

ANMDO 67^o

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere



ABSTRACT
CONTRIBUTI SCIENTIFICI

POLITICA, ECONOMIA E TECHNÈ:
PER QUALE SANITÀ?

ROMA 25-27 SETTEMBRE 2013

39° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.

Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

**POLITICA, ECONOMIA E TECNÈ:
PER QUALE SANITÀ?**

Roma, 25-27 settembre 2013

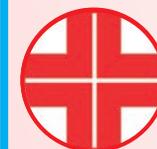
Il Sistema **KEMIKA** a **Moduli Integrati**

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

PRESIDENTE

Dott. Gianfranco Finzi

COMITATO SCIENTIFICO

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

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

SEGRETERIA SCIENTIFICA

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

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

POSTER

5

COMUNICAZIONI

68

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: Settembre 2013

POLITICA, ECONOMIA E TECHNÈ: PER QUALE SANITÀ?

39° Congresso Nazionale ANMDO
Roma 25-27 settembre 2013

Stiamo vivendo un periodo di grande cambiamento in cui si fa un gran parlare di spending review, ovvero di revisione della spesa pubblica. Senza entrare nel merito dell'originalità dell'interpretazione italiana del concetto di spending review, la sua definizione canonica è la seguente: "processo diretto a migliorare l'efficienza e l'efficacia della macchina statale nella gestione della spesa pubblica attraverso la sistematica analisi e valutazione delle strutture organizzative, delle procedure di decisione e di attuazione, dei singoli atti all'interno dei programmi, dei risultati". La peculiare interpretazione italiana di tale revisione ha individuato nella Sanità una priorità su cui intervenire, considerandola un enorme buco nero per le finanze nazionali. L'ANMDO non può condividere tale impostazione. La Sanità è una componente e una competenza essenziale dei sistemi sociali. È governata dalla politica ed è soggetta alle evoluzioni economiche e tecnologiche.

Non solo non è un buco nero finanziario, ma rappresenta un grande elemento di sviluppo per il Paese. Ma è necessario ripensare gli attuali metodi di gestione. Di pari passo con i progressi scientifici, abbiamo assistito nei secoli anche alla

trasformazione dei metodi di gestione e alla comparsa di nuovi strumenti gestionali disponibili. Fino a non molto tempo fa, diciamo pure fino a ieri, c'era tempo per approcciare e utilizzare senza troppa fretta i nuovi strumenti gestionali. Oggi le cose sono cambiate. Dobbiamo agire in tempo reale. Dobbiamo capire quali sono gli strumenti gestionali in evoluzione, anche in settori professionali diversi dal nostro e verificare se siano o meno applicabili in maniera proficua anche in ambito sanitario.

Senza minimamente tralasciare il continuo approfondimento e aggiornamento delle tematiche tradizionalmente patrimonio culturale dei medici di Direzione Sanitaria, l'ANMDO si prefigge lo scopo di arricchire le competenze dei propri iscritti spronandoli a non dare mai nulla per scontato e a percorrere senza remore di sorta nuovi territori inesplorati, ma potenzialmente di grande interesse per la nostra professione.

In quest'ottica abbiamo deciso d'intitolare il 39° Congresso Nazionale ANMDO, che si terrà a Roma dal 25 al 27 Settembre 2013, "Politica, Economia e Technè: per quale sanità?" con l'intento di contribuire a tratteggiare lo scenario esistente nell'ambiente in cui operano le organizzazioni sanitarie e in-

dividuare quali variabili possano essere rilevanti nel processo decisionale aziendale e nelle scelte strategiche e operative dell'azienda stessa.

Le riflessioni su tali variabili possono essere sviluppate anche in chiave prospettica al fine d'individuare i principali elementi di discontinuità con i quali i medici di Direzione Sanitaria devono confrontarsi. L'intento è quello di arricchire sempre più la cassetta degli attrezzi degli strumenti gestionali a disposizione dei medici di Direzione Sanitaria e, al contempo, di confrontarsi con i Direttori d'Ospedale europei che ci onorano con la loro presenza.

