza, efficacia ed efficienza;

Materiali e Metodi. È stato istituito un tavolo tecnico composto dalla Direzione Sanitaria di Presidio a dai Direttori di Dipartimento oltre che dai Responsabili del DEA. Al termine dei lavori è stata realizzata ed approvata una nuova modalità di gestione dei pazienti in OBI (definito di seguito “Widen-OBI”), successivamente introdotta in via sperimentale per 1 mese.

Risultati. La sperimentazione ha per oggetto le modalità operative di applicazione ed effettuazione dell’attività di OBI. La novità principale è l’allargamento dell’Osservazione alle strutture di degenza della Chirurgia, con conseguente trasferimento dei pazienti dalle aree del PS alle stanze di degenza. Il cut-off per l’apertura del “Widen-OBI” si ha quando in DEA sono presenti più di 12 pazienti in OBI tradizionale. Il paziente in “Widen-OBI” è a carico del medico specialista che ha posto indicazione all’OBI o del chirurgo per problematiche chirurgiche qualora insorgano problemi in assenza dello specialista di riferimento.

A distanza di due settimane dall’inizio della sperimentazione è già possibile evidenziare i primi risultati positivi:

- vantaggi diretti: deflusso di una media di 5-6 pazienti/die gestiti in *Widen-OBI*;
- vantaggi indiretti: riduzione del sovraccarico di lavoro per gli operatori del DEA con possibilità di maggior appropriatezza delle prestazioni e minor rischio per i pazienti, migliore gestione di spazi e risorse disponibili in DEA.

I principali svantaggi della sperimentazione sono rappresentati da una iniziale resistenza dei chirurghi, anche in riferimento alla eventuale possibile riduzione degli interventi chirurgici in elezione (che peraltro nelle prime 2 settimane non si è manifestata).

Conclusioni. Visti i vantaggi diretti e indiretti apportati da questa sperimentazione, sarà obiettivo futuro validare tale procedura e, al contempo, sperimentare un “*FullwidenOBI*” che coinvolga da un lato le sedi esterne (Ospedale territoriale di Giaveno e di Venaria) e dall’altro anche l’area Medica del Presidio di Rivoli. I risultati definitivi saranno presentati nel corso della conferenza.

LA CARTELLA INFORMATIZZATA COME FULCRO DEL PROCESSO DI INFORMATIZZAZIONE DEL P.O. SAN G. BOSCO ASLTO2

Maina L.* , D’Alfonso A.°, Fugetta L.°, Avanzato M.**

* Dirigente Medico S.C. Direzione Sanitaria P.O. Torino Nord Emergenza S. Giovanni Bosco – ASLTO2; ** Direttore P.O. Torino Nord Emergenza S. Giovanni Bosco - ASLTO2; ° Responsabile SoSD. Sistema Qualità e Gestione del Rischio - ASLTO2; °° Responsabile Infermieristico Settore Area Chirurgica

Parole chiave: cartella informatizzata, integrazione, sistemi informativi.

Introduzione. Nell’ottica dello sviluppo dei processi informativi e informatici in ambito sanitario, caratteristica comune a quasi tutte le organizzazioni sanitarie è la copresenza di numerosi applicativi, costruiti con linguaggi e architetture differenti, che si sono nel tempo sovrapposti spesso senza un’adeguata visione d’insieme. A fronte delle problematiche legate alla necessità di integrazione di questi differenti applicativi, risulta indispensabile che tutto il processo venga programmato e sviluppato orientandolo costantemente alle necessità dell’operatore sanitario, che dovrà apparire come “compagno di viaggio” piuttosto che come semplice fruitore finale. L’esperienza nel P.O. San Giovanni Bosco dell’ASLTO 2 è stata caratterizzata proprio dal tentativo di rispettare in ogni passaggio questo principio; per raggiungere questo obiettivo si è individuata la cartella informatizzata come elemento centrale dell’intera rete informativa clinica.

Materiali e metodi. Nell’ottica di creare un sistema a network in cui la cartella informatizzata riveste la funzione di Hub, quindi di “unificatore” e di integrazione di tutti gli altri applicativi – assimilabili pertanto a degli Spokes –, si è inizialmente provveduto a sviluppare una Anagrafica Unica Centralizzata, alimentata dal Sistema Aura della Regione Piemonte e dai cosiddetti Sistemi Dipartimentali, unici autorizzati a certificare i dati anagrafici dei residenti in Piemonte.

Consolidato questo aspetto, si è proceduto in modo parallelo a sviluppare da una parte l’applicativo della cartella informatizzata e dall’altra parte a implementare gradualmente l’integrazione tra questa e tutti gli applicativi preesistenti di supporto all’attività clinica, quali il software di gestione del Pronto Soccorso (con informatizzazione totale dell’accesso e della gestione clinica), della Diagnostica per Immagini, del Laboratorio Analisi, dell’Anatomia Patologica, dei Blocchi Operatori e il software di Gestione Informatizzata della Terapia Unica.

L’architettura dell’applicativo Cartella Informatizzata (costituito da un modulo centrale cui si associano diversi altri moduli nativi, come i diversi petali di un fiore su un’unica corolla) ha permesso di poter procedere in modo graduale e a fasi indipendenti tra di loro, senza che eventuali ritardi sull’implementazione dei diversi moduli della cartella clinica potessero influire sull’integrazione del modulo centrale con gli altri software. Mentre l’integrazione con i software preesistenti ha richiesto una minore seppur importante partecipazione degli operatori sanitari (medici e infermieri), lo sviluppo dei diversi moduli della cartella clinica ha invece richiesto una costante e ravvicinata partecipazione degli utilizzatori finali, con continue e puntuali correzioni per quanto riguarda sia la fruibilità delle diverse funzioni sia i contenuti stessi. Particolare impegno sta richiedendo lo sviluppo del modulo della Pianificazione e Valutazione Infermieristica

Risultati. Questo processo, iniziato nel luglio 2010 nella sua fase puramente progettuale, inizia ora la fase finale con la sperimentazione del primo prodotto nei reparti di Chirurgia Vascolare, di Otorinolaringoiatria e di Medicina d’Urgenza; finita la parte sperimentale e approntate le necessarie correzioni si procederà all’implementazione della cartella clinica informatizzata per tutti i pazienti di questi primi reparti per poi procedere alla graduale estensione ai restanti reparti.

LA RICONVERSIONE DA OSPEDALE PER ACUTI A STRUTTURA POLIFUNZIONALE DELLA SALUTE (AFT) NEL PRESIDIO LORETO CRISPI

Manzi C¹, Ritonnaro M², Volpe G³

¹ Specializzanda Igiene e Medicina Preventiva - SUN; ² Architetto Libero Professionista;

³ Direttore Dipartimento Centrale di Medicina Territoriale

Parole chiave: Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), riconversione, territorio.

Introduzione. La modifica nel titolo V dell'art. 117 della Costituzione e la conseguente approvazione degli ultimi decreti attuativi la Legge delega 42/2009, hanno frazionato il SSN in 21 modelli diversi di sanità. In questo panorama così variegato, dove alcune Regioni fanno della sanità un vero e proprio business, mentre altre la utilizzano come ammortizzatore sociale, il minimo comune denominatore è rappresentato dall'esigenza di trovare soluzioni per ridurre la spesa sanitaria. Oggi, il concetto di "appropriatezza" delle prestazioni sanitarie viene visto come strumento per il contenimento dei costi. Nell'ambito dell'appropriatezza delle prestazioni, gioca un ruolo assolutamente fondamentale lo sviluppo del "Territorio": la riconversione delle vecchie strutture ospedaliere in RSA e AFT, il potenziamento dei pacchetti di prestazioni ambulatoriali, la presa in carico del paziente cronico.

In questo studio ci andremo ad occupare del progetto di riconversione, strutturale e funzionale, del Presidio Intermedio "Loreto Crispi" in Struttura Polifunzionale per la Salute (Aggregazione Funzionale Territoriale).

Materiali e Metodi. Il progetto di riconversione del "Loreto Crispi" parte dall'analisi di fattibilità e dalla successiva costruzione delle matrici di relazione spaziale e funzionale tra i servizi presenti all'interno della struttura (Tabelle 1 e 2).

MATERIE DI RELAZIONE SPAZIALE	MATERIE DI RELAZIONE FUNZIONALE																										
	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	DIREZIONE SANITARIA	COORD. INFERMIERI	COORD. DATI	COORD. MMG	COORD. ADI	FARMACIA	AULA MAGNA	STUDI MEDICI	SALA RIUNIONI	SALA RELAX MEDICI	AMBULATORI SPECIALISTICI	IMPIANTI	STANZE DEPOSITO	SERVIZI IGIENICI	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	LABORATORIO DI ANALISI	PUNTO PRELIEVI	SALA D'ATTESA	DESK ACCETTAZIONE	UFFICI AMMINISTRATIVI	AMBULATORI MMG	PSAUT	PUNTO INFORMAZIONI - URP	INGRESSO UTENZA	INGRESSO PERSONALE	
INGRESSO PERSONALE	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
INGRESSO UTENZA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PUNTO INFORMAZIONI - URP	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PSAUT	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AMBULATORI MMG	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
UFFICI AMMINISTRATIVI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DESK ACCETTAZIONE	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SALA D'ATTESA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PUNTO PRELIEVI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
LABORATORIO DI ANALISI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SERVIZI IGIENICI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
STANZE DEPOSITO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
IMPIANTI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AMBULATORI SPECIALISTICI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SALA RELAX MEDICI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SALA RIUNIONI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
STUDI MEDICI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AULA MAGNA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
FARMACIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
COORD. ADI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
COORD. MMG	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
COORD. DATI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
COORD. INFERMIERI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DIREZIONE SANITARIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Tabella 1. Matrice di relazione spaziale.

MATERIE DI RELAZIONE FUNZIONALE	MATERIE DI RELAZIONE SPAZIALE																										
	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	DIREZIONE SANITARIA	COORD. INFERMIERI	COORD. DATI	COORD. MMG	COORD. ADI	FARMACIA	AULA MAGNA	STUDI MEDICI	SALA RIUNIONI	SALA RELAX MEDICI	AMBULATORI SPECIALISTICI	IMPIANTI	STANZE DEPOSITO	SERVIZI IGIENICI	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	LABORATORIO DI ANALISI	PUNTO PRELIEVI	SALA D'ATTESA	DESK ACCETTAZIONE	UFFICI AMMINISTRATIVI	AMBULATORI MMG	PSAUT	PUNTO INFORMAZIONI - URP	INGRESSO UTENZA	INGRESSO PERSONALE	
INGRESSO PERSONALE	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
INGRESSO UTENZA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PUNTO INFORMAZIONI - URP	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PSAUT	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AMBULATORI MMG	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
UFFICI AMMINISTRATIVI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DESK ACCETTAZIONE	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SALA D'ATTESA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PUNTO PRELIEVI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
LABORATORIO DI ANALISI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SERVIZI IGIENICI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
STANZE DEPOSITO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
IMPIANTI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AMBULATORI SPECIALISTICI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SALA RELAX MEDICI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SALA RIUNIONI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
STUDI MEDICI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AULA MAGNA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
FARMACIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
COORD. ADI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
COORD. MMG	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
COORD. DATI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
COORD. INFERMIERI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DIREZIONE SANITARIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Tabella 2. Matrice di relazione funzionale.

Risultati. Dalle intersezioni tra i servizi presenti nelle tabelle 1 e 2 si evince il livello di relazione che questi hanno tra loro. Le matrici, infatti, mettono in evidenza i servizi che necessitano di una vicinanza spaziale tra loro e quelli che, seppure strettamente collegati funzionalmente, possono lavorare perfettamente anche a distanza. Dallo studio delle matrici abbiamo sviluppato uno schema di riconversione della struttura "Loreto Crispi". La riorganizzazione del "Loreto Crispi" avrebbe come obiettivi: la riduzione della spesa sanitaria, conseguente all'incremento delle prestazioni ambulatoriali ed alla riduzione dei Day Hospital e dei Ricoveri Ordinari; il decongestionamento del Pronto Soccorso della città di Napoli, con riduzione dei codici bianchi; la gestione guidata del paziente dal Medico di Medicina Generale allo Specialista Ambulatoriale, fino al Dirigente Ospedaliero; l'incremento del grado di soddisfazione dell'utenza, primo elemento necessario per la lotta a contrastare la migrazione sanitaria extra-regionale, che rappresenta la più grande falla dei bilanci della Regione Campania.

VALIDAZIONE DEL PROCESSO DI PULIZIA IN AREE CRITICHE ATTRAVERSO BIOLUMINOMETRIA

Manzi P¹, Barbini P², Ricci N³

¹Direttore Medico di Presidio – Azienda Ospedaliera Universitaria Le Scotte – Siena; ²Resp. UOS Ingegneria Clinica – Azienda Ospedaliera Universitaria Le Scotte – Siena; ³Biologo – Bioagrofood – Pisa

Introduzione. Il monitoraggio della pulizia delle superfici è stato per lungo tempo espletato con metodologie approssimate, non per responsabilità degli operatori, ma per oggettiva carenza di strumenti di misura. L'introduzione in sanità di alcune metodologie derivate dall'area della produzione farmaceutica stanno modificando questo settore e stanno aprendo nuove possibilità di verifica.

Scopo del lavoro è stato quello di analizzare tutte le fasi del processo di sanificazione delle superfici in area critica, fino ad arrivare alla conferma del raggiungimento del risultato di pulizia attraverso metodi di microbiologia rapida ovvero con tecniche che consentono di effettuare una valutazione quantitativa senza aspettare le classiche 48-72 ore; la principale di queste tecniche è basata sul principio della bioluminescenza.

Materiali e Metodi. Il campionamento delle superfici è stato effettuato secondo una metodologia precisa allo scopo di evitare errori o omissioni dopo un accurato sopralluogo e tenendo conto delle modalità di trasmissione degli agenti biologici.

Per la definizione di "pulito" relativamente alle superfici in area critica si è considerato il valore soglia di 5 UFC stabilito dalle "Linee Guida sugli standard di sicurezza e igiene del lavoro nel reparto operatorio ISPEL 2009".

L'analisi microbiologica è stata di tipo quantitativo nella verifica della carica psicofila, mesofila e nella ricerca della carica fungina totale; è stata invece qualitativa nella ricerca dei cosiddetti "microrganismi indice".

Per la caratterizzazione in laboratorio sono stati impiegati ceppi batterici a titolo noto certificati ATCC. Sono stati impiegati tamponi di superficie, per la verifica della corretta sanificazione valutando la carica batterica residua post-trattamento in affiancamento all'uso quotidiano di un apparecchio in grado di misurare l'attività ATP-asi residua.

I monitoraggi ambientali, durati per più di sei mesi, si sono svolti presso l'Ospedale S. Camillo de Lellis di Rieti, in particolare presso le sale operatorie, e poi sviluppati dal personale tecnico del laboratorio Bioagrofood di Pontedera (PI).

I valori ottenuti da questi due diversi metodi di misurazione sono stati correlati tra loro attraverso una validazione effettuata su un numero significativo di ripetizioni e tenendo conto che il recupero stesso del tampone può subire rilevanti oscillazioni in base alle caratteristiche della superficie da verificare.

Si è tenuto conto altresì di eventuali ulteriori fattori di confondimento ovvero: l'effetto del sanificante non risciacquato e il margine di incertezza degli strumenti di misurazione, infine si è proceduto ad analisi statistica multivariata per la conferma della significatività statistica dei valori ottenuti.

Risultati. La metodologia adottata ha dimostrato la sostanziale coerenza dei dati e una sufficiente correlazione tra il processo di pulizia adottato ed il risultato finale in termini di contaminazione batterica.

Il rapporto tra RLU e UFC, sebbene non direttamente proporzionale, dimostra che le contaminazioni rilevate sono significativamente basse al di sotto di un valore soglia, il valore soglia finale è stato infine lievemente arrotondato in funzione dei fattori di incertezza del sistema sopra menzionati.

Considerazioni. Il monitoraggio delle superfici acquista un significato rilevante in aree ad alto rischio di contaminazione quali il tavolo operatorio, il piano di lavoro farmaceutico, ambienti sterili ecc.; in caso di necessità può essere effettuato di routine con metodi standardizzati; i risultati ottenuti possono costituire una indicazione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere. L'analisi della letteratura più recente disponibile dimostra che il monitoraggio delle superfici può essere integrato con la valutazione preliminare dell'efficacia dei disinfettanti e l'analisi genomica crociata degli isolati. Tale metodologia standardizzata potrebbe consentire l'esportazione del sistema anche in settori differenti da quello sanitario come l'elettronica e il settore alimentare.

APPLICAZIONE DI NUOVI MODELLI DI PERFUSIONE "EX VIVO" PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEGLI ORGANI ESPIANTATI DA DONATORE A CUORE FERMO (CLASSE I EII DI MAASTRICHT) FINALIZZATO AL TRAPIANTO DI RENE E POLMONE

Marena C¹, Abelli M², Zanierato M³, Riva A⁴, Bonadeo E⁴, Raimondi M⁵, D'Armini AM⁶, Geraci P⁷, Pellino P⁸

¹Direttore Medico di Presidio, Direzione Medica di Presidio, ²Responsabile SS Chirurgia Trapiantologica Addominale, ³Dirigente Medico, Terapia Intensiva I, ⁴Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio, ⁵Dirigente Medico AREU 118, ⁶Dirigente Medico Cardiocirurgia, ⁷Responsabile Locale dei Trapianti, ⁸Direttore Sanitario Aziendale, Direzione Sanitaria Aziendale

Parole chiave: trapianti, perfusione "ex vivo", horizon scanning.

Introduzione. Il tempo di ischemia – perfusione, definito come il tempo che intercorre fra l'interruzione della conservazione a freddo e l'anastomosi con i vasi del ricevente, rappresenta da sempre il punto di integrazione cruciale fra le procedure di espanto e trapianto di organi. A supporto dell'attività trapiantologica, sono stati recentemente commercializzati alcuni sistemi di valutazione e preservazione degli organi che costituiscono al momento l'aspetto più innovativo e sicuro in quest'ambito. La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia è un ospedale pubblico per acuti con una disponibilità di circa 1000 posti letto. I trapianti rappresentano da sempre un'area di eccellenza per l'attività assistenziale e di ricerca della Fondazione. Nella tabella 1 è riportata l'attività di trapianto e prelievo d'organi per il 2011.

Materiali e metodi. In ambito trapiantologico, si sono recentemente sviluppate nuove strategie finalizzate a preservare e mantenere le condizioni fisiologiche dell'organo prelevato, in genere basate sulla conservazione in ipotermia, in grado di inibire il metabolismo/catabolismo cellulare nel periodo di ischemia sia al fine di incrementare il pool dei donatori disponibili (utilizzo di donazioni marginali, utilizzo del tutto innovativo di donatori a cuore fermo). Soprattutto in questi ultimi casi, le nuove strategie di riperfusione "ex vivo del graft" assicurano da un lato di effettuare una valutazione della sua performance, dall'altro di ricondizionare il graft con eventuali caratteristiche di marginalità. Nell'ambito della trapiantologia polmonare tale strategia particolarmente innovativa, è rappresentata dalla perfusione ex-vivo (ex-vivo lung perfusion, EVLP) in grado di mantenere le condizioni fisiologiche e metaboliche del polmone prelevato mediante perfusione con soluzione colloidale osmotica acellulare (steen solution) e ventilazione protettiva. Questa tecnica messa a punto per la prima volta da Stig Steen, ricercatore svedese, è stata quindi perfezionata presso il centro trapianti polmonari di Toronto e si avvale di alcuni devices disponibili commercialmente che permettono di effettuare la riperfusione ex vivo per un periodo minimo di 4 ore fino ad una durata di 12 ore. Per il rene, apparecchiature innovative ed affidabili sono in uso da pochi anni ed impiegate con successo nella riperfusione pre-trapianto degli organi.

Risultati. Allo stato attuale, presso la nostra Fondazione sono state effettuate con successo, 3 prove sperimentali sulla riperfusione "ex vivo" del polmone sull'animale. Per il rene invece, a partire dal 2010, 11 pazienti hanno ricevuto l'organo preservato con il sistema RM3® (Renal Preservation System from Waters Medical Systems) che consente la valutazione costante di 2 parametri essenziali: la perfusione renale prima del trapianto e la funzionalità dell'organo durante la conservazione. Nei pazienti sottoposti a trapianto di rene utilizzando tale metodica, si è potuto constatare una riduzione della DGF (Delayed Graft Function), riduzione della degenza media in ospedale a seguito della procedura di trapianto ed una più rapida ripresa della funzionalità renale dell'organo trapiantato.