Una cassetta degli attrezzi sempre più sofisticata favorisce sempre più la capacità di esercitare il ruolo di protagonisti nella Sanità italiana ed europea che compete ai medici di Direzione Sanitaria in virtù del loro specifico bagaglio culturale e professionale.

Il Segretario Scientifico Nazionale
Prof. Dott. Ugo Luigi Aparo

Il Presidente Nazionale
Dott. Gianfranco Finzi

39° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

POSTER

ANALISI DI UNA SERIE STORICA DI STUDI DI PREVALENZA SULLE ICA E L'UTILIZZO DI ANTIBIOTICI NELL'AOUFE DI FERRARA

P.M. Antonioli¹, M.C. Manzalini¹, R. Bentivegna¹, M.L. Giorgetti¹, E. Carlini¹, B. Bonato², S. Ferioli², M. Franchi², L. Maniscalco², S. Previato², C. Ravaoli², N. Sulcaj², E. Carluccio³, P. Gregorio²
¹ AOUIFE; ² UNIFE; ³ UNIMO

Parole chiave: Prevalenza, ICA, andamento

Introduzione. Il primo studio di prevalenza è stato realizzato in AOUIFE nel 1983. Ulteriori rilevazioni sono state eseguite negli anni 1992-1993, 1996-1999, 2001, 2008, 2010-2012 (con due rilevazioni eseguite nel 2011), consentendo di raccogliere una buona quantità di dati utili a valutare l'andamento storico delle ICA e dell'uso di antibiotici all'interno dell'azienda.

Contenuti. Gli studi sono stati eseguiti considerando unicamente i reparti per acuti. Fino al 2011 il protocollo di rilevazione utilizzato era stato creato internamente all'Azienda. Dalla seconda parte del 2011 è stato utilizzato il protocollo ECDC rev.4.2 tramite operatori opportunamente formati laddove in precedenza la rilevazione era eseguita da referenti interni al reparto. L'ultima rilevazione è stata la prima eseguita nella nuova struttura ospedaliera di Cona. Ogni U.O. è stata analizzata in un'unica giornata, gli studi hanno avuto una durata standard di 15 giorni.

Conclusioni. Nell'elaborazione si è scelto di escludere le rilevazioni eseguite nel 1983 (l'eccessivo distacco temporale la rende non omogenea alle successive) e nel 2001 (in quanto non comprendeva le UU.OO. di Area Medica). L'analisi del trend del dato complessivo di prevalenza ICA (Tabella 1) dimostra un leggero aumento che tuttavia non appare statisticamente significativo (la linea di tendenza ha pendenza 0.052 e R2=0.06). Il dato può essere stato influenzato dalle diverse caratteristiche di specificità e sensibilità del protocollo aziendale e dall'utilizzo di referenti interni alle UU.OO. Le ultime tre rilevazioni, eseguite da operatori formati, dimostrano un trend in chiara diminuzione (dal 10.2% IC95%: 8.5-15.3 nel 2011 al 8.6% IC95%: 6.5-13.4 nel 2012). Considerando le tre macro aree: chirurgica, medica e intensiva emerge un trend in lieve aumento per le prime due e in diminuzione per la terza area. Tuttavia, restringendo l'analisi alle ultime 3 rilevazioni, il trend risulta in diminuzione per tutte le aree, Medica: 10.8% (2011), 8.1% (2011 ECDC), 9.0% (2012); Chirurgica: 7.3% (2011), 12.1% (2011 ECDC), 6.8% (2012); Intensiva: 22.7% (2011), 14.7% (2011 ECDC), 12.5% (2012). In merito alla sede di infezione (Figura 1), risultano in aumento le BSI (pendenza: 0,0283 R2=0,6396) e le UTI (pendenza: 0,0718 R2=0,352), le GI e le Polmoniti rivelano un trend costante mentre sono in diminuzione le SSI (tuttavia uno studio di prevalenza mal si adatta ad una corretta stima di questa tipologia di ICA). L'aumento tendenziale delle BSI e delle UTI può in parte essere spiegato con il crescente utilizzo di device invasivi quali il CVC (6.8% nel 1992 vs. 19.8% nel 2012) e il Catetere Vescicale (16.6% nel 1992 vs. 37.2% nel 2012). La somministrazione di Antibiotici si dimostra in aumento nel corso degli anni (linea di tendenza con pendenza 0,6468 e R2=0,4216).

Tabella 1 Andamento complessivo ICA 1992-2012

Anno	1992	1993	1996	1997	1998	1999	2008	2010	2011	2011 ECDC	2012 ECDC-RER
Prevalenza	6,7%	9,3%	8,4%	11,5%	9,6%	5,1%	8,0%	9,4%	10,2%	9,9%	8,6%
IC95%	5.4-9.4	8.0-13.1	7.0-12.0	9.9-16.9	7.8-14.5	3.7-7.9	6.3-12.0	7.7-14.0	8.5-15.3	7.3-13.1	6.5-13.4
Area Medica	6,8%	9,2%	7,0%	11,2%	9,1%	3,3%	8,8%	9,2%	10,8%	8,1%	9,0%
Area Chirurgica	5,7%	6,9%	7,1%	10,3%	5,9%	3,9%	5,9%	9,4%	7,3%	12,1%	6,8%
Area Intensiva	19,3%	25,0%	44,0%	26,3%	40,0%	37,0%	10,3%	12,5%	22,7%	14,7%	12,5%
N. Pazienti	811	744	665	523	448	564	489	501	479	453	374

Analisi di una serie storica di studi di prevalenza ICA e utilizzo di antibiotici nell'AOU di Ferrara

Antonioli P.M.1, Manzalini M.C. 1, Bentivegna R. 1, Giorgetti M.L. 1, Carlini E. 1, Bonato B.2, Ferioli S. 2, Franchi M. 2, Maniscalco L. 2, Previato S. 2, Ravaoli C. 2, Sulcaj N. 2, Carluccio E.3, Gregorio P. 2
 (1) AOUIFE, (2) UNIFE, (3) UNIMO

Introduzione
 Il primo studio di prevalenza nelle degenze per acuti è stato realizzato nel 1983. Ulteriori rilevazioni sono state eseguite negli anni 1992-1993, 1996-1999, 2001, 2008, 2010-2012 (due rilevazioni nel 2011), consentendo di raccogliere una discreta quantità di dati utili a valutare l'andamento storico delle ICA e le modalità di utilizzo di antibiotici all'interno dell'Azienda. Dal 2008, lo studio di prevalenza è implementato anche nelle degenze di Riabilitazione, con Protocollo e Scheda dedicati.

Contenuti
 I dati presentati considerano unicamente le degenze per acuti. Fino al 2011 Protocollo e Scheda di rilevazione sono stati predisposti ad hoc dall'Azienda. Dal secondo semestre 2011 è stato utilizzato il protocollo ECDC rev.4.2. (con caratteristiche di specificità e sensibilità sovrapponibili al protocollo aziendale) e lo Studio è stato condotto da "investigatori" formati e "indipendenti", mentre in precedenza la rilevazione era effettuata da referenti interni ai reparti. Ogni UO è stata analizzata in un'unica giornata, gli studi hanno avuto una durata standard di 15 giorni.