ANALISI DESCRITTIVA DEI RISULTATI DERIVANTI DA UN'INDAGINE CONDOTTA DALLA DIREZIONE SANITARIA DELL'OSPEDALE BUCCHERI LA FERLA- FATEBENEFRAPELLI DI PALERMO NELL'AMBITO DELLA GESTIONE DEL RISCHIO CORRELATO AGLI ERRORI NELLA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IN OSPEDALE

Marsala Maria G. Laura*, Firenze Alberto*, Civello Pietro**, Mancina Simona***, Russo Salvatore****, Seroni Gianpiero**

*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva-Università degli Studi di Palermo; **Direzione Sanitaria Ospedale Buccheri La Ferla-Fatebenefratelli di Palermo; *** Farmacia Ospedale Buccheri La Ferla-Fatebenefratelli di Palermo; ****Direzione del Distretto di Partinico dell'ASP di Palermo

Parole chiave: rischio clinico, terapia farmacologica.

Introduzione. Per ridurre il numero degli eventi sentinella dovuti ad eventi evitabili o prevenibili nell'uso non corretto dei farmaci nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, il Ministero della Salute, nel 2008, ha emanato la RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA. Tra le situazioni a rischio di generare errori nell'uso dei farmaci, le Linee Guida annoverano anche gli errori nella trascrizione dei farmaci, che possono verificarsi specie se si scrive a mano, in maniera imprecisa e frettolosa, condizione che può portare l'infermiere o il farmacista ad errori di interpretazione. Lo studio analizza la concordanza tra le prescrizioni terapeutiche effettuate dai sanitari dell'Ospedale Buccheri La Ferla- Fatebenefratelli di Palermo e la Raccomandazione Ministeriale, relativamente agli aspetti della trascrizione ed interpretazione della terapia farmacologica.

Materiali e metodi. Sono state selezionate 100 cartelle cliniche relative a ricoveri in regime ordinario avvenuti nel secondo semestre del 2011. Per ogni cartella clinica sono stati presi in considerazione alcuni parametri, quali la presenza del farmaco, la grafia comprensibile, l'indicazione della forma farmaceutica, la dose e la posologia, la tracciabilità del medico prescrivente e dell'infermiere che somministra la terapia. Inoltre sono stati valutati il Foglio di Primo ciclo terapeutico(PCT) e il foglio della terapia domiciliare per il paziente.

Risultati: Su 100 cartelle cliniche, 55 appartengono a UU.OO. di Area Chirurgica e 45 a UU.OO. di Area Medica. Nel 49% la terapia farmacologica è stata somministrata per il trattamento di patologie mediche e chirurgiche acute; e nel 39% dei casi, invece, in seguito ad intervento chirurgico. Nell'87% dei casi il nome del farmaco risultava scritto con una grafia comprensibile, invece nel 13% dei casi non era possibile decifrarne il nome. Anche il dosaggio, la posologia e la forma farmaceutica sono indicati nella maggior parte delle cartelle cliniche, con una percentuale pari al 75%, tuttavia nel 91% dei casi questi dati vengono segnati in cartella usando degli acronimi o delle abbreviazioni, che potrebbero indurre in errore l'infermiere durante la somministrazione del farmaco ai degenti. Solo nel 9% dei casi è stata riscontrata la totale omissione della posologia. Il dato negativo di maggior peso statistico che emerge dall'analisi è l'impossibilità di poter risalire al medico prescrivente della terapia nel 72% dei casi, e addirittura nell'87% dei casi non è possibile risalire all'infermiere che somministra la terapia al paziente: tali lacune si sono registrate sia nell'Area Medica che nell'Area Chirurgica, senza differenze statisticamente significative tra i due comparti. La valutazione del foglio relativo al PCT è stata possibile solo per 18 cartelle cliniche, in quanto nelle restanti cartelle tale documento non era allegato: dall'analisi si nota un'assoluta concordanza tra la terapia prescritta in cartella clinica e quella sul foglio di PCT, nonché la corretta indicazione del principio attivo, della forma farmaceutica e del nome commerciale del farmaco nel 95% dei casi. In ultimo sono stati analizzati i fogli di terapia post-dimissione consegnati ai pazienti, e si nota come pur essendo sempre frequente l'uso di acronimi o di abbreviazioni (95% dei casi), tuttavia, rispetto alle cartelle cliniche, la tracciabilità del medico prescrivente è possibile nel 74% dei casi. Lo studio ha evidenziato la presenza di lacune nella trascrizione della terapia medica dell'ospedale. Sarebbe auspicabile intraprendere le azioni suggerite nella Raccomandazione Ministeriale, tra cui l'introduzione di una scheda unica di terapia in tutte le UU.OO. e di sistemi computerizzati di prescrizione, nonché l'istituzione di percorsi formativi per il personale sanitario al fine di ridurre al minimo comportamenti che potrebbero determinare l'insorgenza di errori nella somministrazione della terapia farmacologica.

L'ORGANIZZAZIONE PER INTENSITÀ DI CURE NELL'OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA. VALUTAZIONE DOPO UN ANNO DI ATTIVITÀ

M. Martinese*, L. Odetto°, D. Tangolo°

* Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino;

° S.C. Qualità, Comunicazione e URP Azienda Ospedaliera Regina Margherita- Sant'Anna, Torino;

°° Coordinatore infermieristico Dipartimento Chirurgia Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Introduzione. Dall'Ottobre 2010 il Dipartimento Chirurgico dell'OIRM è stato riorganizzato per livelli di intensità di cure.

Il dipartimento presentava infatti alcune criticità: 1) articolazione del dipartimento in piccoli reparti di diverse specialità chirurgiche dotati di proprio personale infermieristico; 2) distribuzione del personale nei vari reparti in rapporto al numero delle risorse disponibili senza distinzione in base alla complessità dei pazienti pediatrici; 3) Indice di occupazione RO pari al 55%; Tasso di occupazione DH pari al 63%; 4) occupazione del posto letto nei giorni precedenti all'intervento per esecuzione degli esami preoperatori. Il nuovo assetto organizzativo ha previsto la definizione dei livelli di intensità assistenziale, condivisa tra medici e infermieri, calcolato secondo uno strumento informatizzato elaborato ad hoc. Per ogni bambino sono state identificate le attività necessarie per erogare l'assistenza adeguata durante il ricovero e per ogni attività è stato misurato il tempo impiegato per espletarla. Sulla base dei dati raccolti si sono costruiti dei range di riferimento e definiti tre livelli di intensità: 1) Bassa intensità: fino a 120 minuti; 2) Media Intensità: da 120 a 240 minuti; 3) Alta Intensità: oltre 240 minuti. Le diagnosi sono state comparate con l'impegno assistenziale e suddivise per livelli di intensità. I posti letto sono stati successivamente così distribuiti: 1) Medio-Bassa Intensità: 18 letti; 2) Alta intensità: 12 letti; 3) Week-surgery: 20 posti letto, destinati al trattamento di patologie chirurgiche che richiedano una degenza di bassa o media intensità inferiore ai 5 giorni (già attiva dal Settembre 2009). Il Servizio di pericovero centralizzato è stato inoltre ampliato dalla sola Week-Surgery a tutti i reparti del Dipartimento. Ad un anno dall'introduzione di tale modello organizzativo, la Direzione Sanitaria di Presidio con la Direzione infermieristica, ha avviato una valutazione dell'efficacia del modello adottato mediante l'individuazione di alcuni indicatori.

Materiali e Metodi. Nell'arco di due mesi si sono tenuti numerosi incontri tra i componenti della Direzione Sanitaria di presidio e della S.C. Qualità, il Coordinatore infermieristico e gli infermieri del Dipartimento chirurgico. I criteri individuati per la valutazione sono:

- ottimizzazione gestione risorse infermieristiche;
- miglioramento occupazione posti letto (TO RO > 75% e TO DH >75%);
- riduzione durata della degenza pre-operatoria.

È stato inoltre elaborato un questionario per la valutazione della qualità percepita dai genitori dei pazienti. La rilevazione è attualmente ancora in corso in tutti i reparti del Dipartimento.

Risultati. La valutazione del nuovo modello organizzativo ha mostrato la risoluzione di alcune criticità precedentemente individuate. In particolare abbiamo rilevato: 1) riduzione dei n° posti letto con distribuzione delle risorse in relazione al livello di complessità dei pazienti; 2) Indice occupazione RO pari al 75%, Tasso di occupazione DH pari all'89% (in linea con le indicazioni regionali); 3) ottimizzazione delle risorse infermieristiche con pieno utilizzo delle ferie maturate e introduzione della mobilità del personale tra i vari settori del Dipartimento; 4) riduzione della degenza preoperatoria da 1,57 giornate a 0,5.

Tasso di occupazione della Week-Surgery pari al 57%

La maggior parte dei risultati risultano in linea rispetto agli obiettivi previsti, tuttavia esiste un dato critico circa il tasso occupazione della Week Surgery. Tale dato è parzialmente imputabile ad una riduzione dell'attività del blocco operatorio dovuta alla riduzione del personale anestesilogico. È inoltre fondamentale provvedere ad un miglior coordinamento del blocco operatorio in base alla disponibilità dei posti letto, tenendo sempre conto delle liste di attesa e delle attività in urgenza; risulta inoltre utile una rivalutazione della suddivisione delle categorie diagnostiche nei livelli di intensità.

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: INDAGINE DI PREVALENZA DELLE INFEZIONI DEL SITO OPERATORIO E VIE URINARIE

M.R. Mazzocanti A. Costantini, N. Mosca, C. Bagalini, E. Bianchini, B.M. Gentilozzi, G. Scaloni, N. Mosca, G. Faccenda, M. Sgattoni

Direzione Medica Ospedaliera ASUR Marche Area Vasta 3 – Camerino, Civitanova, Macerata, Recanati, San Severino, Tolentino, Treia.

Parole chiave: Infezioni correlate all'assistenza, prevenzione, sorveglianza.

Introduzione. Le infezioni del sito operatorio (ISO) insieme alle infezioni delle vie urinarie (IVU) sono le più frequenti infezioni associate all'assistenza e rappresentano un grave problema per morbilità e mortalità. Sono considerate uno dei principali indicatori della qualità dell'assistenza erogata ai pazienti, in particolare nell'ambito dell'approccio alla sicurezza del paziente. Tra gli strumenti efficaci per la prevenzione è raccomandata la sorveglianza.

Materiali e metodi. Sono state condotte due indagini di prevalenza effettuate con metodo retrospettivo prendendo in considerazione un giorno indice, 21 luglio 2011, nei Presidi Ospedalieri dell'Area Vasta 3 (AV3). Nelle IVU sono stati considerati tutti i degenti, anche non cateterizzati, ma che potevano aver subito manovre diagnostiche invasive, ricoverati nel giorno indice presso le UU.OO. di area medica (Geriatrics, Lungodegenza, Medicina) dei PP.OO. di Camerino, Civitanova, Macerata, Recanati, San Severino Tolentino e Treia; nella raccolta dati dell'ISO sono stati considerati i pazienti operati, presenti nel giorno indice nelle UU.OO. di Chirurgia, Ostetricia/Ginecologia, Ortopedia. Urologia dei PP.OO. di Camerino, Civitanova, Macerata, Recanati, San Severino e Tolentino.

Attraverso la lettura di tutta la documentazione clinica del paziente e l'utilizzo di una specifica scheda per la raccolta dati, è stato possibile raccogliere e successivamente rielaborare i dati prodotti.

Per la definizione di infezione ospedaliera sono stati dati dei criteri vincolanti: dichiarazione esplicita nel diario clinico; descrizione nella documentazione clinica di secrezione, arrossamento, edema, dolore, febbre, disuria, stranguria, pollacchiuria; esami colturali positivi; al momento del ricovero il paziente doveva avere urinocoltura negativa o esame urine negativo; urinocoltura positiva in corso di ricovero; catetere vescicale; terapia antibiotica, contatto telefonico a domicilio dei criteri esplicitati nella scheda; evidenza diagnostica da parte del medico curante.

Oltre ai dati della scheda sono stati valutati ulteriori criteri: ricoveri ripetuti per infezione, controllo incrociato con laboratorio microbiologia per eventuali colture non segnalate in cartella.

Risultati. *Risultati IVU:* la popolazione esaminata è stata di 180 pazienti, le infezioni totali 38 e i germi isolati sono stati 28. La prevalenza delle infezioni correlate all'utilizzo del catetere vescicale insorte in ospedale sul totale dei pazienti è 9%; mentre la percentuale delle infezioni correlate all'utilizzo del catetere vescicale insorte in ospedale sul totale delle infezioni è 42%. Dalla rilevazione è emerso che 22 infezioni sono insorte a domicilio, ponendo così il problema di una corretta continuità assistenziale ospedale-territorio. *Risultati ISO:* sono stati valutati 104 degenti, di questi 88 rispondevano ai criteri stabiliti (operati presenti il giorno indice), sono state riscontrate 7 infezioni (2 profonde e 5 superficiali) e la loro prevalenza sulla popolazione totale è 7%, mentre la percentuale delle infezioni sui pazienti arruolati è 8%.

La tipologia di indagine retrospettiva ha permesso di effettuare una valutazione del tasso di infezione nei pazienti degenti nelle UUOO mediche e chirurgiche; consultando la documentazione assistenziale sono state individuate alcune criticità, non espresse nella scheda di rilevazione, ma comunque significative come ad esempio: il motivo della cateterizzazione, la tipologia di catetere (calibro, materiale, ecc), l'attenzione agli esami colturali, l'utilizzo di dispositivi alternativi, l'adesione al lavaggio mani, il corretto utilizzo della profilassi antibiotica secondo protocollo. È iniziato un percorso formativo rivolto al personale sanitario dei PP.OO. dell'AV3 incentrato sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, al termine del quale, nel luglio 2012 è prevista una nuova rilevazione di prevalenza, per rilevarne l'efficacia.

LA FASE II DEL PROGETTO DI ECO-SOSTENIBILITÀ DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIERI (ASLTO5), ATTRAVERSO UNA SELEZIONE DELLE OPZIONI IN BASE AL RAPPORTO COSTI/BENEFICI

Messori Ioli G*, Vola F°, Di Nicuolo C°, Del Fabbro M°, Fissore A°, Risso B°, Di Legami V, Aimone M*****

* Responsabile S.S. Controllo di Gestione e Risk Management - ASL TO5 di Chieri; ** Dirigente Medico - ASLTO5 di Chieri; *** Direttore Sanitario - ASLTO5 di Chieri; ° Collaboratore presso Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa; °° Progettisti presso Ecostudio Architetti www.ecostudioarchitetti.com e studio Tecnico Risso

Parole chiave: efficienza energetica, eco-sostenibilità.

Introduzione. Con un progetto promosso dal Controllo di Gestione, l'ASLTO5 ha imboccato il percorso dell'eco-sostenibilità, puntando sull'efficienza energetica. Con un approccio a piccoli passi e a basso costo, è stato infatti elaborato un piano di miglioramento delle prestazioni energetiche dell'edificio ospedaliero: grazie ai primi interventi previsti è prevista una riduzione del 25% della potenza termica necessaria al riscaldamento degli ambienti e al condizionamento estivo.

Lo spunto decisivo per l'avvio del progetto è stato il riconoscimento ottenuto al Congresso Nazionale ANMDO 2011.

Materiali e Metodi. L'idea di partenza è stata quella di effettuare una mappatura energetica dell'ospedale, per definire la situazione iniziale di riferimento. Sono poi iniziate le valutazioni di fattibilità tecnica, inizialmente legate da una effettiva disponibilità di budget. Sulla base di una serie di parametri, sono state individuate tutte le migliori soluzioni tecniche compatibili con la nostra realtà, per poi dare la preferenza a quelle con il rapporto costi/benefici più favorevole e che garantissero il ritorno dell'investimento nei tempi più rapidi. Le soluzioni proposte riguardano sia interventi architettonici sia impiantistici, dando la priorità all'uso più efficiente del teleriscaldamento. Dal 2009 infatti l'ospedale è collegato alla rete, alimentata da una centrale di cogenerazione da 45 GWh/anno; una soluzione che incide comunque per circa 400.000 € l'anno.

Risultati. Le possibili soluzioni individuate sono state:

- il miglioramento dell'isolamento termico dell'edificio (le proposte prevedono interventi di coibentazione delle pareti perimetrali, la sostituzione degli infissi a vetro singolo con serramenti ad alto isolamento (vetrocamera), ma anche pareti a verde e tetti a giardino per ridurre il riscaldamento estivo);
- l'inserimento di pannelli fotovoltaici uniti a un ammodernamento degli impianti di ricircolo e di condizionamento estivo dell'aria, con soffitti e pavimenti radianti, la realizzazione di elementi di illuminazione a luce naturale (sun-pipes), piramidi trasparenti e un efficace Building Management System per la gestione integrata di tutta l'impiantistica dell'edificio, compreso un nuovo sistema di recupero delle acque;
- controsoffittature in vetro per ridurre il volume d'aria da trattare, lasciando in vista i soffitti a volta.

La sostituzione dei serramenti a vetro singolo con serramenti a taglio termico e doppi vetri con intercapedine con gas argon ridurrebbe del 25% la potenza termica richiesta. L'investimento previsto è pari a circa 166.000 €, permettendo un ritorno dell'investimento in circa 12 anni.

I pannelli fotovoltaici contribuiranno invece a ridurre la bolletta elettrica, che nel 2011 ha raggiunto l'importo di 536.000 €. Il progetto prevede di installare un sistema da 19,3 kWp, con una produzione annua di 21 MWh, coprendo una superficie di 116 m². Considerando anche il contributo del conto energia, l'investimento preventivato di 116.000 € dovrebbe ripagarsi in 11 anni, un periodo del tutto accettabile per l'amministrazione ospedaliera.

È in corso, infine, la ricerca di finanziamenti nazionali ed europei e di partnership tecnologiche con i fornitori, quale il progetto europeo RES-Hospital, sostenuto dal programma Intelligent Energy for Europe avviato nel 2003 per promuovere il raggiungimento degli obiettivi di Eu2020 (la riduzione del 20% delle emissioni di anidride carbonica, 20% della produzione energetica da fonti rinnovabili e il miglioramento del 20% dell'efficienza energetica). Un'altra opportunità di finanziamento, attualmente al vaglio, è quella offerta dai Certificati bianchi (Esco, Energy serv. comp.).

REINGEGNERIZZAZIONE DEL PROCESSO ORGANIZZATIVO GESTIONALE DELLE SALE OPERATORIE DEL MAURIZIANO

Mitola B*, Vitale A*, Vigna I*, Malvasio P**, Borsotti M *** e il gruppo di lavoro del Dipartimento Chirurgico (Ferrero A., Bruzzone M., Dearca D., Cerri C., Pavanello R., Tosi C., Moscardello F., Defabiano E., Boltri M., Goia F., Gamba P., Gallo M., Bona Galvagno M., Bergero R., Rossi M.)

*SC Direzione Medica di Presidio AO Ordine Mauriziano di Torino; ***Direttore Sanitario Azienda Ordine Mauriziano di Torino; **Direttore SC Direzione Medica di Presidio AO Ordine Mauriziano di Torino

Parole chiave: gestione efficiente, organizzazione, sale operatorie.

Introduzione. All'interno dell'Ospedale Mauriziano, l'attività chirurgica ruota intorno a due blocchi operatori, uno dedicato al Dipartimento Cardiovascolare e uno al Dipartimento Chirurgico e costituisce numericamente il 35-40% dell'attività di ricovero ordinario e più del 50% dell'attività di ricovero diurno, mentre dal punto di vista dei costi e dei ricavi raggiunge una percentuale di circa il 50% dei valori dell'intero ospedale. La gestione di tale attività, intesa come programmazione del calendario e delle sedute operatorie in relazione alle risorse disponibili (posti letto, personale, ...), alle liste d'attesa per priorità clinica e a tutti gli altri fattori da considerare (ad esempio le urgenze), è un esercizio complicato di "integrazione" delle diverse esigenze e delle diverse professionalità e di "frammentazione" a cascata dell'organizzazione per rispondere al modello adottato.

Durante il 2011 sono stati attivati una comunità di pratica all'interno dell'ANMDO, che si è occupata di studiare e confrontare le modalità adottate dalle varie realtà partecipanti e cercare di integrarle in un modello, e un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale all'interno del Dipartimento Chirurgico dell'Azienda, dal quale sono emersi chiaramente i punti di vista e le criticità dei vari gruppi, che devono integrarsi e trovare un equilibrio, per lavorare insieme e rispondere alle esigenze dei pazienti e dell'Azienda.

Materiali e Metodi. Durante gli incontri, sia in ambito di Comunità di pratica sia nel gruppo di lavoro interno, sono stati sviscerati tutti gli elementi da tenere in considerazione per la corretta pianificazione dell'attività chirurgica. Inoltre è stata effettuata una ricerca bibliografica approfondita per conoscere quanto già disponibile in letteratura sull'argomento. Essendo emersa una notevole complessità di elementi e una difficile possibilità di "composizione bonaria" degli stessi, vissuti e percepiti con sfumature diverse dalle varie professionalità, si è concordato di provare ad adottare una logica estranea al mondo sanitario, di tipo matematica che con sguardo esterno e distaccato, attraverso l'occhio di professionisti del Politecnico di Torino, legga i processi e li componga all'insegna dell'efficienza.

Risultati. Il progetto di collaborazione, impostato nell'ultimo trimestre del 2011, si è concretizzato nel 2012 con l'avvio dei lavori. A tale scopo è stata organizzato e si è svolto un primo incontro di presentazione del progetto a coloro che dovranno partecipare alla sua realizzazione, cioè le stesse persone che avevano lavorato insieme nel gruppo di lavoro interno nel 2011 e rappresentanti delle altre discipline chirurgiche che ruotano intorno al blocco operatorio del Dipartimento.

Dal momento che la realtà è molto complessa e che è necessario integrare professionalità diverse e di differenti provenienze (sanitaria e non sanitaria), si prevede di procedere attraverso una prima fase, molto lunga, di acquisizione di informazioni e di dati; una seconda di lettura congiunta dei processi rielaborati attraverso la logica impostata nel progetto, ed una fase finale di produzione e condivisione del modello, sperimentazione operativa dello stesso e messa a regime.

UTILIZZO DELLE CARTE DI CONTROLLO PER LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO: ESPERIENZA IN UNA CARDIOCHIRURGIA DELLA TOSCANA

Molese V.¹ Del Sarto S.² Baratta S.¹ Marchi M.¹ Laws E.¹ Taddei A.¹ Bevilacqua S.¹

¹ Fondazione Toscana G. Monasterio ² Istituto Fisiologia Clinica-CNR Pisa

Introduzione. Il problema delle infezioni ospedaliere rappresenta una priorità sanitaria per il noto impatto sulla salute dei cittadini e sulla spesa sanitaria. L'utilizzo di procedure che consentano un rapido riconoscimento di eventi epidemici può consentire una tempestiva identificazione dei fattori di rischio e quindi l'adozione di ulteriori misure preventive. Pertanto il CIO della Fondazione Monasterio nell'ambito di un progetto per la sorveglianza delle infezioni nosocomiali basato sulla integrazione di più fonti dati informatizzate (cartella clinica, Registro di cardiocirurgia, Registro di ICU, scheda di follow-up), ha promosso un'attività di controllo delle infezioni del sito chirurgico presso la Cardiocirurgia adulti.

Obiettivi. Sviluppare e implementare un innovativo sistema di sorveglianza e monitoraggio prospettico in continuo dell'incidenza delle infezioni della ferita chirurgica (ISC) mediante applicazione di tecniche statistiche per il controllo di processo finalizzate ad una 1) rapida identificazione e segnalazione di episodi epidemici di ISC 2) valutazione delle misure preventive intraprese.

Materiali e metodi. Sono stati esaminati tutti gli interventi chirurgici effettuati presso l'Unità di Cardiocirurgia tra febbraio 2007 e dicembre 2010. La presenza d'infezione definita secondo il National Nosocomial Infections Surveillance System, è stata rilevata durante il periodo di degenza, a 30 giorni dall'intervento e ad un anno in caso di protesi, tramite contatto telefonico. I dati sono stati raccolti da personale infermieristico utilizzando una scheda di rilevazione strutturata. L'analisi statistica è stata condotta in maniera retrospettiva utilizzando appropriate carte di controllo cumulate (CUSUM) basate sullo scostamento delle osservazioni di una serie temporale da un livello di qualità considerato accettabile per il processo.

Risultati. Sono stati sorvegliati 3175 interventi. Il follow-up post dimissione è stato correttamente completato nel 87% degli interventi. L'incidenza globale delle ISC in ogni anno è stata rispettivamente di 11.7, 5.6, 5.9 e 5.4%. Nei quattro anni sono state individuate 221 infezioni, di cui 80.5% superficiali, 14.5% profonde e 5.0% di organo/spazio. Sul totale delle infezioni quelle legate alla sternotomia, alla minitoracotomia Dx, altri interventi sono risultate pari al 71.5%, 15.4% e 13.1%. La CUSUM segnala un incremento nel numero totale di infezioni del sito chirurgico più precocemente rispetto ad una analisi periodica (es. trimestrale). Infatti la CUSUM evidenzia un eccesso già a partire dal 10 giugno 2007, che invece l'analisi periodica rileva solo alla fine dell'anno. La CUSUM inoltre identifica precocemente anche il rientro del tasso di infezione ad un livello di qualità accettabile del 5%, già nei primi mesi del 2008, a seguito di misure preventive intraprese verso la fine del 2007 (formazione, igiene mani, ecc.). Dall'esperienza maturata emerge che l'utilizzo di metodi di monitoraggio statistico nell'ambito di un sistema di sorveglianza in continuo avrebbe consentito una più rapida identificazione dell'incremento delle infezioni e di conseguenza una più rapida adozione di misure di prevenzione.

PROCEDURA PER IL RISCHIO CADUTA IN CORSO DI DEGENZA: NUOVE MODALITÀ FORMATIVE

Molino A.¹, Saponaro V.², Losurdo T.³, Bongermio. A.⁴, Annese G.⁵, Di Fazio A.⁶

Azienda Sanitaria Matera – ASM: ¹ Dirig. Med. Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR; ² Coordinatrice Area Riabilitativa; ³ Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR; ⁴ Infermiera Coordinatrice U.O. Cardiologia; ⁵ Direttore Sanitario P.O. Matera e Policoro; ⁶ Resp.le Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR.

Parole chiave: lavoro di gruppo, cadute in corso di degenza, sicurezza.

Introduzione. Le cadute ospedaliere sono eventi, purtroppo non rari, che rappresentano fonte di aumento dei costi di degenza, per il protrarsi dei tempi di ricovero e per le negative ricadute sulla qualità del percorso clinico assistenziale e per i costi assicurativi dovuti alle “corrette” pretese risarcitorie”.

Materiali e metodi. L’Azienda Sanitaria del Materano, attenta alle tematiche di Gestione e Prevenzione del Rischio, ha intrapreso a riguardo uno studio che evidenzia una carenza di sorveglianza e di prevenzione riguardante tutte le strutture della ASM.

Alla fine dello studio è stata introdotta la scheda di prevenzione delle cadute in ambito ospedaliero.

Detta scheda, racchiude tutte le informazioni utili ad individuare facilmente un paziente a rischio, è stampata su fogli A4; sul fronte si trova la scala di Conley, sul retro la scheda di segnalazione ed analisi caduta. L’ASM, rifacendosi alle linee guida ministeriali, ha utilizzato come scheda di valutazione la scala di Conley per la sua semplicità ed attendibilità, introducendo il concetto cronologico della valutazione del paziente, in modo da interpretare il rischio in rapporto alle reali condizioni evolutive del paziente.

Nella prima parte (allegato A) vengono immessi i dati personali del paziente, l’Unità Operativa, la data d’ingresso ed il giorno della compilazione della scala, la firma del valutatore. Nella seconda parte sono riportati i dati necessari per la valutazione ed i punteggi attribuiti attestanti l’esposizione al rischio caduta. Nell’ultima parte si trovano le istruzioni per la compilazione della scheda.

L’allegato B consiste nella scheda di valutazione ed analisi delle cadute.

In caso di caduta, si procederà alla raccolta dei dati personali del paziente e dell’U.O. dove è avvenuto l’evento, il tipo di danno subito, il luogo, le modalità della caduta e la dinamica della stessa. Infine vengono riportati i fattori che possono aver contribuito nel determinismo con particolare attenzione alle condizioni del paziente ed ai presidi ambientali. In uno spazio dedicato alle note il compilatore (anonimo) potrà riportare qualsiasi ulteriore indicazione ritenuta utile per la valutazione dei fatti.

La scheda, risulta estremamente semplice e concisa nella sua scrittura; la stesura si effettua in tempi brevi poiché consiste solo nello spuntare voci già esistenti, pertanto l’impegno del personale è minimo. La modalità formativa prevede che, nell’ambito dell’U.O. interessata, un gruppo di professionisti dell’Assistenza (infermieri, Oss e/o fisioterapisti) formato da 4/5 persone, sotto la supervisione dei Referenti per il rischio clinico, valutino e misurino (tramite la scheda di valutazione) tutte le situazioni contestuali in cui si trova il paziente esposto a rischio, allo stesso tempo, un altro gruppo è preparato a rilevare tutte le possibili soluzioni di tutela dello stesso, (compreso l’intervento educativo sul paziente e sul suo caregiver). A cadenze temporali, i due gruppi saranno impegnati a rappresentare a tutta l’Unità Operativa il risultato delle loro valutazioni nonché le proposte, procedendo anche all’attribuzione, ad uno o più soggetti, della responsabilità di effettuare il monitoraggio continuo rispetto all’implementazione della procedura.

Risultati. Tale esperienza nelle strutture ospedaliere ha rappresentato un momento di crescita professionale per il Personale Sanitario, non tanto per l’introduzione della scheda, quanto per la modalità formativa proposta. Modelli organizzativi spesso obsoleti e continui depauperamenti delle risorse rischiano di imporre ritmi di lavoro sempre più stressanti. Lo sforzo, è quello di raggiungere il più presto possibile l’obiettivo della omogenea implementazione territoriale dei processi che attengono alla valutazione proattiva delle condizioni del paziente, facendo sì che il personale sanitario garantisca un grado elevato di attenzione nei confronti della tematica. La modalità proposta, rappresenta, pertanto, un ponte tra il SWR ed i “soliti” modelli formativi.

INTENSITÀ ASSISTENZIALE TRA PECULIARITÀ AZIENDALI E DISAGI DEI CLINICI

Monti P*, Folsi F*, Cazzaniga A.*, Costa M.°, Babbi B.°

*Direzione Strategica; ° Dipartimento Area Chirurgica

Parole chiave: integrazione, espropriazione, condivisione.

Introduzione. L’attuazione di modelli organizzativi per intensità assistenziale è spesso vissuta in maniera coercitiva dai medici, che ritengono diventi più difficoltosa la gestione clinica del paziente, non percepiscono vantaggi dalla nuova organizzazione e si vedono espropriati dal senso di “appartenenza” alla casa-reparto ove spendevano il vivere quotidiano. L’esperienza di Lecco evidenzia alcune peculiarità organizzative e uno sviluppo del modello attraverso il coinvolgimento dei protagonisti. Nel 2005 l’AO di Lecco ha riorganizzato le degenze del dipartimento neuroscienze, collocando la stroke unit adiacente alla terapia intensiva e riorganizzando i letti neurochirurgici e neurologici nella stessa area di degenza, senza distinzione tra letti chirurgici e medici ma collocando il paziente in base al carico assistenziale. La stessa riorganizzazione è proseguita nel Dipartimento Cardiovascolare e nel Dipartimento Medico. Il modello di Lecco si differenzia rispetto ad altri basati sull’intensità assistenziale nel fatto che in questo l’organizzazione per livelli assistenziali si integra con la gestione clinica multispecialistica. Partendo cioè dal problema clinico del paziente, specialisti di branche affini, relative allo stesso apparato ma con specificità diverse, si confrontano e decidono insieme, per i casi complessi, l’approccio terapeutico più appropriato. Così i medici percepiscono il valore aggiunto, costituito dalla possibilità di lavorare a fianco di altri specialisti. Il paziente pluripatologico è gestito da un team multidisciplinare che lo prende in carico. Il collega che lavora a fianco è una risorsa da utilizzare per la specificità che può aggiungere al percorso di cura, per l’elevato livello di specializzazione e perché in questo confronto ognuno cresce professionalmente.

Materiali e Metodi. A fine 2010 sono state riorganizzate le degenze del dipartimento chirurgico: oculistica, ORL, urologia, chirurgia generale e ginecologia, sono state raggruppate in quattro aree: day surgery, week surgery, degenza ordinaria e urgenza. Il malessere espresso dai medici dei reparti coinvolti denunciava tuttavia il disagio e la difficoltà del nuovo assetto.

La Direzione si è mossa mantenendo l’impronta organizzativa, ascoltando le osservazioni che provenivano dai direttori delle strutture e coinvolgendo le diverse figure professionali soprattutto le più critiche, in una revisione che tenesse fede al primo punto ma che accogliesse le osservazioni costruttive.

Si è lavorato attraverso gruppi, dando spazio e ascolto al disagio e alla difficoltà dei medici per la mancanza di spazi “propri” di riferimento, la maggior complessità dell’organizzazione, anche nel reperimento dei pazienti, l’incertezza di ruoli e responsabilità.

Risultati: A conclusione si è mantenuto il modello funzionale, distribuendo i letti di ogni struttura in non più di due aree, migliorando le presenze infermieristiche in relazione ai volumi di attività programmata, elaborando documenti per definire in maniera puntuale competenza e ruoli dei Direttori e delle diverse figure nella responsabilità degli spazi comuni (ex legge 81/2010), nella conservazione della cartella clinica, nella privacy, nello scarico degli stupefacenti ecc. L’ascolto ha rappresentato lo strumento per migliorare il clima relazionale; la condivisione e il recepimento di alcune istanze hanno consentito di proseguire nel progetto senza vanificarne l’impianto.

Il processo di sviluppo deve mettere il professionista al centro del sistema, così che il coinvolgimento nel cambiamento sia di partecipazione ed adesione e non di mero assenso gerarchico o passività.

ORGANIZZAZIONE PER INTENSITA' DI CURE DELL'OSPEDALE "G. FRACASTORO", ULSS 20 VERONA

Paolo Montresor, Chiara Bovo, Maria Vittori Nesoti, Ivano Dal Dosso, Giuseppina Capirossi,
Enzo Rizzato

Introduzione. L'organizzazione per intensità di cura dell'Ospedale dell'Ulss 20, Verona si pone l'obiettivo di ripensare il servizio assistenziale riconoscendo la differenziazione dei pazienti rispetto ai livelli di instabilità clinica e di complessità assistenziale.

Lo scopo del presente progetto consiste nell'attuare l'innovazione assistenziale nell'area chirurgica con criteri di efficienza nell'utilizzo delle risorse e di mantenimento di elevati livelli di qualità.

Materiali e Metodi. Il dipartimento chirurgico dell'Ospedale dell'Ulss 20 è composto dalle UO di Chirurgia Generale, Urologia, Ortopedia e traumatologia, ORL e Oculistica (56 letti di cui 44 ordinari e 12 DH). È stato costituito un gruppo di lavoro composto da Direzione Sanitaria, Direzione Medica, Servizio Infermieristico, medici specialisti.

Gli obiettivi sono stati: analisi della domanda degli anni 2010/11, costruzione di percorsi di cura standard, definizione di posti letto per intensità di cura, efficiente utilizzo delle risorse umane, individuazione di nuovi ruoli, implementazione di un sistema informatico per la programmazione delle attività, reporting.

Il flusso delle attività del Dipartimento Chirurgico degli anni 2010/11 ha evidenziato una variabilità significativa sui carichi di lavoro del personale, sull'utilizzo dei letti e delle sale operatorie.

Nel periodo esaminato, con l'esclusione dei weekend sono state riscontrate forti oscillazioni delle presenze giornaliere di ricoverati (da 39 a 75 pazienti).

Gli specialisti hanno selezionato la casistica candidabile al ricovero in week surgery e l'hanno raggrupata per classi omogenee per durata della degenza.

Sono stati selezionati 21 gruppi di procedure standardizzati per intervento e per durata della degenza (degenza di 1-4 giorni).

Confrontati i volumi del 2010/11, verificati gli obiettivi di budget 2012 e le liste d'attesa sono stati selezionati 2000 candidabili alla week surgery.

La casistica è stata distribuita su base annua e programmata a cadenza quindicinale (standardizzazione per durata della degenza): 12 sono i posti letto assegnati alla week surgery.

Per i restanti ricoveri ordinari in elezione (degenza superiore a 4 giorni) e per un T.O. del 90% è risultato che i 1100 casi attesi all'anno, raggruppati in 148 categorie di degenze omogenee (5300 giornate di degenza) vengono ricoverati in 17 posti letto.

Per i ricoveri d'urgenza verificata la variabilità intradipartimentale (oscillazioni tra 17 e 23 pazienti/die) sono stati assegnati 24 letti.

Risultati. Il progetto ha consentito di ridurre di 3 (da 56 a 53) la dotazione posti letto del Dipartimento, ottenere un tasso di occupazione del 90%, formulare un programma di accoglimento elettivi in efficienza ed economicità, saturare le sale operatorie, ridurre l'organico infermieristico (da 44 a 38 unità), omogeneizzare i carichi di lavoro, coordinare l'ambulatorio chirurgico con l'automatica prenotazione del precovero, del ricovero e delle sedute operatorie, programmare le dimissioni, eliminare l'ufficio prenotazioni ricoveri, con un risparmio di risorse complessivo di notevole entità.

EDUCAZIONE ALLA SALUTE PER LE DONNE IMMIGRATE

Nasi G^{**}, Cecchi P^{*}, Amorfini G^{*}, Gerace T^{*}, Mastromatteo AM^{*^}, Mostardi M, Positano ME^{*}, Risi PM, Soldano S, Valle G^{*}, Di Mauro C^{*}

^{*}AIDM Roma Centro; [°]Direzione Sanitaria Ospedale "Cristo Re" Roma; [^]Direzione Sanitaria IRCCS Fondazione "GB Bietti" Roma

Parole chiave: integrazione socio-culturale, educazione sanitaria

Introduzione. In una società multietnica l'integrazione socio-culturale diventa elemento fondamentale di salute pertanto l'A.I.D.M. sezione di Roma Centro ha promosso un piano di educazione sanitaria per le donne immigrate, presentato anche in Consulta Femminile per le Pari Opportunità della Regione Lazio. Il progetto ha come finalità una maggiore integrazione culturale, sociale e quindi lavorativa, delle donne immigrate nel territorio del Comune di Roma.

Contenuti. Il programma è strutturato in vari incontri nell'ambito di un corso di scolarizzazione in lingua italiana, con la partecipazione di varie figure professionali e di diversa specializzazione, in gran parte rappresentanti proprio della nostra associazione. Gli incontri sono gestiti in maniera interattiva per stimolare l'uso della lingua italiana e far conoscere attraverso le regole basilari dell'igiene le tradizioni e gli usi dei vari paesi di provenienza, nella convinzione che la commistione delle abitudini domestiche e quotidiane sia il tramite più immediato all'integrazione culturale.

Questo ciclo di conferenze su vari argomenti di interesse socio-sanitario va a trattare:

- il lavaggio rituale e il lavaggio igienico: origini, significati, modalità e motivazioni;
- la maternità e l'allattamento al seno: quando l'educazione è prevenzione e cura;
- la nostalgia: un sentimento che va coltivato per prevenire una malattia;
- la campagna perduta: cosa si è perso nella città, cosa possiamo trovare e cosa dobbiamo riscoprire nella città (tradizioni, calendari, costumi);
- il matrimonio nella società multiculturale.