università di ferrara

Conclusioni
 Sono state escluse le rilevazioni eseguite nel 1983 (per rischio di disomogeneità del dato) e nel 2001 (in quanto non comprendeva le UUO di Area Medica). Il dato complessivo di prevalenza ICA (Tabella 1) dimostra un trend in leggero aumento che non appare statisticamente significativo (linea di tendenza con pendenza 0.052 e R2=0.06). Il dato appare coerente con il trend internazionale per la maggiore proporzione di pazienti immunocompromessi o comunque fragili, l'accentuata complessità assistenziale, la maggiore gravità di base dei pazienti, la progressiva diffusione di microrganismi resistenti/multiresistenti in particolare negli ospedali hub. Le ultime 3 rilevazioni dimostrano tuttavia una diminuzione della prevalenza (dal 10.2% IC95%: 8.5-15.3 nel 2011 al 8.6% IC95%: 6.5-13.4 nel 2012) (Figura 1). Nello stesso periodo, stratificando per macro aree, il trend risulta in diminuzione per tutte: Medica: 10.8% 2011, 8.1% 2011-ECDC, 9.0% 2012; Chirurgica: 7.3% 2011, 12.1% (2011-ECDC, 6.8% 2012; Intensiva: 22.7% 2011, 14.7% 2011-ECDC, 12.5% 2012. Risultano in aumento Batteriemie (pendenza 0,0283 R2=0,6396) e IVU (pendenza 0,0718 R2=0,352) che sono tuttavia diminuite nel 2012 (2.4% vs. 4.0% 2011-ECDC). La prevalenza di Polmoniti (Figura 1) è in aumento nelle ultime tre rilevazioni (2.1% vs. 1.7% 2011), le SSI (tipologia di ICA che mal si presta ad una stima mediante studi di prevalenza) dimostrano un andamento crescente dal 2010 (da 0.4% a 1.0% 2012). Il trend in aumento di batteriemie e IVU può essere spiegato con il crescente utilizzo di device invasivi: CVC (6.8% 1992 vs. 19.8% 2012) e Catetere Vescicale (16.6% 1992 vs. 37.2% 2012). Il numero di pazienti che riceve almeno un Antibiotico si dimostra in aumento praticamente costante nel corso degli anni (pendenza 0,6468 e R2=0,4216).

ICA: andamento 2010-2012 per principali sedi di infezione

Anno	1992	1993	1996	1997	1998	1999	2008	2010	2011	2011 ECDC	2012 ECDC-RER
Prevalenza	6,7%	9,3%	8,4%	11,5%	9,6%	5,1%	8,0%	9,4%	10,2%	9,9%	8,6%
IC 95%	5.4-9.4	8.0-13.1	7.0-12.0	9.9-16.9	7.8-14.5	3.7-7.9	6.3-12.0	7.7-14.0	8.5-15.3	7.3-13.1	6.5-13.4
Area Medica	6,8%	9,2%	7,0%	11,2%	9,1%	3,3%	8,8%	9,2%	10,8%	8,1%	9,0%
Area Chirurgica	5,7%	6,9%	7,1%	10,3%	5,9%	3,9%	5,9%	9,4%	7,3%	12,1%	6,8%
Area Intensiva	19,3%	25,0%	44,0%	26,3%	40,0%	37,0%	10,3%	12,5%	22,7%	14,7%	12,5%
N.Pazienti osservati	811	744	665	523	448	564	489	501	479	453	374

39° Congresso Nazionale ANMDO • Roma 25-27 settembre 2013

6

POSTER

L'AMBULATORIO ULCERE SCLERODERMICHE: GESTIONE E ORGANIZZAZIONE

MC Azzolina¹, S Parisi², M Scarati², M Priora², M Bruzzone², E Fusaro², R Arione¹

¹ Direzione Sanitaria; ² Struttura Complessa Reumatologia
AO Città della Salute e della Scienza di Torino, Turin, Italy

Parole chiave: sclerosi sistemica, valutazione clinica, appropriatezza

Introduzione. La Sclerosi Sistemica (SSp) è una patologia autoimmune caratterizzata da alterazioni vascolari, in particolare il Fenomeno di Raynaud e da una progressiva fibrosi cutanea e degli organi interni. Essa colpisce prevalentemente donne in età giovanile. L'interessamento cutaneo si caratterizza sia per la caratteristica sclerosi, sia per la comparsa di ulcere, prevalentemente di origine ischemica.

Le ulcere sclerodermiche (US) sono responsabili di sintomatologia dolorosa, danno anatomico e di conseguenza estetico, rischio di infezioni e influiscono in modo significativo sulla qualità della vita.

Oltre al trattamento medico, rivolto al controllo sia dell'attività infiammatoria su base autoimmune, sia dei fenomeni ischemici, negli ultimi anni si è assunta maggior consapevolezza dell'importanza del trattamento topico delle US, che è oggi parte integrante dell'approccio complessivo al paziente. In tutto il mondo infatti, si sono sviluppate, all'interno di strutture di Reumatologia, competenze mirate a questi trattamenti. Nella SC Reumatologia dell'AO Città della Salute e della Scienza di Torino dal 2011, presso la quale sono attualmente seguiti 112 pazienti affetti da sclerosi sistemica, è attivo un "Ambulatorio Ulcere sclerodermiche", seguito da un medico e da 3 infermieri a rotazione.