Le conferenze vengono offerte gratuitamente presso il Consultorio della ASL RMC di Piazza dei Condottieri in Roma nel quartiere Casilino, sito nella zona di Tor Pignattara, sede multietnica in rapido ripopolamento. Il territorio che si è scelto per la realizzazione del progetto è infatti luogo di immigrazione per vocazione già nell'immediato dopoguerra, dopo il bombardamento dello Scalo San Lorenzo del luglio 1943, è stato meta di colonizzazione di operai e ferrovieri in special modo da Marche, Abruzzo e Calabria. Durante il boom degli anni '60-70 si è assistito all'inizio dell'immigrazione straniera ex coloniale (Eritrea, Etiopia e Somalia) per la crescente richiesta di aiuto domestico. L'ingresso nel mondo del lavoro delle donne nate dopo il secondo dopoguerra e la loro scolarizzazione ha determinato la necessità di delegare le mansioni casalinghe, incrementando la forza lavoro anche straniera. Con il progressivo invecchiamento della popolazione ed il declino della natalità, negli anni '90 si è resa necessaria una nuova tipologia di lavoratrice: la badante. L'apertura delle frontiere dell'Est con la caduta del muro di Berlino ha favorito la migrazione di donne già lavoratrici nei loro paesi.

Di tutt'altro indirizzo sono le motivazioni dell'ultima ondata migratoria che ha colonizzato la zona: gli insediamenti orientali (Cina, Corea, Filippine, Bangladesh) che hanno trovato la loro sistemazione alloggiativa e lavorativa sfruttando un mercato immobiliare particolarmente conveniente. L'attuale turnover del quartiere vede affacciarsi le nuove generazioni di lavoratori "in proprio" che si sono occupati della riqualificazione di aree comuni, dando la spinta al processo di integrazione fin dalle aule scolastiche, al quale ci siamo sentite di aderire e partecipare attivamente.

Conclusioni. L'attività educativa del programma già iniziato nei primi mesi del 2012 sta dando i suoi frutti e ci spinge ad esportare il progetto in altri consultori.

MODELLI DI CURE INTEGRATE PER IL PAZIENTE FRAGILE: IL PROGETTO ARCA DELL'AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Nesoti M.V.*; Bovo C.**; Bonavina M. G.°

*Dirigente Medico Direzione Sanitaria Azienda ULSS 20 Verona; ** Direttore Sanitario Azienda ULSS 20 Verona; ° Direttore Generale Azienda ULSS 20 Verona

Parole chiave: integrazione, fragilità, modello organizzativo.

Introduzione. La coorte di persone anziane e malate croniche sta progressivamente aumentando. La comunità scientifica raccomanda di gestire la cronicità con modelli di cura integrati per migliorare l'efficienza, la qualità delle cure, la qualità della vita e la soddisfazione dell'utenza. Lo spunto proviene da frameworks teorici che enfatizzano la centralità del paziente, l'erogazione di cure standardizzate da parte di team interprofessionali, la gestione della performance, i sistemi informativi e l'utilizzo razionale delle risorse economiche. Per riprogettare l'assistenza socio-sanitaria per la cronicità, l'ULSS 20 di Verona ha pianificato un modello assistenziale di cure integrate, ARCA (Assistenza, Ricerca e Cura per l'Anziano dell'Est veronese). Ad un anno dalla sua implementazione, alcuni dati preliminari.

Materiali e metodi. Sulla base delle evidenze scientifiche, i tre setting di diversa intensità assistenziale, ospedaliero, ospedaliero per la post-acuzie e territoriale, sono stati riorganizzati a isorisorse. Le azioni implementate trasversalmente sui tre setting sono la formazione multidisciplinare e l'informatizzazione della documentazione sanitaria. Inoltre, in ambito ospedaliero si è identificata un'area ad elevata intensità assistenziale nella degenza geriatrica, è stato implementato il protocollo per la gestione delle fratture del femore, è stato avviato un progetto di consulenze geriatriche in casa di riposo, nonché alcuni ambulatori per la gestione dei pazienti dimessi. A livello territoriale è stato migliorato il Punto Unico di Accesso con una unità di valutazione multidimensionale geriatrica (UVMDG) con membri fissi a garanzia della continuità, è stata migliorata la modalità comunicativa con le case di riposo, si sono creati gruppi di lavoro per la gestione integrata delle diverse tipologie di assistenza territoriale.

Risultati. Ad un anno sono analizzati i dati preliminari. I decessi in ospedale degli ospiti delle case di riposo sono diminuiti; è stata diffusa una cartella clinica condivisa per la gestione dei pazienti in transito dall'ospedale in casa di riposo e viceversa ottimizzando le prestazioni e i tempi; sono notevolmente migliorati i tempi di presa in carico da parte dell'UVMDG; l'area ad elevata intensità assistenziale in geriatria ha razionalizzato il lavoro e la gestione dei casi complessi. Il protocollo per le fratture di femore ha condotto alla totalità degli interventi in meno di 48 ore dal ricovero, salvo la non eleggibilità clinica del paziente. È stata implementata l'anagrafe della fragilità per attivare precocemente le strutture territoriali al momento del ricovero e l'analisi ha dimostrato che, in fase preliminare, i pazienti ricoverati da gestire tramite case manager sono quelli in Assistenza Programmata. Infatti questi assistiti hanno mostrato una predittività molto superiore della necessità di un piano assistenziale post ricovero ad intensità più elevata rispetto alla popolazione anziana che vive sola, considerata spesso, utenza fragile. Tale analisi ha condotto all'attivazione di una modalità organizzativa che prevede la presenza del case manager dell'Azienda territoriale all'interno di tutte le unità di degenza per acuti presenti negli altri enti maggiori produttori di ricoveri. Il monitoraggio di tutti i processi che compongono le azioni di ARCA è condiviso tra tutti, almeno mensilmente, tramite una newsletter dedicata.

PROPOSTA PER UNA RAZIONALIZZAZIONE DELLA TERAPIA NELLA PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA DELLE FRATTURE OSTEOPOROTICHE

Nocita G¹, Fabbri T², D'Auria A³, Tesone G⁴, Simeoni A⁵, De Paolis G⁶, Marchionne M⁵,
Botta D⁷, Bernardo A⁵

¹ Resp. Coordinamento Medici di Medicina Generale III Distr. Roma B; ² Direttore III Distretto Roma B;
³ Università degli Studi di Roma Tor Vergata; ⁴ Resp. Medicina Specialistica III Distretto Roma B; ⁵ Medico
Di Medicina Generale III Distretto Roma B; ⁶ Pediatra di Libera Scelta III Distretto Roma B; ⁷ Resp. Servizio
Farmaceutico III Distretto Roma B.

Parole chiave: osteoporosi, rischio, costo.

Introduzione. Nell'osteoporosi l'alterazione qualitativa e quantitativa del tessuto osseo comporta una maggiore fragilità ossea e, quindi, un aumentato rischio di frattura. Qualsiasi tentativo di razionalizzazione della terapia per la prevenzione delle fratture osteoporotiche deve tenere in considerazione:

- costo sociale della malattia osteoporotica;
- selezione dei soggetti da trattare in prevenzione primaria delle fratture;
- selezione delle molecole da utilizzare sia nella prevenzione primaria che in quella secondaria delle fratture, in relazione al rapporto costo-beneficio e rischio-beneficio dei farmaci attualmente in uso.

Premesso che i casi clinici in prevenzione secondaria (pregresse fratture) devono essere sempre trattati, è necessario definire, secondo le evidenze scientifiche di ultima acquisizione, i casi da trattare in prevenzione primaria.

Soggetti da trattare in prevenzione primaria: pazienti in terapia corticosteroidica di età superiore ai 50 anni per cui è previsto un trattamento per più di tre mesi con dosi di prednisone o equivalenti > ai 5 mg, a prescindere dai valori densitometrici misurati con tecnica DXA di un fattore di rischio. La sola valutazione della BMD con esame DXA non è sufficiente per identificare un soggetto a rischio di frattura (soglia terapeutica) e per il conseguente trattamento farmacologico. Pertanto, una più adeguata valutazione dei fattori di rischio (sesso femminile, inadeguato apporto di calcio con la dieta, scarsa attività fisica, menopausa precoce, età, fumo, basso peso corporeo, abuso di alcool, fattori genetici, disabilità, abuso di sostanze psicotrope, fattori ambientali) integrati o meno con il dato densitometrico si può ottenere applicando algoritmi come il FRAX o il DeFRA.

Materiali e Metodi. Analisi comparativa delle molecole in relazione al rapporto costo mensile-beneficio (Tab. 1).

Risultati. Si propone di trattare tutti i soggetti fratturati o con un rischio equivalente e, considerato il rapporto costo-beneficio e il rapporto rischio-beneficio in relazione ad eventuali controindicazioni o effetti collaterali delle molecole in tabella, si evince che la prevenzione primaria e secondaria delle fratture osteoporotiche necessita sempre di terapia con calcio + Vit D associata ai seguenti farmaci bisfosfonati anti-riassorbitivi in ordine di preferenza: alendronato; risedronato, ibandronato, raloxifene, stronzio ranelato. Nella prevenzione secondaria delle fratture severe con 3 o più pregresse fratture severe vertebrali o di femore i farmaci di prima scelta sono teriparatide ed ormone paratiroideo.

Maggiori evidenze scientifiche e studi in post-marketing potranno dare ulteriori importanti indicazioni circa l'utilizzo degli anticorpi monoclonali nella prevenzione primaria e secondaria.

Tabella 1

Bisfosfonati uso orale	Schema posologico	Rimborsabilità terapia	Generico	Costo terapia mensile in €	Riduzione rischio di
Alendronato	70 mg/sett	nota 79	si	15,37	fratture vertebrali e anca
Alendronato + Colecalciferolo	70 mg + (2800 o 5800 UI)/sett	nota 79	no	da 24,04 a 25,31	fratture vertebrali e anca
Risedronato	35mg/sett; 75mg (2 cp mese)	nota 79	si; no	14,19; 35,74	fratture vertebrali e anca; fratture
Ibandronato	150mg/mese	nota 79	no	43,70	fratture vertebrali, non femorali
Bisfosfonati uso parenterale					
Ibandronato	3mg/3 mesi e.v.	fascia H	no	48,55	fratture vertebrali, non femorali
Zoledronato	5 mg/un anno e.v.	fascia H	no	46,45	non indicato
Altri principi attivi					
Raloxifene	60 mg/die	nota 79	no	37,11	fratture vertebrali, non femorali
Stronzio ranelato	2 g/die	nota 79	no	54,80	fratture vertebrali e anca
Teriparatide	20mcg/die	nota 79	no	570,71	nelle donne con fratture femorali e vertebrali severe
Ormone paratiroideo	100 mcg/die	nota 79	no	536,40	fratture vertebrali e femorali
Denosumab (anticorpo monoclonale)	60 mg/6 mesi	piano terapeutico	no	57,00	fratture vertebrali e femorali

IL LAVAGGIO ANTISETTICO DELLE MANI QUALE INTERVENTO DI MAGGIOR EFFICACIA IN TERMINI DI RAPPORTO COSTO-BENEFICIO: RISULTATI DI UN'ESPERIENZA PLURIENNALE IN UN SETTING RESIDENZIALE

M. Pandale

Direttore Sanitario ICOS

Parole chiave: antisepsi, lavaggio delle mani, malattie infettive.

Introduzione. Il lavaggio delle mani rappresenta il cardine della prevenzione delle infezioni e uno dei gesti più disattesi dagli operatori sanitari per diversi motivi: carenza di formazione, di esperienza e di conoscenza delle linee guida, carenza di agenti idonei per il lavaggio delle mani, carichi di lavoro eccessivi e/o personale insufficiente, carenza di atti amministrativi di controllo. Numerosi studi hanno evidenziato come l'utilizzo di una soluzione alcolica rappresenti attualmente la scelta migliore per le proprietà intrinseche del prodotto, la facilità e semplicità d'uso.

Materiale e metodi. Nel 2008 è stata introdotta presso una delle nostre Residenze Sanitarie Assistenziali una soluzione alcolica per il lavaggio antiseptico delle mani attraverso un progetto che prevedeva più fasi: educazione del personale, utilizzo di una soluzione alcolica dislocata nei punti strategici della struttura, monitoraggio dell'adesione alle procedure, rinforzo dei messaggi, verifica dei risultati. In particolare l'adesione alle procedure è stata verificata tramite la somministrazione di questionari al personale a 1, 6 e 12 mesi, mentre la verifica dei risultati attraverso il monitoraggio del consumo di antibiotici (armadio farmaceutico informatizzato).

Risultati. L'adesione del personale all'utilizzo della soluzione alcolica nelle situazioni previste grazie agli interventi educazionali e alla motivazione è stata elevata e si è dimostrata costante nel tempo. Il consumo di antibiotici si è ridotto del 40% sull'anno precedente, mantenendosi costante negli anni successivi con una oscillazione del 10% (dati fino a novembre 2011). Il principale beneficio della riduzione delle malattie infettive è stata una migliore qualità di vita dei pazienti. Si procederà ad estendere il progetto alle altre strutture e alla verifica dei risultati implementando la verifica attraverso un monitoraggio degli eventi infettivi e alla mortalità correlata alle malattie infettive.

LA GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI ATTESA IN CHIRURGIA: L'ESPERIENZA DELL'AOU OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA

Sebastiani M*, Papa R*, Campofiloni S*, Giacchetti S*, Morosetti M*, Benedetti B*, Incicchitti L*, Polenta L*, Luzi F*, Serafini G*

* Direzione Medica Ospedaliera – AOU Ospedali Riuniti Ancona

Parole chiave: attesa, priorità, organizzazione.

Introduzione. Il presente lavoro si propone di presentare la conclusione di un progetto già illustrato al 37° Congresso Nazionale ANMDO inerente la gestione delle liste di attesa per intervento chirurgico programmato presso l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, secondo modalità organizzative orientate alla trasparenza sia nella fase di prenotazione del paziente che in quella della gestione dell'accesso all'intervento chirurgico. In questo senso sono stati individuati criteri e strumenti operativi volti a presidiare l'appropriatezza delle priorità cliniche insieme ai criteri cronologici. La normativa nazionale e regionale infatti riconosce al cittadino la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie chirurgiche in un tempo massimo per classi di priorità.

Materiali e metodi. Il gruppo composto dai Direttori della Unità Operative chirurgiche dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona ha definito una serie di strumenti operativi, validi per i pazienti in classe A e B condividendo la seguente metodologia:

- definizione di criteri clinici omogenei e trasparenti di gestione delle liste di attesa;
- definizione di un set di indicatori di processo e di risultato al fine di monitorare lo stato di attuazione delle azioni dichiarate e l'efficacia del metodo;
- Introduzione di un modello matematico per la distribuzione delle sedute operatorie sulla base della % di Classi A e B di ogni singola Unità Operativa chirurgica.

Risultati. Con questo lavoro si sono ottenuti i risultati presentati in tabella 1:

Criticità	Indicatore	Prima del progetto	Dopo la partenza del progetto
Pazienti operati e non prenotati né urgenti	% di prenotazione	66%	94%
assenza di criteri scientifici condivisi e formalizzati nella definizione delle classi di priorità	% di interventi per cui è presente la classe di priorità verificata sulla base di criteri scientifici condivisi in un protocollo aziendale	N.A.*	100%

* NA: prima del progetto l'attribuzione della classe di priorità A e B era autoreferenziale

Conclusioni. Con questo lavoro si sono ottenuti i seguenti risultati:

- maggiore spazio chirurgico per pazienti in classe A e B con tendenza alla riduzione dei loro tempi di attesa;
- maggiore trasparenza mediante la prenotazione di tutti i pazienti programmati;
- condivisione del percorso e delle regole da parte dei professionisti coinvolti;
- garanzia al paziente della necessaria trasparenza dell'accesso.

Questo modello organizzativo permette di gestire in maniera trasparente ed efficace le liste di attesa chirurgiche.

RUOLO DELLE ANALISI ECONOMICHE NELLA GESTIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI PRESSO L'AOU OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA

Papa R*, Sebastiani M*, Incicchitti L*, Polenta L*, Luzi F*, Benedetti B, Serafini G*, Cola V**, Molinari V**

* Direzione Medica Ospedaliera – AOU Ospedali Riuniti Ancona, ** SOD Farmacia

Parole chiave: CEA, EBM, prezzo.

Introduzione. La Commissione dispositivi medici dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona si occupa della valutazione delle tecnologie sanitarie utilizzando diversi strumenti tra cui la conduzione di analisi economiche. La cost-effectiveness analysis (CEA) quantifica il beneficio clinico di un prodotto innovativo e converte poi tale beneficio in un controvalore economico, quindi in una stima del prezzo che può essere riconosciuto al prodotto in questione. Questo lavoro ha l'obiettivo di presentare l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera.

Materiali e metodi. Si sono selezionati alcuni esempi di CEA facendo riferimento alle tecnologie richieste nell'ultimo anno. Per tutti i dispositivi (DM) è stato utilizzato un metodo comune:

- revisione della letteratura mediante l'applicazione di un rigoroso protocollo aziendale;
- stima dell'efficacia incrementale prodotta dal dispositivo innovativo in confronto al comparator in termini di sopravvivenza o di eventi evitati;
- conversione dell'efficacia in un controvalore economico attraverso l'uso di algoritmi farmaco-economici;
- stima del prezzo per il prodotto innovativo e dell'eventuale sconto da richiedere alla ditta distributrice.

Risultati: I risultati sono presentati in tabella 1.

Tecnologia	Comparator	Esiti	Sconto richiesto per l'autorizzazione
Protesi palpebrali in titanio	Protesi palpebrali in oro	Complicanze	-45,9%
Sistema di misurazione continua della Pressione intracranica e della pressione tissutale dell'ossigeno (PtiO2) e della temperatura intraparenchimale cerebrale nei pazienti con traumi cranio-encefalici	Misurazione della sola P. intracranica	Sopravvivenza	-49,5%
Stent coronarico in acciaio con rivestimento bioattivo di titanio nitrossido	Stent in acciaio Stent ad eluizione di Everolimus Stent ad eluizione di Paclitaxel	Eventi avversi cardiaci maggiori	-3%

Tabella 1. Risultati dell'analisi per i DM selezionati con dettaglio dello sconto richiesto.

Conclusioni. Lo sviluppo di applicazioni come la CEA dimostra la concreta possibilità di quantificare e proporre un prezzo per le nuove tecnologie "pesato" sugli outcomes derivanti dalle migliori prove scientifiche. Tuttavia, la frequente mancanza di solide evidenze non ne consente un utilizzo sistematico. La nostra esperienza dimostra l'applicabilità del metodo e le importanti potenzialità derivanti dalla stima di un prezzo di riferimento a livello locale, in assenza di indicazioni a livello nazionale, in quanto il prezzo dei DM non viene determinato da alcun organismo regolatorio.

UTILIZZO DELL'HB-HTA PER VALUTARE LA TECNOLOGIA BAROUK® NELLE FRATTURE DEL V METATARSO

Papalia R¹, Minniti D², Lovato E³, Fumero S⁴, Dore M⁵, Sacco R⁶, Picco C⁷, Siliquini R⁸, Gianino MM⁹

¹Papalia Riccardo, Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ²Minniti Davide, Dirigente Medico, Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli; ³Lovato Emanuela, Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁴Fumero Sergio, Dirigente Medico, Ortopedia e traumatologia, OO.RR. Rivoli; ⁵Dore Maurizio, Direttore Dipartimento Area Medica, OO.RR. Rivoli; ⁶Sacco Roberto, Direttore Medico di Presidio, OO.RR. Rivoli; ⁷Picco Carlo, Direttore Sanitario ASL TO3; ⁸Siliquini Roberta, Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁹Gianino Maria Michela, Professore Associato, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino

Parole chiave: cost-analysis, health technology assessment, quinto metatarso.

Introduzione. Le fratture del quinto metatarso rappresentano un problema di salute di frequente riscontro in Pronto Soccorso (PS). Il trattamento è conservativo sintomatico con un gesso da carico o con una scarpa a suola rigida, ma non vi sono in letteratura studi che hanno comparato le due tecniche al fine di valutarne l'efficacia e l'efficienza ed offrire al professionista elementi oggettivi per applicare la tecnica più adatta. Obiettivo è di effettuare una valutazione di HTA relativo alle due tecnologie nonché la qualità di vita percepita dai pazienti.

Materiali e Metodi. Studio longitudinale prospettico. Sono stati inclusi pazienti afferenti in PS con diagnosi di frattura composta del quinto metatarso.

Sono state valutate le seguenti variabili di outcome: la guarigione delle fratture con radiografia a due proiezioni, le eventuali complicanze, la misura della qualità percepita tramite il questionario EUROQoL-5D e si sono presi in considerazione i costi diretti e indiretti legati al trattamento.

Sono stati utilizzati modelli di regressione logistica e test di analisi inferenziale (test chi-quadrato, test di Fisher e t-test per dati indipendenti).

Risultati. Sono stati trattati 37 pazienti con la scarpa di Barouk® e 24 pazienti con la doccia gessata. Il numero di pazienti "guariti" è superiore se trattati con la tecnologia di Barouk® e la differenza è statisticamente significativa ($p=0.021$). Analogamente l'utilizzo della scarpa comporta una minore insorgenza di complicazioni rispetto alla doccia gessata ($p=0.006$) ed in particolare le complicanze da edema e osteoporosi (Tab. 1).

L'utilizzo della scarpa non è associato ad un'elevata soddisfazione all'interno del gruppo di pazienti sottoposti a tale trattamento che si presenta con un valore medio di EUROQoL-5D pari a 0.54, (tab.1) che non è statisticamente diverso da quello dichiarato dai pazienti trattati con la doccia gessata ($p=0.208$). Sotto il profilo economico, la doccia gessata è più onerosa della tecnologia di Barouk®, con una differenza statisticamente significativa se si considerano solo i costi diretti a carico del SSN e del paziente ($p<0.001$) (Tab. 2).

Conclusioni. La tecnologia di Barouk® soddisfa i quesiti di efficacia clinica, di efficienza e di sicurezza garantendo una valida soluzione per il trattamento conservativo delle fratture del quinto metatarso. Attraverso tale studio la Direzione Sanitaria di Presidio ha predisposto un report di mini-HTA a supporto dei decisori clinici e amministrativi.

Tabella 1. Distribuzione e confronto delle variabili di esito e delle complicanze con la tecnologia di Barouk® e con la doccia gessata e del punteggio EUROQoL 5D

	Tecnologia di Barouk®	Doccia gessata	p-value
Pazienti con piena guarigione n. pz (%)	25 (67.57%)	9 (37.50%)	0.021
Stato di Guarigione n. pz (%)			
Piena Guarigione	25 (67.57%)	9 (37.50%)	0.029
In via di guarigione	5 (13.51%)	10 (41.67%)	
Assenza di guarigione	7 (18.92%)	5 (20.83%)	
Pazienti con almeno 1 complicazioni n. pz (%)	15 (41.67%)	18 (78.26%)	0.006
Tipologia di Complicazioni presenti n. (%)			
Scomposizione	3 (10.34%)	1 (3.33%)	0.554
Osteoporosi	1 (3.45%)	5 (16.67%)	0.019
Edema	10 (34.48%)	12 (40.00%)	0.034
Parestesie	10 (34.48%)	6 (20%)	1.00
Lesioni da decubito da gesso	0	2 (6.67%)	
Sindrome compartimentale	3 (10.34%)	4 (13.33%)	0.215
Flebite	2 (6.90%)	0	0.265
EUROQoL 5D (Media ± DS)	0.54 (0.24)	0.45 (0.30)	0.208*
*t-test			

Tabella 2. Distribuzione dei costi complessivi nei due trattamenti in € (valori 2011) e confrontati con t-test. I dati sono espressi in media (DS)

	Tecnologia di Barouk®	Doccia gessata	p-value
Costi diretti	94.65 (0)	123.20 (9.46)	0.000
A carico del SSN	59.65 (0)	123.20 (9.46)	0.000
A carico del paziente	35 (0)	0	
Costi indiretti	2169.56 (1338.39)	2181.36 (1040.32)	0.9709
Costi totali	2234.21 (1338.39)	2274.56 (1038.1)	0.9008

IL DIPARTIMENTO PER L'INTEGRAZIONE TERRITORIO E OSPEDALE DELL'ASL DI BIELLA

Penna A.¹, Rusca L.², Tedesco A.¹, Bragante B.¹, D'Aloia F.¹, Trevisan P.¹, Becchi C.¹, Peruselli C.²

Direzione Medica Ospedale ASL Biella, Dipartimento per l'Integrazione Territorio Ospedale ASL Biella, Azienda Sanitaria Locale Biella via Marconi 23 13900 Biella

Parole chiave: integrazione, dimissioni, dipartimento.

Introduzione. Negli ultimi decenni in Italia e in tutti i paesi industrializzati si è assistito ad una progressiva riduzione dei posti letto, la popolazione tuttavia non riduce la propria domanda di prestazioni ospedaliere ad alto contenuto tecnologico e ad elevato costo. La risposta efficace ed efficiente al bisogno acuto tuttavia non sempre risolve i problemi dei pazienti che spesso sono anziani, presentano patologie concomitanti croniche, ed esigenze socio-sanitarie.

È essenziale quindi che l'ospedale ottimizzi sempre più l'integrazione con quella parte predominante del percorso assistenziale del paziente, che si svolge a livello territoriale, per realizzare quella concreta continuità e integrazione assistenziale tante volte auspicata. L'Azienda Sanitaria di Biella si è proposta di dare un forte impulso all'assistenza territoriale attraverso la costruzione di distretti sanitari forti, nello stesso tempo ha ritenuto strategico lo sviluppo all'interno dell'ospedale della cultura dell'integrazione e della continuità assistenziale. Lo strumento che l'Azienda ha adottato per conseguire tale obiettivo è stata la costruzione di un Dipartimento Strutturale aziendale per l'Integrazione tra Territorio e Ospedale.

Metodi. Nel 2008 si è costituito con Atto Aziendale il Dipartimento per l'Integrazione Ospedale-Territorio, comprendente le strutture che per loro caratteristica intrinseca operano attraverso diversi setting operativi in stretta sinergia con i Distretti: degenza ospedaliera, ambulatorio, residenza protetta e domicilio: Cure Palliative, Post-Acuzie/Geriatria, Medicina Riabilitativa, Nefrologia e SOS Dialisi peritoneale e la Struttura Semplice dipartimentale di Diabetologia.

Le azioni sono state la costituzione di linee-guida interne che definiscono le missioni di ciascun servizio, il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, dei servizi socio-assistenziali e la partecipazione attiva alle attività di coordinamento di commissioni integrate, affiancate da azioni formative per operatori e incontri con la cittadinanza.

La mission del Dipartimento è quella di garantire la continuità assistenziale seguendo il paziente nei diversi setting assistenziali territoriali e ospedalieri. In particolare obiettivo specifico del dipartimento è stato da un lato di presidiare e pianificare il processo di *dimissione* di tutto l'Ospedale, per garantire la continuità assistenziale e supportare l'inserimento del paziente nelle strutture di post-ricovero più adeguate ai propri bisogni (domicilio, strutture di post-degenza, ospedali di comunità, RSA, ADI ecc.), dall'altro lato di governare con il Distretto l'ammissione dei pazienti in ospedale, post acuzie e nelle strutture di post-degenza.

Risultati e Conclusioni. I risultati ottenuti si configurano in una più snella d integrazione tra i servizi, sistematicamente a confronto in riunioni periodiche, l'avvio dei percorsi di Cure Palliative per pazienti non oncologici, la ridefinizione dei percorsi di postacuzie che comprendono degenza, post-degenza in RSA riabilitativa e geriatrica, riabilitazione domiciliare e prescrizione ausili, percorsi diagnostici-terapeutici per pazienti in dialisi e per pazienti diabetici sul territorio.

La costituzione di un Dipartimento per l'Integrazione Ospedale-Territorio si è quindi rivelata strategia importante nei percorsi di continuità assistenziale.

VALUTAZIONE DEI COSTI RIPORTATI AL MEDICO DI FAMIGLIA BASATA SU METODOLOGIE DI RISK ADJUSTMENT IN FRIULI VENEZIA GIULIA

Piergentili Paolo*, Simon Giorgio*, Paccagnella Omar[§], Grassetto Luca[°], Rizzi Laura[°], Samani Fabio*

* Azienda Servizi Sanitari n. 6, Friuli occidentale, Pordenone; [§] Dipartimento di Scienze Statistiche, Università di Padova; [°] Dipartimento di Scienze Economiche Statistiche, Università di Udine; + Medico di medicina generale, Centro di Formazione Regionale per la Medicina Generale, Monfalcone

Parole chiave: risk adjustment, casemix, medici di medicina generale.

Conflitto di interessi. Tutti gli autori hanno compilato il modulo di dichiarazione uniforme dell'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (disponibile su richiesta presso l'autore corrispondente) e dichiarano: il progetto di ricerca è stato finanziato da una sovvenzione da parte del Ministero della salute italiano, rilasciata dopo un bando di gara nel 2008, e concesso attraverso le organizzazioni pubbliche della Servizio sanitario nazionale; nessuno degli autori ha avuto rapporti finanziari nel corso degli ultimi tre anni con qualsiasi organizzazione che potrebbe avere un interesse per il lavoro presentato o si è impegnato in altre relazioni o attività che potrebbero aver influenzato il lavoro presentato.

Introduzione. Lo studio presenta un modello di *risk adjustment* dei costi riportabili al MMG utilizzando database amministrativi. In particolare sono state utilizzate le esenzioni ticket, fonte di informazioni sulle condizioni di salute dei singoli facilmente disponibile e che copre tutta la popolazione. Lo studio è stato finanziato dal fondo per la ricerca applicata del Ministero della salute 2008.

Materiali e metodi. Sono stati raccolti l'anagrafe sanitaria, SDO, specialistica, farmaceutica ed esenzioni ticket del FVG del 2007. I dati sono stati resi anonimi e sono stati analizzati con modelli statistici multivariati multilivello (tobit^{1,2}). La variabile dipendente è la somma delle tariffe e prezzi ricevuti dai singoli opportunamente trasformata (valore tariffario giornaliero medio); le variabili indipendenti sono quelle che descrivono caratteristiche e condizioni di salute degli assistiti. Sono stati calcolati il coefficiente di correlazione intraclasse (ICC) ed il parametro R^2_1 . L'ICC è una misura della proporzione della variabilità totale spiegata dalla variabilità tra i gruppi^{3,4}. Il parametro R^2_1 è l'analogo nel modello tobit del parametro R^2 dei modelli lineari e stima la percentuale di varianza spiegata⁵.

Risultati. La tabella 1 riporta il modello predittivo. Il cambio del medico ha un effetto "protettivo". Il fattore a maggior impatto è però essere nell'ultimo anno di vita. L'ICC è elevato. In altri termini, la varianza residua a livello MMG è praticamente nulla (anche nell'analisi delle singole componenti: ricoveri, prezzi farmaci, etc.). La tabella 2 illustra la quota di varianza spiegata sia da un modello con solo sesso ed età, sia dal modello della tabella 1. La quota di varianza spiegata praticamente raddoppia.

Discussione. Le esenzioni del ticket si sono dimostrate un buon estimatore del bisogno assistenziale. I modelli spiegano quasi la metà della varianza delle prestazioni ricevute a livello individuale; questo risultato è una prima sorpresa, ove si consideri che la varianza spiegata dai DRG agli inizi era del 30 - 35%. La metodologia proposta andrebbe considerata per l'elaborazione dei costi standard; infatti sembra rappresentare il bisogno sanitario della popolazione in un modello di facile ed immediata applicazione. I modelli di aggiustamento (e di elaborazione di costi standard) basati solo su età e sesso sono inadeguati. Ancor più interessante la mancanza di variabilità residua ascrivibile ai MMG. Questo dato associato al fatto che il FVG presenta una spesa sanitaria procapite fra le più basse, potrebbe indicare che il livello qualitativo del lavoro dei MMG è maggiore di quanto generalmente ritenuto. Potremmo in altri termini aver trovato (salvo verifica) una misura robusta della qualità del lavoro dei MMG a livello di azienda o di regione.

Bibliografia.

Tobin J. Estimation of relationships for limited dependent variables. *Econometrica* (The Econometric Society). 1958;26:24-36.

Twisk J, Rijmen F. Longitudinal tobit regression: a new approach to analyze outcome variables with floor or ceiling effects. *J Clinical Epidemiol.* 2009;62: 953-8.

Goldstein H. Multilevel statistical models. 4th ed. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.; 2011.
 Shephard N, Falcaro M, Zeggini E, et al. Linkage analysis of cross-sectional and longitudinally derived phenotypic measures to identify loci influencing blood pressure. *BioMed Central Genetics*. 2003;4(Suppl 1):S26.
 Snijders T, Bosker R. Multilevel analysis: an introduction to basic and advanced multilevel modelling. London: Sage Publications; 1999.

Tabella 1. Modello tobit standard e multilevello sulle spese totali (Regione Friuli Venezia Giulia, 2007)

Variabili predittive Coeff.		Modello standard		Modello multilevello	
		Errore standard	Coeff.	Errore standard	Coeff.
Sesso	Femmina	0.152	0.002	0.145	0.002
Età	35-44	0.146	0.003	0.141	0.003
	45-54	0.291	0.004	0.284	0.003
	55-64	0.533	0.004	0.525	0.003
	65-74	0.856	0.004	0.844	0.004
	≥ 75	1.015	0.004	0.999	0.004
Esenzioni	Malattie cardiovascolari (002)	0.586	0.006	0.586	0.005
	Diabete (013)	0.609	0.005	0.605	0.005
	Glaucoma (019)	0.389	0.009	0.384	0.008
	Colesterolo (025)	0.471	0.008	0.459	0.008
	Iipertensione con danno d'organo (031)	0.498	0.004	0.497	0.004
	Iipertensione senza danno d'organo (A31)	0.426	0.005	0.432	0.005
	Cancro (048)	0.857	0.005	0.850	0.004
	Invalide civile > 2/3 (S51)	0.464	0.007	0.458	0.007
	Invalide civile 100% (S52)	0.156	0.008	0.149	0.007
	Invalide civile 100% con accompagnatoria (S57)	0.453	0.008	0.447	0.008
	Altre	0.644	0.004	0.633	0.004
Cambio MMG		- 0.118	0.004	- 0.100	0.004
ADI		0.651	0.005	0.672	0.005
Decesso		1.931	0.009	1.926	0.009
Gravidanza		1.285	0.011	1.292	0.010
Costante		- 0.077	0.003	- 0.063	0.004
Varianza a livello assistito		1.124		1.015	
Varianza a livello MMG		-		0.009	
ICC		-		0.89%	
Log likelihood		- 1459576.1		- 1459450.9	
Regressione Tobit N. osservaz. = 1.104.384 LR chi2(25) = 1.802.208,91 Prob > chi2 = 0,0000 Log likelihood = -808.198,12 Pseudo R2 = 0,5272					

Tabella 2. Riduzione percentuale dell'errore a livello (Regione Friuli Venezia Giulia, 2007)

Modello Tobit multilevello	R2 1
Modello sesso ed età	24.7%
Modello sesso, età e variabili del casemix	44.6%

Tabella 4. Percentage of error reduction for predicting the dependent variable at the patient level when estimating the multilevel Tobit model, all tariffs (Region Friuli Venezia Giulia, 2007)

Multilevel Tobit Model	R2 1 (patient level)
Model 1: no predictors	-
Model 2: gender and age of patients	24.7%
Model 3: gender, age and case mix characteristics of patients	44.6%

ORGANIZZAZIONE PER INTENSITÀ DI CURE DEL DIPARTIMENTO OSTETRICO NEONATOLOGICO

Grace Rabacchi, Tullia Todros, Antonella Alloa, Maurizio Gaspare Dall'Acqua, Vinicio Santucci, Claudio Piazzotta, Alberto Valle.

Direzione Sanitaria di Presidio S. Anna di Torino; Dipartimento funzionale di Ostetricia e Neonatologia; Direzione Sanitaria di Azienda AO OIRM-S., Anna di Torino; SC Controllo di Gestione

Introduzione. Sono ormai numerose le esperienze di organizzazione degli ospedali per intensità di cure; tuttavia questi modelli sono per lo più applicati in ospedali generalisti, mentre la ricerca in specifici settori assistenziali è, comprensibilmente, meno rappresentata.

L'AO Ospedale Infantile Regina Margherita - S. Anna di Torino è composta da due presidi monospécialistici: uno pediatrico e l'altro ostetrico-ginecologico. In quest'ultimo da maggio del 2010 è in atto un'organizzazione per intensità di cure del Dipartimento Ostetrico Neonatologico.

Materiale e Metodi. Con un lungo e partecipato lavoro preparatorio si è passati da un'organizzazione con sette Strutture Complesse di Ostetricia e Ginecologia (di cui quattro universitarie) ad una articolazione, mantenendo invariato il numero complessivo di posti letto di Ostetricia (circa 150) in tre livelli di intensità di cura: alta, media e bassa, in relazione alle condizioni cliniche delle donne ricoverate.

Questi tre livelli sono stati articolati in sei settori:

- un settore ad alta intensità di cure;
- quattro settori a media intensità di cure;
- un settore a bassa intensità di cure.

L'articolazione nei settori (ognuno di circa 25 posti letto) è stata decisa sulla base di tre parametri:

- individuando in il numero di letti meglio gestibile da parte di équipe ostetriche;
- definendo il fabbisogno atteso sulla base dei dati epidemiologici di ricovero degli anni precedenti;
- le condizioni logistiche del presidio (percorsi orizzontali e verticali: sale parto, sale operatorie, neonatologie, rianimazione, pronto soccorso).

L'obiettivo principale di questo modello organizzativo, che è stato affiancato da un consistente lavoro di aggiornamento di protocolli clinici, è di assicurare che alle donne ricoverate vengano prestate cure sempre più omogenee e su standard qualitativamente sempre più elevati.

Come sempre accade i primi periodi legati a profondi processi riorganizzativi sono stati accompagnati da problemi di adattamento dei professionisti e dell'intera organizzazione; tuttavia a più di un anno dall'avvio del modello possiamo registrare una complessiva soddisfazione da parte dei professionisti (ostetriche e medici) ed anche dell'utenza.

Ma è evidente come non possa essere solo questo il parametro di valutazione del buon esito di un processo così complesso, e pertanto sono stati individuati alcuni elementi maggiormente "oggettivi" basati sui dati di attività in nostro possesso.

Un primo elemento, monitorato per alcuni mesi, con revisione delle cartelle cliniche, è stato quello di verificare se le donne ricoverate nei vari settori rispondessero ai requisiti che erano stati individuati per l'accesso ai diversi setting assistenziali, e nel tempo, nonostante l'alta variabilità dell'andamento del numero di ricoveri naturalmente legate alla condizione "parto", i ricoveri individuati come non appropriati rispetto al previsto non è mai stato superiore al 5%.

Abbiamo voluto però verificare se a questa appropriatezza del settore di ricovero facesse seguito una migliore appropriatezza del processo di cura.

Risultati. Per fare questo abbiamo deciso di valutare dove venivano ricoverate le donne classificate nelle classi 1 e 3 di Robson (di seguito sintetizzata) che rappresenta circa il 36% della popolazione ricoverata nel Dipartimento e che si riferisce alle gravidanze fisiologiche, cioè a quelle che dovrebbero rappresentare la grande maggioranza dei ricoveri nella bassa intensità di cure (ed il minimo numero negli altri settori).

Tabella. La classificazione di Robson

uno	nullipare singola cefalica ≥ 37 sett, travaglio spontaneo	sei	tutte le nullipare con presentazione podalica
due	nullipare singola cefalica ≥ 37 sett induzione o TC prima del travaglio	sette	tutte le pluripare con presentazione podalica (incl prec TC)
tre	pluripare (escl prec TC) singola cefalica ≥ 37 sett, trav spontaneo	otto	tutte le gravidanze multiple (incl prec TC)
quattro	pluripare (escl prec TC) singola cefalica ≥ 37 sett, induz o TC prima del travaglio	nove	tutte le situazioni anomale (incl prec TC)
cinque	precedente TC singola cefalica ≥ 37 sett	dieci	tutti singola cefalica ≤ 36 sett (incl prec TC)

I dati in nostro possesso relativi al 2011 (periodo gennaio - settembre), dimostrano che nel settore a bassa intensità di cura il 90% dei ricoveri appartengono alle classi 1 e 3 di Robson, mentre questa percentuale scende al 17% nel settore ad alta intensità, attestandosi su valori compresi fra i 28% e 47% nei settori a media intensità di cure.

L'appropriatezza del ricovero sarebbe quindi confermata. Inoltre fra gli altri dati che stiamo monitorando c'è anche quello del numero di parti cesarei (in riduzione rispetto agli anni precedenti) nei vari settori, e questo varia dal 8.5% del settore a bassa intensità al 55% di quello ad alta intensità con valori compresi fra i 36% e 55% nei settori a media intensità di cure.

Conclusione. I dati e le informazioni in nostro possesso ci confortano sulle scelte operate, siamo però consapevoli che occorre disporre di un'attenta analisi dei dati e di maggiori osservazioni per valutare più compiutamente, con costante monitoraggio del "clima organizzativo" per il personale medico e ostetriche.

LA GESTIONE DELLE DENUNCIE DEI SINISTRI PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO (A.O.U.P.) "P. GIACCONE" DI PALERMO

Restivo V*, Marsala MGL*, Di Maggio MR, Russo S****, Firenze A*****

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva-Università degli Studi di Palermo; **Facoltà di Medicina e Chirurgia- Università degli Studi di Palermo; *Direzione Sanitaria di Presidio - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo - Unità Operativa Risk Management e valorizzazione SDO; ****Direzione del Distretto di Partinico dell'ASP di Palermo*

Introduzione. La Sicilia come altre realtà italiane, ha cercato di implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), con l'emanazione del D. A. del 28 dicembre 2011 che prevede l'istituzione del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS). Il CAVS è un gruppo multidisciplinare (medici legali, Risk Manager, Direzione Strategica, Società di brokeraggio assicurativo dell'Azienda), che hanno l'obiettivo di migliorare e velocizzare la gestione dei sinistri e quindi delle richieste di risarcimento per responsabilità civile terzi e dipendenti (RCTO) delle proprie Aziende.

Materiali e metodi. L'approccio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico (A.O.U.P.) "Paolo Giaccone" di Palermo è stato quello di accostarsi alla problematica con lo svolgimento di un'analisi preliminare della stima delle retribuzioni da effettuare nella propria realtà, contemporaneamente alla costituzione del proprio CAVS, avvenuta in data 29/02/2012.

L'analisi delle richieste di risarcimento pervenute all'Unità Operativa Risk Management e valorizzazione SDO ha rilevato la presenza di 45 richieste di risarcimento danni per l'anno 2011 (grafico 1). Da una successiva analisi si evidenzia che la causa più frequente di richiesta è il presunto errato intervento (grafico 2); tale dato concorda con il riscontro di una maggiore frequenza di richieste di risarcimento nei confronti delle Unità Operative chirurgiche, evidenza in linea con i dati di letteratura internazionale.

Inoltre si evince dai dati di un'indagine del Ministero della Salute come il valore medio di risarcimento per singolo sinistro, nella Regione siciliana, sia pari a 36.584€. Se tale valore fosse applicabile alla realtà dell'A.O.U.P., considerando che il numero di sinistri retribuiti in tale azienda corrisponde ad 1/3 delle richieste di risarcimento ricevute, la stima dell'importo da versare per l'anno 2011 sarebbe di 548.760€: dal momento che l'A.O.U.P. dal 2007 non stipula polizze per l'assicurazione dei professionisti a causa dell'elevato costo che ne deriverebbe, il suddetto importo teorico da risarcire rappresenta un valore di riferimento per valutare se la stipula della polizza sia conveniente o meno in termini di spesa per l'anno corrente.

Risultati. Dal confronto risulta evidente, con tutti i limiti che può avere una stima, come sia più conveniente per l'A.O.U.P. un approccio interno alla gestione dei sinistri, non solo dal punto di vista economico ma anche per la tendenza delle compagnie assicurative di disdettare le polizze allorquando vi sia anche un minimo sentore di un incremento di rischio.

Il vantaggio si ripercuote anche sui cittadini che hanno subito un danno, con un risarcimento più rapido, con l'obiettivo di un lasso di tempo di sei mesi/un anno per i casi più complessi e non di svariati anni come avviene tutt'oggi.

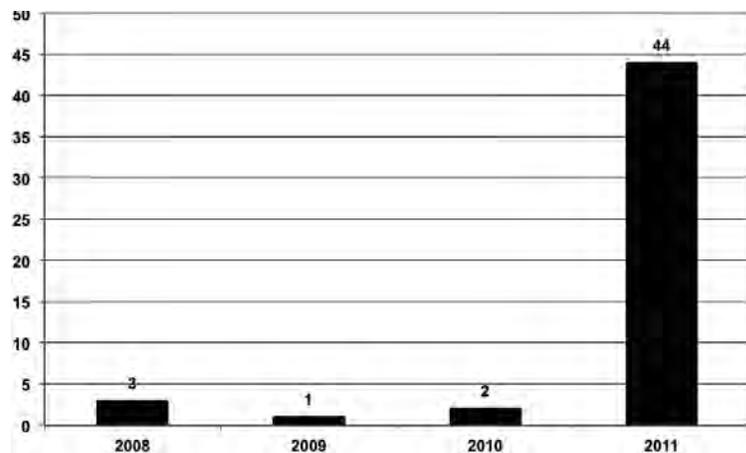


Grafico 1. Numero richieste di risarcimento ricevute

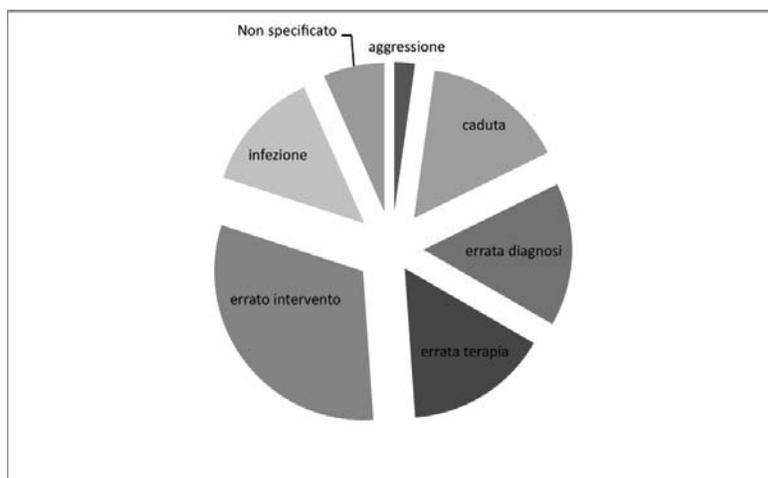


Grafico 2. Causa di richiesta di risarcimento

DALLA “REGOLA”...AI..TEMPI MODERNI, L'EVIDENCE-BASED MANAGEMENT NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Rinaldi M.

* *Dirigente medico Direzione Sanitaria P.O. S. Lorenzo di Carmagnola ASL TO5*

Parole chiave: evidence-based management, regola benedettina, etica.

Introduzione. Se è pur vero che le prove di efficacia relative agli strumenti manageriali sono ancora poco a disposizione, scoprire, quando qualcosa funziona, perché funziona diventa un'interessante sfida. L'obiettivo di questo lavoro è quello di dimostrare l'efficacia dell'applicazione della regola di S. Benedetto nel contesto organizzativo sanitario.

Materiali e metodi. Se l'Evidence-Based Management è la sistematica applicazione della migliore evidenza possibile per valutare le strategie manageriali atte a migliorare le prestazioni delle organizzazioni, il semplice fatto che uno specifico modello organizzativo perseguito per centinaia di anni abbiano mantenuto in vita i Monasteri Benedettini, è già di per se una importante prova di efficacia. Ma...occorre scoprire il modo con cui questi risultati sono stati ottenuti e la loro possibile trasposizione in Sanità.

Risultati. ORA ET LABORA è il motto attribuito da sempre ai monaci benedettini che alternano ai momenti di preghiera e riflessione quelli di lavoro manuale e intellettuale. Ciò rende i monasteri laboratori non solo di preghiera, ma anche di managerialità e soprattutto di SERVIZIO. Fonte di ispirazione e fondamento di vita è la filigrana sapienziale della *REGULA* che nell'accezione originaria significava “indicatore stradale” oppure “ringhiera”, qualcosa a cui aggrapparsi nel buio, che indica la strada, che conduce in una determinata direzione. È più SAGGEZZA che legge. Non è una serie di istruzioni, ma uno STILE DI VITA: disciplina, organizzazioni precise, ruoli chiari e ben determinati, principi cardine (stabilità, rispetto del tempo, uguaglianza sociale), centralità dell'uomo, spiritualità. Da sempre la “Cura della persona” è collegata alla dimensione etica e spirituale, quando le persone entrano in corsia, in sala operatoria, in sala riunioni portano infatti con sé la propria «essenza». In Azienda ogni uomo (utente interno e esterno) acquista un valore infinito se ben accolto, se la sua esistenza non sarà vista solo come un servizio reso all'impresa, ma come un dono immenso dal quale attingere e dare. Per i monaci «attendere, occuparsi di..» significa dedicarsi a qualcosa o a qualcuno con tutto l'impegno possibile, innamorati del proprio lavoro. Così anche per il manager, attento e disponibile non solo verso l'azienda in quanto tale, ma soprattutto nei confronti di chi lavora e vive grazie ad essa. L'obiettivo deve essere visibile a tutti: LA CENTRALITÀ ASSOLUTA DELLA PERSONA IN UN CONTESTO ORGANIZZATIVO. I monaci vivono e pregano insieme con l'intento di creare una sola voce. Il canto gregoriano dà realmente l'idea di un gruppo ben orchestrato. Per imparare a cantare bene è importante saper ascoltare con attenzione il proprio vicino perché solo così si può fare coro. Saper ascoltare implica saper fare Silenzio, uno dei concetti basilari della *Regola*, per ascoltare il maestro interiore che ci parla e ci fa imparare a sentire gli altri. Silenzio, concentrazione, calma. L'obiettivo non è la quantità di prodotto, ma la qualità. Ma chi dirige l'orchestra? L'Abate e il Consiglio della comunità. Chi deve governare ha infatti bisogno di stimoli e consigli continui. La leadership dell'Abate si esprime nell'insegnamento costante, paziente, amorevole, ma soprattutto coerente. Infatti per la *Regola* l'Abate deve essere di esempio sia con la parola che con i fatti.

Proprio per questa ragione nascono i continui richiami all'etica e alla *Koinonia* (luogo di comunione) è lo spirito che anima l'esistenza stessa dei monaci: vivere insieme, tutti sotto il medesimo tetto, sentendosi parte integrante dello stesso cenobio intorno al proprio Abate. L'AMORE è il principio che crea e sostiene le relazioni umane con dignità e rispetto. È il catalizzatore che spinge al cambiamento, allo sviluppo, alla crescita personale.

Conclusioni. Logica e competenza sono di giovamento alle organizzazioni ma forza e nutrimento è l'amore. “Non c'è l'intelligenza e poi l'amore: ci sono l'amore ricco di intelligenza e l'intelligenza piena di amore”.

IL MANUALE ARESS PIEMONTE DEGLI INDICATORI SULLA QUALITÀ E SICUREZZA DEI PAZIENTI

F Ripa, M Rapellino, R Arione, MC Azzolina, M Bianchi, MC Bosco, F D'Aloia, M Desperati, V De Stefano, F Garufi, A Girardi, I Grossi, G Gulino, P Malvasio, N Marellò, B Mitola, A Penna, I Raciti, R Rubino, Angelo Scarcello, D Tangolo, C Zanon
Agenzia Regionale Servizi Sanitari Piemonte

Parole chiave: qualità, sicurezza, indicatori.

Introduzione. In letteratura sono presenti specifici sistemi di indicatori sulla sicurezza dei pazienti, i quali non sempre sono facilmente interpretabili e fruibili e, comunque, sono da contestualizzare e rimodulare nei contesti operativi di riferimento. In tale ambito risulta fondamentale disporre di strumenti condivisi, al fine di permettere una rilevazione dei dati in forma accurata e riproducibile.

Materiali e metodi. Uno specifico gruppo di lavoro multicentrico tra medici delle Direzioni Sanitarie di Presidio di cinque Aziende della Regione Piemonte (AOU San Giovanni Battista Torino, ASO Mauriziano Torino, ASO Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria, ASL TO 4 Chivasso, ASL Verbano Cusio Ossola, ASL Biella) ha analizzato i più importanti Manuali di indicatori presenti in letteratura sulla qualità e sicurezza dei pazienti, con particolare riferimento ai documenti di *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), finalizzati a descrivere gli indicatori desumibili dai data base amministrativi e predittivi per la qualità e sicurezza delle cure erogate.

Il Manuale che ne è scaturito è stato strutturato al fine di permettere una prima raccolta di informazioni in forma omogenea e contestualizzata, secondo i punti di riferimento di seguito illustrati.

1. Presentazione
2. Introduzione
3. La valutazione e il miglioramento della qualità attraverso indicatori di processo e risultato
4. I sistemi di indicatori di qualità e sicurezza a livello nazionale ed internazionali
5. Il progetto ARESS Piemonte
6. Schede indicatori
7. Raccomandazioni
8. Conclusione
9. Bibliografia
10. Glossario essenziale
11. Allegati (DRG bassa mortalità, DRG chirurgici, diagnosi e procedure ICD IX CM).

Risultati. I contenuti del Manuale sono stati applicati a tutte le schede di dimissione ospedaliera della Regione Piemonte, rispettivamente su data base di 782.691 ricoveri nel 2009, 767.712 nel 2010 e 741.239 ricoveri nel 2011.

In tale ambito è emerso il diverso "comportamento" degli indicatori, che in alcuni casi si sono mostrati sensibili e specifici nella rilevazione degli eventi, in altri casi meno robusti dal punto di vista predittivo.

La ricaduta del modello è comunque da ricercare nella possibilità di attuare un primo livello di monitoraggio sistematico su fenomeni che devono essere tenuti costantemente sotto osservazione; tale monitoraggio si può concretizzare a livello della direzione medica ospedaliera, ma anche della stessa componente professionale.

La ricerca, produzione, analisi di indicatori di performance costituiscono dunque il modello di lavoro in rete, per interpretare meglio i fenomeni di riferimento e per sviluppare un sistema di lettura delle organizzazioni e di monitoraggio delle attività, in funzione del miglioramento continuo.

Il valore aggiunto del progetto è di formulare un contributo concreto e sostenibile in forma di "Manuale" condiviso per avviare in forma sistematica le attività di valutazione nelle organizzazioni sanitarie della Regione Piemonte, attraverso l'utilizzo di indicatori clinici.

COMUNICAZIONE E HANDOVER IN AREA CRITICA

Romito F¹, D'Ambrosio M², Elia G³, Di Fazio A⁴

Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio: ¹ Dirigente Medico U.O. Anestesia e Rianimazione;

² Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR; ³ Dirigente Medico U.O. Pronto Soccorso;

⁴ Resp.le Unità di Medicina Legale e Gestione del Rischio – UGR.

Parole chiave: handover, comunicazione, sicurezza.

Introduzione. Le informazioni condivise tra operatori sanitari sono la base del piano di cure del paziente, ne identificano punti critici, ne garantiscono la continuità e rimarcano problemi legati alla sicurezza. Il passaggio di consegne, in quanto scambio di informazioni, è un momento critico per l'alta variabilità di forme e contenuti. Il rischio assume rilievo ancora maggiore considerando la portata degli errori e degli eventi avversi in area critica.

La National Patient Safety Agency nel 2005 ha posto punti fermi in ambito di principi comunicativi: verità, tempestività, chiarezza dell'informazione intesi come facilitatori del sistema di gestione del rischio. È l'alba di una nuova attenzione alle problematiche comunicative; vengono infatti attribuiti alla mancanza di comunicazione e/o cooperazione il 60% degli eventi avversi. L'evento avverso di certo evitabile è quello che nasce dalla gestione clinica (omissioni, trattamenti impropri), piuttosto che dal processo patologico in sé. Gli errori comunicativi durante il passaggio di consegne sono tra i più evitabili nella gestione del rischio. Si possono suddividere in errori di omissione di contenuto (terapia, emergenza, programmazione...) ed errori legati alla fallibilità intrinseca della comunicazione (incertezze, empatia tra membri dello staff curante e subentrante). Si genera un tentativo di porre rimedio alla mancanza percepita, aumentando il rischio di errore. Un'azione che interrompa questa catena di eventi dovrebbe essere prevista su interfaccia: caregiver/paziente (documentazione, piano terapeutico, risposta), caregiver/caregiver (tra profili professionali simili e differenti), caregiver/famiglia.

La comunicazione consuma del tempo di cure in area critica, spesso avviene in multitasking e spesso viene interrotta da elementi disturbanti. Lo sviluppo di una metodologia comunicativa aperta, chiara ed esaustiva, che riduca barriere gerarchiche e relazionali, circa l'ammalato è punto chiave nella riduzione del rischio.

Materiali e Metodi. L'approccio preso in considerazione prevede la standardizzazione del processo comunicativo durante il passaggio di consegne, con metodologia facile, alla portata di tutti, che non sia tecnologica, né che sostituisca completamente l'atto verbale: una checklist comunicativa, che funga da guida all'informazione da consegnare allo staff subentrante. Non già una valutazione quantitativa dell'informazione, quanto un mero controllo qualitativo, in sistema binario semplice ed intuitivo: la spunta di caselle corrispondenti. La domanda del curante che consegna l'ammalato potrebbe essere: "ho passato informazioni su ...?". Abbiamo dunque creato una handover checklist dopo aver osservato il cambio turno (modalità e qualità) in area critica, e la abbiamo proposta come strumento di implementazione della cartella clinica del paziente. La fase successiva dello studio prevede l'applicazione di questa metodica e la valutazione di soddisfazione e gradimento del personale, percentuale di errore, e outcome del paziente.

Risultati. Consideriamo auspicabile l'utilizzo di una checklist comunicativa in tutti i punti nodali nel percorso di cure di ogni paziente, tanto al cambio turno all'interno dello stesso reparto (e ogni unità operativa per sue peculiarità adatta la scheda), quanto, ancor di più, nel momento delicatissimo del trasferimento da una unità operativa ad un'altra, con il cambio di tutto lo staff curante. Il problema resta aperto.

UN NUOVO AMBITO PROFESSIONALE PER L'IGIENISTA: IL COORDINATORE DELLE ATTIVITÀ DI PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI

A Rossetti*, B Tiso[§], E Rizzitelli, C Berardinelli, A Cantù, M Ferrari

*Coordinatore Locale per le Attività di Prelievo Autore – § Direttore Medico di Presidio –

° Medici di Direzione Sanitaria Fondazione IRCCS Cà Granda Policlinico di Milano

Parole chiave: coordinatore locale prelievo, trapianti.

Introduzione. L'Organizzazione delle attività di prelievo di organi e tessuti ed il coordinamento delle figure professionali che collaborano, a diverso titolo, al processo di prelievo e trapianto richiedono, all'interno di Aziende Sanitarie con bacini di utenza rilevanti, una struttura di coordinamento affidata alla Direzione Sanitaria ed articolata con presenza di personale medico, infermieristico e supporto amministrativo. La Direzione Sanitaria è, infatti, l'entità maggiormente protesa verso funzioni gestionali, organizzative, di formazione ed aggiornamento dell'intero sistema aziendale.

La recente normativa nazionale e regionale (Regione Lombardia) attribuisce alla Direzione Sanitaria una serie di competenze relative al coordinamento delle attività di prelievo a scopo di trapianto.

Materiali e Metodi. La legge 1 aprile 1999, n.91 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti" art.12 istituisce la figura del coordinamento locale e ne delinea i compiti.

Nel marzo del 2002 (21/03/2002) Vengono emesse le "Linee guida per le attività di coordinamento per il reperimento di organi e di tessuti in ambito nazionale ai fini di trapianto" che dettagliano le funzioni del Coordinamento Locale e ne descrivono la struttura organizzativa.

La Regione Lombardia recepisce la normativa nazionale con la dgr 8 febbraio 2002 VII/ 7987 "Riorganizzazione delle Attività di Prelievo a scopo di trapianto" suddividendo il territorio della regione in 18 aree di coordinamento ed istituendo 18 figure con la funzione di coordinatore locale (CLP).

Il Ministro della Salute, con Decreto 18 gennaio 2006 "Modifica ed integrazione delle tabelle dei servizi e delle discipline equipollenti e delle discipline affini (Prelievo organi e tessuti)" inquadra l'attività di coordinamento di prelievo di organi e di tessuti nell'Area di sanità pubblica nella disciplina di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

Risultati. Su queste basi nel maggio del 2002 viene nominato, dall'allora Direttore Generale, Coordinatore Locale del Policlinico di Milano un medico di Direzione Sanitaria; a cui seguirà, nel gennaio 2008, l'istituzione, dell'Unità Operativa Semplice Coordinamento Locale Trapianti. Il coordinatore (CLP) del Policlinico è un medico igienista, rimane in carica per 5 anni e si occupa di: 1) individuare e gestire i donatori multi organo del presidio di appartenenza (il CLP partecipa a tutti i collegi per la morte cerebrale come medico legale, effettua i colloqui con le famiglie, valuta l'idoneità del potenziale donatore); 2) coordinamento di tutte le operazioni connesse al reperimento ed al trasferimento degli organi e dei tessuti cornee, vasi, valvole, tessuto muscolo-scheletrico e cute (compreso il sangue cordonale: donazione solidaristica, dedicata ed autologa); 3) supervisione del processo di donazione e di prelievo di organi e dei tessuti dei presidi dell'area (l'area consta di sette presidi pubblici e di cinque presidi privati); 4) assolvimento del debito informativo verso al Regione Lombardia; 5) promozione della donazione a scopo di trapianto nell'ospedale e nell'Area (partecipazione a convegni, conferenze, incontri nelle scuole e con le associazioni di volontariato AIDO). Per portare a compimento questa attività il CLP ha formato una rete di referenti al prelievo (medici, infermieri, anatomopatologi, laboratoristi, ecc.) sia nel Presidio di appartenenza sia nei Presidi della sua Area con cui è costantemente in contatto. Il CLP è, a sua volta, facente parte di una rete di professionisti: i 18 CLP lombardi, il Coordinatore al Prelievo Regionale, il Nord Italia Transplant ed il Centro Nazionale Trapianti. Utilizza un fondo dedicato (finanziamento a funzione) alimentato dal rimborso per l'attività di prelievo di organi e tessuti.

Conclusione. L'attivazione di una specifica struttura per il coordinamento delle attività di prelievo all'interno della Direzione Sanitaria del Presidio riporta questa attività al suo migliore interprete: il medico igienista ed apre un nuovo ambito professionale espressamente previsto dalla normativa.

NUOVO POLO CHIRURGICO OSPEDALE ULSS7. RIORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA PER INTENSITÀ DI CURA: PRONTI, PARTENZA E "VIA"?

Salemi M***; Carraro MG*; Toffolon G**, Grasso A***; Camillo M°; De Martin°; Dalla Bona C°; Campagnaro S°; Favero L°; Volpato M##; Cibin L‡; Valerio S^; Da Ros D^, Sammons A^^; Momesso S#, Merlo C#, Zanette D#

* Direttore Ospedale ULSS7 Pieve di Soligo, Regione Veneto; ** Direttore Medico Presidio Ospedaliero Vittorio Veneto ULSS7 Pieve di Soligo, Regione Veneto; *** Dirigente Medico di Direzione Medica Ospedaliera; ° AFD Coordinatore infermieristico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero; °° Referente Organizzativo area Tecnico Sanitaria di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero; ^ Dirigente Medico U.O. Urologia P.O. Conegliano ULSS7 Pieve di Soligo, Regione Veneto; ^^ Dirigente Medico U.O. Chirurgia P.O. Conegliano ULSS7 Pieve di Soligo, Regione Veneto; ^^ Dirigente Medico U.O. Rianimazione P.O. Conegliano ULSS7 Pieve di Soligo, Regione Veneto; ## Collaboratore Amministrativo di Direzione Medica Ospedaliera; # Assistente Amministrativo di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero; ‡ Medico chirurgo Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva in formazione presso la Direzione Medica del Presidio Ospedaliero ULSS7 Pieve di Soligo, Regione Veneto

Parole chiave: modello di assistenza ospedaliera per intensità di cura; percorsi clinico assistenziali; cambiamento.

Introduzione. L'obiettivo del lavoro è stato quello di programmare e governare le varie fasi di cambiamento conseguenti all'avvio del nuovo Polo Chirurgico dell'Ospedale dell'Ulss7 pensando, anche, ad un nuovo modello di assistenza Ospedaliera organizzata per intensità di cura da applicare.

Il progetto, costato circa 39 milioni di euro ed oggetto di premiazione al FORUM PA 2011, ha visto la realizzazione di un polo tecnologico integrato costituito da:

- unica Piastra Operatoria con 9 sale operatorie ad alta tecnologia;
- unica Piastra ambulatoriale con 30 ambulatori multispecialistici;
- unica Area di degenza omogenea per intensità di cura, con 104 posti letto, per le attività di ricovero ordinario di Day/Week Surgery di Chirurgia, Ortopedia, Urologia.

Materiali e Metodi. Si sono affrontati diversi aspetti, con particolare attenzione: gruppi di lavoro; indicatori di processo; studio delle variabili; analisi dei setting assistenziali; modello di assistenza ospedaliera per intensità di cura; risorse; progetti paralleli; comunicazione e condivisione; nuovi regolamenti e procedure. L'analisi di tali aspetti, effettuata coinvolgendo tutti gli operatori interessati dal cambiamento ha prodotto una mole elevatissima di dati (presentati in sede congressuale) utilizzati per l'elaborazione di specifici focus, l'implementazione dei modelli a tendere, nonché dei nuovi modelli di assistenza ospedaliera per intensità di cura.

Risultati. La realizzazione di importanti cambiamenti strutturali ed organizzativi ha consentito un aumento dell'efficienza delle attività di sala operatoria, di degenza ed ambulatoriali.

La nuova organizzazione strutturale e funzionale ha permesso di violare un "vecchio" tabù come il "concetto di reparto", portando alla realizzazione di nuove piattaforme organizzative e consentono una diversa e trasversale interazione tra tutti gli attori coinvolti nel processo assistenziale ponendo al primo piano le esigenze del paziente. L'analisi completa dei dati e le relative conclusioni verranno presentate in occasione del convegno Nazionale ANMDO, considerato che il progetto di riorganizzazione si è appena concluso (marzo 2012). Si può però sin d'ora affermare che i grandi cambiamenti strutturali ed organizzativi, così come l'implementazione delle attuali nozioni sui modelli di assistenza ospedaliera per intensità di cura, pur impattando ancora oggi con antichi pregiudizi, interessi di parte e/o resistenze al cambiamento, consentono una documentata un'ottimizzazione delle risorse, dei percorsi clinico assistenziali, del livello di assistenza, della qualità del servizio offerto al paziente/utente.

Appare però cruciale l'implementazione di nuovi indicatori di processo ed, ancor più, l'analisi dei dati da parte della Direzione Medica Ospedaliera unica e vera "responsabile" del governo degli inevitabili cambiamenti, prossimi, dell'Ospedale.

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NEL PROCESSO DI DONAZIONE E TRAPIANTO DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE

Sergio Vesconi*, Marina Morgutti

Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia; *Coordinatore prelievo organi e tessuti Regione Lombardia

Parole chiave: rischio clinico, trapianti.

Introduzione. Il processo che rende possibile l'effettuazione di un trapianto è particolarmente complesso e articolato in diverse fasi, dall'identificazione del potenziale donatore, al prelievo, al trapianto stesso e al successivo follow up, con il coinvolgimento in tempi e in luoghi diversi di molteplici figure professionali.

In questo contesto è necessario assicurare al ricevente la massima garanzia possibile di un trapianto "sicuro", con particolare riferimento da un lato al rischio di trasmissione di patologie infettive o neoplastiche, e dall'altro alla qualità degli organi e dei tessuti trapiantati (adeguato prelievo, trasporto e conservazione di organi e tessuti).

Come in tutta la medicina, anche in campo trapiantologico il "rischio zero" non esiste: esistono tuttavia validi strumenti utili per l'identificazione dei fattori di rischio, la sua stratificazione, il controllo e la correlazione con le necessità cliniche del ricevente.

In particolare la rigorosa applicazione delle raccomandazioni contenute nelle Linee Guida specifiche permette di evitare eventi avversi causati da errori prevenibili che possono accadere in uno qualunque dei diversi momenti del processo donazione-trapianto.

Il controllo del rischio clinico in campo trapiantologico deve necessariamente prevedere:

- il coinvolgimento di tutte le numerose figure professionali che prendono parte al processo in tutte le diverse fasi, attraverso adeguate iniziative di formazione;
- la definizione e condivisione delle procedure di identificazione, segnalazione e analisi degli eventi avversi, la loro tempestiva e capillare diffusione nella rete, la pronta attivazione di adeguati interventi correttivi;
- l'utilizzo sistematico dei sistemi informatizzati per la raccolta e la tracciabilità dei dati raccolti.

L'ambito dei trapianti presenta caratteristiche sue peculiari (coinvolgimento di numerose Unità Operative differenti, sia all'interno della stessa struttura ospedaliera che in ospedali diversi, talvolta in più regioni, comunicazioni mediate attraverso il coordinamento regionale/interregionale, necessità di operare in tempi estremamente ristretti, lunga latenza di alcune complicanze) che rendono la gestione del rischio clinico in questo ambito particolarmente complessa.

Nel corso del 2011 e 2012 la Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia ha organizzato, in collaborazione con Eupolis (l'ente regionale di formazione) un corso specificamente dedicato all'argomento, ripetuto in più edizioni, in cui sono stati affrontati sia argomenti generali (rischio e sicurezza nei sistemi complessi; il rischio clinico: identificazione, analisi, glossario), sia argomenti specifici relativi alla rete trapiantologica (il sistema dei trapianti e la rete nazionale, stratificazione del rischio, la "second opinion" nazionale, analisi di processo, criticità e segnalazioni). Con la presentazione e la discussione di casi clinici tratti dalle esperienze regionali si è tradotta poi la teoria nella pratica quotidiana.

Si sono formati, in questa prima serie di iniziative, quasi 400 (389) tra medici e altre figure sanitarie. Pur essendo il corso specificamente rivolto a tutte le varie professionalità coinvolte nella donazione, nel trapianto e nel follow up (personale sanitario di anestesia e rianimazione, dei coordinamenti locali, dei centri trapianto, di anatomia patologica, di laboratorio, di direzione sanitaria, del SITRA, delle banche tessuti, degli ambulatori post-trapianto, risk manager aziendali) la partecipazione dei vari specialisti è stata molto difforme: in particolare, la partecipazione dei centri trapianti è risultata estremamente scarsa. Sono quindi in progetto nuove edizioni del corso, specificamente mirate al personale dei centri trapianti, per:

- garantire lo sviluppo della consapevolezza e il coinvolgimento degli operatori sull'argomento, in una logica di rete del trapianto integrata;
- per condividere gli aspetti base del Clinical Risk Management (glossario, tassonomia, metodologia di rilevazione, analisi, intervento proattivo e reattivo);
- per diffondere gli strumenti utili alla prevenzione e identificazione degli eventi avversi, alle modalità di segnalazione e di raccolta dei dati nonché l'utilizzo dei sistemi informativi sviluppati ad hoc.

EVOLUZIONE ETICA DELL'HTA: APPROPRIATEZZA CLINICA, DECISIONE STRATEGICA, COINVOLGIMENTO STAKEHOLDER

Vitale A.*, Borsotti M.**, Vigna I.*, Mitola B.*, Malvasio P.**

*Dirigente Medico SC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero – AO Ordine Mauriziano di Torino;

**Direttore SC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero – AO Ordine Mauriziano di Torino;

***Direttore Sanitario d'Azienda - AO Ordine Mauriziano di Torino

Parole chiave: HTA, etica, sostenibilità.

Introduzione. Nell'AOOM, dopo il biennio 2010-2011 di attività della Commissione HTA, nata con l'obiettivo di valutare tecnologie sanitarie innovative da introdurre in azienda secondo criteri di appropriatezza clinica (discusse 42 acquisizioni, 19 prove), la DMPO/Segreteria scientifica HTA ha proposto di introdurre 2 nuovi elementi per implementare e sviluppare l'HTA come strumento etico che garantisca scelte aziendali sostenibili:

- lo studio dei costi evitati (etica allocativa-valutazioni economiche);
- la condivisione delle scelte tecnologiche aziendali con i cittadini (etica partecipativa-informazione-comunicazione ai pazienti/consumatori dei risultati delle valutazioni delle tecnologie sanitarie introdotte).

Materiali e Metodi.

1. Annualmente l'attività di HTA e i monitoraggi sullo stato di acquisizione/prova delle tecnologie approvate sono presentati alla Direzione Generale in un report sulla base del quale viene effettuata la prioritizzazione del piano di investimento triennale per l'acquisto delle tecnologie sanitarie. Visti i vincoli di bilancio imposti dalla Regione Piemonte e i budget sempre più ristretti a disposizione dei Dipartimenti, si sono valutati i costi evitati 2010/2011, sommando costi di tecnologie introdotte con \geq efficacia e $<$ costo rispetto alle esistenti + costi evitati di tecnologie non approvate perché non appropriate.
2. Il coinvolgimento dei cittadini come stakeholder nei processi decisionali/strategici dell'AO è uno dei punti fondamentali della vision dell'AOOM. Per la condivisione delle scelte di introduzione di tecnologie sanitarie innovative, vista la complessità della materia, si è stabilito di sperimentare una comunicazione informativa/divulgativa dedicata ai rappresentanti dei cittadini membri della Conferenza Aziendale di Partecipazione.

Risultati. La sostenibilità economica è garantita effettuando opportune valutazioni economiche, analizzando costi diretti e variabili (in particolare in questa fase si considerano i costi vivi di tecnologie e relativi materiali di consumo). I costi evitati 2010/2011 ammontano a 150.000 euro: tale dettaglio è stato comunicato alla triade strategica.

Nel 2012 è stato organizzato un incontro con le Associazioni di cittadini membri della CAP per presentare le tecnologie innovative introdotte in AO: la DMPO ha spiegato in modo chiaro e semplice la valutazione e le scelte tecnologiche aziendali. La partecipazione informata dei cittadini ha permesso di monitorare le scelte dell'AOOM dal punto di vista dell'equità delle allocazioni, sulla base di bisogni espressi/percepiti dalla popolazione, evidenziando la divergenza degli stessi dai bisogni definiti dall'epidemiologia. Il coinvolgimento a livello informativo degli stakeholder è stato realizzato attraverso l'esplicitazione delle tecnologie impiegate nei differenti PDTA attivi in azienda, seguendo il percorso dei pazienti/utenti.

La frammentazione dei dati ricavati dalla valutazione delle tecnologie sanitarie è necessaria per rendere fruibile l'HTA ai diversi destinatari di tali informazioni (decision maker, farmacia, ingegneria clinica, provveditorato, clinici, cittadini).

L'integrazione degli stessi dati si realizza solo nella visione consapevole del medico di DMPO che concepisce l'HTA come strumento etico di appropriatezza clinica a supporto delle decisioni strategiche e del coinvolgimento degli stakeholder, ma che è ben cosciente di come le evidenze scientifiche debbano convivere quotidianamente con la realtà pratica della Sanità.

ANALISI ORGANIZZATIVA DEA DI PRIMO LIVELLO

Vota O¹, Dore M², Lovato E³, Papalia R⁴, Piolatto A⁵, Giorello M⁶, Olivero G⁷, Minniti D⁸, Picco C⁹, Sacco R¹⁰

¹Vota Ornella, Dirigente medico, Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli; ²Dore Maurizio, Direttore Dipartimento Area Medica, OO.RR. Rivoli; ³Lovato Emanuela, Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁴Papalia Riccardo, Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino; ⁵Piolatto Alberto, Direttore SC. MECAU, OO.RR. Rivoli; ⁶Giorello Mirella, Dirigente infermieristico OO.RR. Rivoli; ⁷Olivero Giorgio, Dirigente infermieristico OO.RR. Rivoli; ⁸Minniti Davide, Dirigente Medico, Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli; ⁹Picco Carlo, Direttore Sanitario ASL TO3; ¹⁰Sacco Roberto, Direttore Medico di Presidio, OO.RR. Rivoli

Parole chiave: analisi organizzativa, dea.

Introduzione. L'incremento di richieste di prestazioni assistenziali, causato da aumento dell'età media e delle cronicità, aumentata sensibilità della popolazione ai problemi di salute, miglioramento tecnologico, facile accesso alle aree di emergenza e sperequazione nella distribuzione dei posti letto per acuti, comporta inevitabilmente un utilizzo inappropriato delle strutture di emergenza con ripercussioni sugli utenti e sugli operatori.

Al fine di far emergere le maggiori criticità e avanzare ipotesi migliorative in un DEA di I livello dell'ASL TO3, la direzione aziendale ha costituito una commissione di esperti, composta medici di direzione sanitaria, internisti e infermieri dell'area dell'emergenza

Materiali e Metodi. Per effettuare un'analisi sull'organizzazione del DEA, la commissione ha messo in atto le seguenti modalità operative: analisi della letteratura, della normativa e dei dati ricavati dal sistema informatico; sopralluoghi, interviste e osservazioni in DEA; tavoli di confronto. I dati, acquisiti dalla SC Controllo di Gestione, dalla SC Informatica, dai medici e dal personale del DEA, sono stati successivamente discussi dal tavolo tecnico. La valutazione globale ha riguardato aspetti organizzativi (triage, pianificazione, comunicazione, attribuzione responsabilità), documentazione, gestione dei processi alberghieri e privacy, adesione ai modelli organizzativi secondo gli standard regionali dei PDTA e osservazione breve (OBI). L'analisi funzionale è descritta di seguito.

Risultati. Considerando una serie di aspetti organizzativi in riferimento agli standard prefissati, emerge un adeguato rispetto delle direttive regionali. Dal tavolo di collaborazione sono emersi punti di forza e criticità. Le criticità rilevate riguardano:

- necessità di adottare un protocollo aggiornato di triage, validato dal Responsabile medico ed infermieristico del servizio e del Dipartimento nonché l'implementazione di sistemi per verificarne conoscenza e condivisione da parte del personale coinvolto;
- necessità di regolamentare e implementare e programmare la formazione del personale;
- necessità di formalizzare l'attribuzione delle responsabilità e l'attribuzione della reperibilità;
- necessità di coinvolgere anche il personale infermieristico nelle riunioni periodiche;
- riscontro di permanenza in PS (tempo tra I visita e dimissione) < alle 6 ore.

Sulla base dei risultati emersi si stanno attuando azioni correttive, specie nel campo della formazione, circa l'analisi dei percorsi assistenziali e delle modalità comunicative.

Conclusioni. L'attività del DEA si esplica in un lavoro di equipe per cui risulta necessario uno scambio corretto e puntuale di tutte le informazioni ed un'integrazione di tutti gli operatori; la revisione periodica di linee-guida, protocolli e percorsi clinici, è in questo ambito una necessità gestionale, ma anche un impegno etico secondo il principio di fare il bene dell'utenza e di non nuocere per negligenza o superficialità. Su queste basi poggia l'essenza del lavoro di equipe: se il paziente si accorge che tutta l'equipe lavora bene insieme, con chiarezza e competenza, si sentirà più sicuro e rispettato, con la conseguente riduzione della conflittualità utente/operatore e di un ulteriore miglioramento della qualità del lavoro.

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: 9 ANNI DI MONITORAGGIO CONTINUO IN TERAPIA INTENSIVA

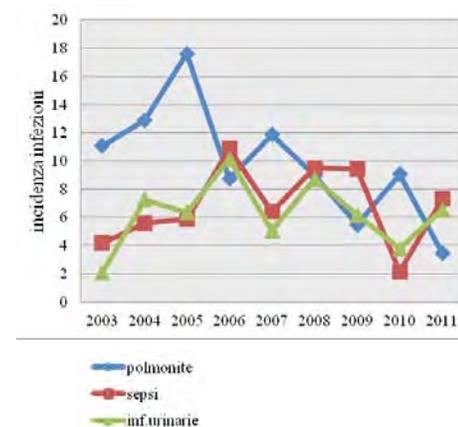
Vozzella EA*, Puzo S**, Savino O***

*Responsabile U.O.Igiene Ospedaliera P.O. Ariano Irpino; **Tirocinante Infermiere P.O.Ariano Irpino; ***Direttore Medico di Presidio P.O. Ariano Irpino

Introduzione. Nei reparti di Terapia Intensiva è fondamentale l'adozione di un sistema di sorveglianza continuativa per monitorare il tasso di infezioni.

Materiali e Metodi. Nel reparto di Terapia Intensiva del P.O. di Ariano Irpino, dal 1 aprile 2003, è stato attivato uno studio di sorveglianza continua. Il metodo di sorveglianza adottato prevede l'utilizzazione di un protocollo di sorveglianza standardizzato, Adult ICU Surveillance Component, definito da CDC's National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. Le informazioni epidemiologiche sono contenute nel diario clinico (incluso nella cartella di reparto e compilato giornalmente dal Medico anestesista con l'aiuto del Caposala) e nella scheda paziente (compilata dall'infermiere del CIO utilizzando le informazioni contenute nelle cartelle cliniche e nel diario clinico); è una raccolta di informazioni epidemiologiche riguardanti il paziente, i fattori di rischio e le infezioni. Per la definizione di infezione ospedaliera sono adottati i criteri previsti da CDC. Il giorno dell'ammissione in reparto vengono effettuati esami culturali. I dati raccolti vengono elaborati e diffusi trimestralmente al personale della Terapia Intensiva, con eventuali suggerimenti e provvedimenti da adottare.

Risultati. È stato possibile calcolare l'incidenza delle infezioni nel periodo trimestrale ed identificare il ruolo svolto da specifici fattori di rischio (confronto infetti-non infetti); identificare ed analizzare situazioni endemiche o cluster epidemici; confrontare i dati delle IO con altre realtà (ospedali americani aderenti al NNIS); definire appropriate misure di intervento; valutare la loro efficacia; sensibilizzare e coinvolgere gli operatori sanitari sul problema delle infezioni ospedaliere. Nel 2003 è stato isolato un ceppo di *Enterococcus faecalis* glicopeptido resistente. I dati acquisiti nel 2005 hanno evidenziato la comparsa di *Acinetobacter baumannii* con un picco epidemico nel 2006 e nel 2010. Per quanto riguarda, invece, l'incidenza delle infezioni correlate ai fattori di rischio (incidenza infezioni vie aeree su gg di ventilazione meccanica, sepsi su gg di cateterismo centrale, incidenza inf. vie urinarie su gg di cateterismo urinario) è emerso che i dati ottenuti nei vari anni, confrontata con i dati di riferimento NNIS, si aggirano intorno al 50% percentile. Il tasso di incidenza di infezioni nei pazienti sorvegliati è compreso nel range dei dati riportati in letteratura internazionale.



NUOVE TECNOLOGIE - RISULTATI DI UNA SPERIMENTAZIONE IN OSPEDALE PER VALUTARE SISTEMI DI NEBULIZZAZIONE AMBIENTALE CON PEROSSIDO DI IDROGENO

Rosario Cunsolo

Presidente regionale ANMDO Sicilia e Dir. medico, Direzione Medica di Presidio

Parole chiave: prevenzione ICA, decontaminazione ambientale, efficacia perossido idrogeno

Introduzione. Diversi studi scientifici hanno dimostrato che l'ambiente ospedaliero assume un ruolo non indifferente tra i fattori determinanti la catena del contagio delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) che, secondo la letteratura nazionale ed internazionale, presentano una prevalenza compresa tra il 5-10% nei pazienti ricoverati in ospedale, con conseguenze sulla salute dei ricoverati e sulla dilatazione dei costi assistenziali.

Proprio, negli ultimi anni gli ospedali hanno mostrato una crescente attenzione per le ICA, laddove molte di esse risultano correlate ad agenti patogeni resistenti ai farmaci (per es. MRSA) o ad altri patogeni difficili da debellare (per es. il *C. difficile*).

Si stima inoltre che sono circa il 30% le infezioni che si possono prevenire mediante l'adesione alle più semplici misure igienico-sanitarie, tra cui il trattamento (pulizia e disinfezione) degli ambienti ospedalieri. Proprio quest'ultima misura necessita di un'attenta esecuzione in ragione del rischio di una incompleta rimozione dei microrganismi dalle superfici e ciò per varie motivazioni: l'inefficacia di protocolli di decontaminazione o la loro scarsa osservanza da parte del personale addetto, la presenza di apparecchiature e superfici diverse e diversificate in ambienti ad alto rischio (es. sale operatorie). Per dimostrarne l'efficacia e la validità (in termini di sicurezza, facilità d'uso, compatibilità con i processi assistenziali enti, sostenibilità economica), è stata condotta una sperimentazione con sistemi automatizzati di nebulizzazione omogenea di prodotti decontaminanti (perossido di idrogeno e cationi d'argento), in grado di raggiungere superfici e punti più difficili.

Materiali e metodi. Il trial sperimentale (effettuato con il sistema GLOSAIR 400) ha interessato, in quattro presidi ospedalieri, le seguenti aree ad alto rischio: prevalentemente sale operatorie (n.12) e, in minor misura, aree per medicazioni (n.2). Lo studio è stato condotto per un periodo di cinque settimane con la dovuta informazione e collaborazione con i reparti interessati ed il laboratorio di Microbiologia. L'indagine, articolata in più fasi, ha previsto *in primis* la verifica, prima dell'avvio del processo di decontaminazione con perossido d'idrogeno negli ambienti testati:

1. che le aree sottoposte al test fossero state decontaminate secondo le procedure manuali di pulizia di routinaria;
2. che fossero stati disattivati gli impianti di aereazione e condizionamento;
3. che non fossero presenti all'interno degli ambienti contenitori aperti, materiali assorbenti e quant'altro potesse ostacolare il regolare funzionamento del sistema automatizzato di decontaminazione;
4. che venissero utilizzati guanti sterili per il rilevamento dei campioni;
5. che per tutta la durata del trattamento degli ambienti non entrasse alcun operatore.

Per ciascun ambiente (sala operatoria e ambulatorio) sono state selezionate n. 7 superfici. Su di esse sono stati eseguiti i prelievi in due fasi: la prima, dopo la pulizia ordinaria, effettuata dal personale dell'ospedale; la seconda successivamente al trattamento automatizzato di decontaminazione. In particolare, sulle predette superfici (individuate per ogni ambiente testato), è stato applicato un corrispondente numero di piastre da contatto per il riscontro della carica batterica e micotica. Sempre sulle medesime superfici, si è proceduto anche al campionamento, tramite tamponi con terreno da trasporto, per l'eventuale riscontro di alcuni agenti patogeni (*Aspergillus niger*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Enterobacter spp.*).

Risultati e conclusioni. Dagli esiti degli esami microbiologici, si è evidenziato che tutti i campionamenti delle superfici hanno dimostrato l'assenza o comunque l'abbattimento della carica di agenti patogeni (batteri e miceti) successivamente al trattamento con il sistema automatizzato di decontaminazione ambientale.

Il trial è valso quindi a dimostrare che la tecnologia di decontaminazione ambientale può rappresentare una valida integrazione ai tradizionali metodi di trattamento ambientale (pulizia e disinfezione) affidati al personale addetto, per la dimostrata capacità di ridurre la carica microbica e/o di eliminare i patogeni eventualmente presenti sulle superfici/attrezzature in ambiente ospedaliero.

Tabella 1. Valori di contaminazione pre e post trattamento con GLOSAIR – Sala Operatoria 1

Sala Operatoria 1 inizio h 09,00 - fine h 11,30 Dimensioni: 110 metri cubi	Contaminazione batterica		Contaminazione micotica		Esito riscontro agenti patogeni previsti dal protocollo
	Valori PRE	Valori POST	Valori PRE	Valori POST	
letto	7	0	1	0	Negativo
angolo del pavimento	40	2	0	0	Negativo
tavolo servitore grande	5	0	0	0	Negativo
tavolo servitore piccolo	0	0	0	0	Negativo
scialtica superiore	5	0	0	0	Negativo
scialtica inferiore	0	0	0	0	Negativo
parete angolo sinistro	0	0	0	0	Negativo

Tabella 2. Valori di contaminazione pre e post trattamento con GLOSAIR – Ambulatorio 1

Ambulatorio 1 inizio h 12,00 - fine h 14,30 Dimensioni: 110 metri cubi	Contaminazione batterica		Contaminazione micotica		Esito riscontro agenti patogeni previsti dal protocollo
	Valori PRE	Valori POST	Valori PRE	Valori POST	
angolo del pavimento	200	0	2 + 1	0	Negativo
letto	300	0	8	0	Negativo
scrivania	5	0	2	0	Negativo
lavello	300	0	8	0	Negativo
prima sedia paziente	36	0	2	0	Negativo
seconda sedia paziente	40	0	5	0	Negativo
parete angolo sinistro	0	0	3	0	Negativo

STUDIO OSSERVAZIONALE SULLE ADOLESCENTI IN GRAVIDANZA A 13 ANNI DALLA LEGGE N°285 DEL 28/09/1997 IN UN PUNTO NASCITA DELL'AREA METROPOLITANA DI NAPOLI

G. Matarazzo[^], A. Vescuso*, V. Nappo**, E. Manzi^{^^}, L. Vittorioso^{^^}, W. Longanella^{^^}

[^] Direttore Sanitario P.O. "Santa Maria di Loreto Nuovo", Asl Napoli 1 Centro; ^{^^} Medici Direzione Sanitaria P.O. "Santa Maria di Loreto Nuovo", Asl Napoli 1 Centro; * Responsabile U.O.C. Neonatologia P.O. "Santa Maria di Loreto Nuovo", Asl Napoli 1 Centro; ** Dirigente Medico U.O.C. "Neonatologia" P.O. "Santa Maria di Loreto Nuovo", Asl Napoli 1 Centro.

Parole chiave: adolescenti, gravidanza, legge 285/1997.

Riassunto. Gli Autori (A.A.) hanno appurato che l'introduzione di normative tendenti alla tutela dell'adolescenza e dell'infanzia non hanno procurato significative modifiche nelle abitudini di vita delle partorienti nell'area metropolitana di Napoli, soprattutto per quanto attiene l'incidenza dei parti e delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (I.V.G.) nelle adolescenti.

Introduzione. Il matrimonio, o altre unione di fatto, e le gravidanze in età giovanile sono dei fenomeni diffusi nei Paesi in via di sviluppo, ma anche nei Paesi "Occidentali" quali gli USA e l'Italia. In Asia il 18% delle ragazze sotto i 15 anni è già sposata. In Africa il 16%. Per prevenire il disagio adolescenziale che ne deriva importante è l'integrazione tra le differenti figure istituzionali che dell'adolescente si occupano: famiglia, scuola, operatori sanitari. Genitori ed insegnanti più informati sui cambiamenti somatici e sugli aspetti emotivo-relazionali degli adolescenti hanno un migliore rapporto con i loro figli ed i loro studenti. Nelle adolescenti vi è un rapporto inversamente proporzionale tra la scolarità ed il rischio di una gravidanza in età adolescenziale, ed direttamente proporzionale al tasso di evasione/abbandono della scuola. Dove l'educazione sessuale è sviluppata, come nei Paesi Scandinavi, la percentuale di gravidanze a carico di giovani al disotto dei 17 anni è del tutto trascurabile. Negli USA invece esso costituisce un problema socio sanitario rilevante, forse perché il tipo di Educazione sessuale è contraddittorio ed inefficiente.

Materiali e metodi. Il Presidio Ospedaliero "S. Maria del Loreto Nuovo" si trova nella zona Est di Napoli ed abbraccia come bacino di utenza anche parte della provincia napoletana. Gli autori hanno effettuato uno studio osservazionale sui registri operatori e sulle cartelle cliniche delle pazienti che hanno partorito presso il Nosocomio e di quelle che presso la stessa struttura si sono sottoposte ad intervento di I.V.G. a partire dal 1998 a tutto il 2011. A cavallo del 1998 sono state promulgate alcune normative nazionali ed internazionali a tutela della salute dei nascituri. Tra le altre la Legge n° 285 del 28/09/1997 recante "Disposizioni Per la Promozione Di Diritti e di Opportunità Per l'Infanzia e l'Adolescenza", con la quale il parlamento ha inteso investire in maniera specifica sull'infanzia e l'Adolescenza.

Risultati. Nel 2011 i parti sono stati 876, con 25 casi (2,8%) di donne di età compresa tra i 18 e i 16 anni e 6 (0,68) inferiori ai 16 anni. Nel 1998 i parti sono stati 1512, con 34 casi (2,2%) di donne di età compresa tra i 18 e i 16 anni e 11 (0,71%) inferiori ai 16 anni. Le IVG nel 2011 sono state 604 con 15 casi (3,4%) in cui l'età della paziente era inferiore ai 18 anni. Le IVG nel 1998 sono state 486 con 14 casi (3,4%) in cui l'età della paziente era inferiore ai 18 anni. Se da un lato si è avuta una netta riduzione dei parti e delle I.V.G. nel centro di nascita, la percentuale di minorenni che hanno partorito o che hanno subito intervento di I.V.G. sul totale delle pazienti è rimasta invariata. A tutte le donne adolescenti che hanno partorito sono state richieste inoltre notizie per verificarne il grado di scolarità e di formazione in ambito sessuale. Infatti il basso grado di cultura specifica fa sì che l'intervallo di tempo tra il primo rapporto sessuale e l'inizio di una forma di contraccezione sia di circa 1 anno, ed è in questo periodo che si ha il 50% delle gravidanze indesiderate nelle adolescenti.

Conclusioni. L'educazione sessuale nelle scuole è secondo molti epidemiologi fondamentale per arginare le gravidanze delle minorenni. Il termine "educare" però non vuol dire solamente informare, sia pure con

correttezza di dati. In nessun caso si esaurisce un compito educativo fornendo pure e semplici nozioni. Occorre un'opera consensuale di insegnanti di scuola primaria e secondaria di I e II grado, degli operatori sociali e del medico: pediatra o adolescentologo, ma molto lo dovrà fare anche la famiglia perché come abbiamo già detto il problema non è solo quello di fornire le notizie, ma soprattutto quello di formare un adolescente equilibrato. Anche il Parlamento europeo si è espresso in materia di educazione sessuale con la risoluzione 2001/2128, che riconosce la diversità delle esigenze degli adolescenti in materia di salute sessuale e riproduttiva rispetto agli adulti. Di fondamentale importanza per una corretta formazione sessuale degli adolescenti risulta, infine, la consulenza sanitaria per la sua capacità preventiva. È utile che tutti si impegnino nell'Educare gli adolescenti atteso che, almeno nella zona Est di Napoli, a distanza di 13 anni non sembrano presentarsi variazioni nella percentuale di gravidanze e I.V.G. tra le adolescenti.

LA PATOLOGIA DEGENERATIVA DEL RACHIDE LOMBARE. MONITORAGGIO EVENTI AVVERSI DOVUTI A MALPRACTICE E/O COMPLICANZE POST – OPERATORIE PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO “S. MARIA DI LORETO NUOVO” ASL NAPOLI 1 CENTRO

W. Longanella^{^^}, M. De Bellis*, E. Manzi^{^^}, S. Simpatico**, L. Vittorioso^{^^}, G. Matarazzo[^]

[^] Direttore Sanitario P.O. “Santa Maria di Loreto Nuovo”, Asl Napoli 1 Centro; ^{^^}Medici Direzione Sanitaria P.O. “Santa Maria di Loreto Nuovo”, Asl Napoli 1 Centro; * Direttore U.O.C. Neurochirurgia P.O. “Santa Maria di Loreto Nuovo”, Asl Napoli 1 Centro; ** Dirigente Medico U.O.C. “Neurochirurgia” P.O. “Santa Maria di Loreto Nuovo”, Asl Napoli 1 Centro.

Parole chiave: rachide lombare, interventi invasivi, malpractice.

Introduzione. La patologia degenerativa del rachide lombare è di frequente riscontro, soprattutto negli individui con età superiore ai 50 anni. Colpisce ogni anno l'8 % della popolazione. Gli interventi terapeutici si dividono in Interventi Conservativi (farmacologici, fisioterapici e di educazione posturale) ed Invasivi. Quelli invasivi si riconducono all'atto chirurgico propriamente detto o all'utilizzo di sonde.

La gestione del paziente nella fase preoperatoria, intra e postoperatoria può comportare alcune complicanze dovute a:

- Cattiva cura della via infusiva
- Malpractice nel cateterismo uretrale
- Cattiva igiene del paziente
- Impropria induzione di farmaci anestesiolgici.
- Errori nel posizionamento con compressione su organi, danni ai legamenti e tromboflebiti arti inferiori.
- Mancato rispetto dei concetti di sterilità.
- Mancato utilizzo di presidi sterili per la medicazione.
- Errata assistenza nei movimenti nell'immediato post operatorio.

In letteratura gli interventi chirurgici del rachide lombare hanno:

- Rischio mortalità: 0,06 %
- Failed Back Sindrome (assenza di miglioramento): 8 – 25%
- Recidive: 3-19 %.

Vi sono inoltre le Complicanze:

- Apertura accidentale della dura
- Fistole liquorali
- Disciti e/o osteiti (0,2 – 4 %)
- Infezioni ferita chirurgica (1 – 5 %)
- Dolore lombare e sciatico frustrato cronico (10 – 22 %)
- Complicanze meno comuni: danni vascolari, danni organi pelvici e da posizione sul tavolo operatorio.

Obiettivi. Tra gli obiettivi degli autori quello di verificare se e quanti errori e/o complicanze sono sopraggiunte a seguito di interventi effettuati nell'U.O.C. di Neurochirurgia per patologia del rachide lombare negli ultimi 10 anni.

Essi hanno effettuato costante monitoraggio per verificare se i risultati sono in linea con la letteratura e se sia utile l'implementazione di un sistema di monitoraggio degli errori clinici nell'U.O.C. di Neurochirurgia.

Materiali e metodi. I dati elaborati sono stati raccolti dalle Cartelle Cliniche dei pazienti operati per patologia degenerativa del rachide lombare nell'U.O.C. di Neurochirurgia del P.O. “Santa Maria di Loreto Nuovo” negli ultimi 10 anni (2001 – 2010). Sono stati effettuati 1224 interventi per ernie discali lombari di cui 1100 con tecnica microchirurgica. Nel dettaglio:

- 521 ernie discali L4-L5;

- 448 ernie discali L5-S1
- 255 ernie discali lombari alte

In 124 casi sono state asportate ernie da due spazi intersomatici in unico trattamento chirurgico. I dati sono stati elaborati con programma SPSS9.5

Risultati. Su 1224 interventi di neurochirurgia per sindrome degenerativa del rachide lombare nel 92% dei casi si è avuta risoluzione della problematica antalgica, nell'84% sono stati recuperati i deficit neurologici e nel 90% dei casi non è ricomparsa sciatalgia a 10 anni dall'intervento.

Di contro sono state rilevate:

- 78 casi (6,3%) di recidive
- 48 casi (3,9 %) di fistole liquorali
- 32 casi (2,6 %) di disciti o osteiti in sede di intervento (risolti con riposo e terapia antibiotica mirata)
- 48 casi (3,9 %) di infezione della ferita chirurgica (risolte con mirata terapia antibiotica)
- 84 casi (6,8 %) di persistenza di dolore sciatico frustrato
- 12 casi (1 %) di danni radicolari
- Nessun danno all'asse vascolare iliaco-femorale
- 10 casi (0,9 %) di Spondilolistesi “rotazionali” in sede di intervento
- 1 caso di danno ureterale da posizionamento di catetere.
- 0 casi di decesso.

Conclusioni. Gli autori hanno messo in relazione la casistica del Presidio Ospedaliero Santa Maria di Loreto Nuovo con i dati riportati in letteratura a livello nazionale ed internazionale.

Dal confronto si evince che le percentuali di errori e complicanze agli atti chirurgici della patologia degenerativa del rachide lombare riscontrate sono in linea con quelle della letteratura internazionale. È evidente che la comparazione dei dati definisce un posizionamento nell'ambito dell'intervallo minimo e massimo, pur tuttavia l'eventuale ulteriore riduzione degli errori e delle complicanze restano obiettivo degli autori che puntano a ricondurle al di sotto della media presente in letteratura.

Infatti è ferma intenzione della Direzione del P.O. “Santa Maria di Loreto Nuovo”, in collaborazione con i colleghi neurochirurghi, applicare la metodologia dell'incident reporting per ridurre il rischio connesso all'attività clinica, il tutto nell'ottica di un miglioramento continuo delle prestazioni erogate dalla nostra U.O.C. di Neurochirurgia e dell'intero Presidio.

Bibliografia. Fransen P; Journal Neurosurg Spine. 2010 Sep;10(9):751-61. Epub 2010 Jun 12.

Karwacki Z; Anestezjol Intens Ter. 2010 Jan-Mar;42(1):24-6.

O'Toole JE; Journal Neurosurg Spine. 2009 Oct;11(4):471-6.

Mastronardi L; Neurosurg Rev. 2005 Oct;28(4):303-7. Epub 2005 Jul 19.

Abramovitz JN, Neff SR; Neurosurgery. 1991 Aug;29(2):301-7.