L'attività prevede:

- Cattiva cura della via infusiva
- Valutazione di natura, tipo, numero, profondità delle lesioni
- Trattamenti locali di pulizia e applicazione di medicazioni avanzate.
- Annotazione su specifica scheda delle caratteristiche delle lesioni, dei trattamenti effettuati e acquisizione sistematica di documentazione fotografica digitale.

Nel primo anno di attività (2010) si è riscontrato il più elevato numero di prestazioni (codici ICDM: 86.22 Rimozione asportativa di ferita o ustione; 86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione, ustione; 96.59 Medicazione/Irrigazione), con la necessità di più prestazioni sullo stesso paziente, in quanto affetto da un elevato numero di lesioni ulcerate. Negli anni successivi, a parità di trattamenti medici e di numerosità della casistica, si è osservato come le prestazioni siano diminuite non solo in termini assoluti, ma anche in termini di numero di lesioni per paziente.

ANNO	N. PRESTAZIONI	NUMERO DI PAZIENTI
2011	662	40
2012	481	36
2013 (1° semestre)	216	16

Conclusioni. Questi dati dimostrano, in accordo con la letteratura, come il corretto trattamento delle US all'interno di una Struttura di Reumatologia, non solo produce effetti su dolore e qualità della vita, ma previene la formazione di nuove ulcere e la recidiva di ulcere precedentemente attive, riducendo una riduzione di necessità assistenziali, a dimostrazione di come una buona pratica clinica influisca positivamente sulla appropriatezza, sulla razionalizzazione delle attività e sul controllo dei costi.

Ambulatorio Ulcere Sclerodermiche: Gestione e Organizzazione

Azzolina MC¹, Lo Bue F², Albarello A², Parisi S², Scarati M², Priora M², Bruzzone M², Fusaro E², Arione R¹

¹ Direzione Sanitaria

² Struttura Complessa Reumatologia

AO Città della Salute e della Scienza di Torino, Turin, Italy



La Sclerosi Sistemica (SSp) è una patologia autoimmune caratterizzata da alterazioni vascolari, in particolare il Fenomeno di Raynaud e da una progressiva fibrosi cutanea e degli organi interni. Essa colpisce prevalentemente donne in età giovanile. L'interessamento cutaneo si caratterizza sia per la caratteristica sclerosi, sia per la comparsa di ulcere, prevalentemente di origine ischemica.

Le ulcere sclerodermiche (US) sono responsabili di sintomatologia dolorosa, danno anatomico e di conseguenza estetico, rischio di infezioni e influiscono in modo significativo sulla qualità della vita.

Oltre al trattamento medico, rivolto al controllo sia dell'attività infiammatoria su base autoimmune, sia dei fenomeni ischemici, negli ultimi anni si è assunta maggior consapevolezza dell'importanza del **trattamento topico** delle US, che è oggi parte integrante dell'approccio complessivo al paziente.

L'attività prevede:

- Valutazione di natura, tipo, numero, profondità delle lesioni
- Trattamenti locali di pulizia e applicazione di medicazioni avanzate.
- Annotazione su specifica scheda delle caratteristiche delle lesioni, dei trattamenti effettuati e acquisizione sistematica di documentazione fotografica digitale.

ANNO	N. PRESTAZIONI	NUMERO DI PAZIENTI
2011	662	40
2012	481	36
2013 (primo semestre)	216	16

Prestazioni ambulatorio ulcere 2011- giugno 2013

Questi dati dimostrano, in accordo con la letteratura, come il corretto trattamento delle US all'interno di una Struttura di Reumatologia, non solo produce effetti su dolore e qualità della vita, ma previene la formazione di nuove ulcere e la recidiva di ulcere precedentemente attive, producendo una riduzione di necessità assistenziali, a dimostrazione di come una buona pratica clinica influisca positivamente sulla appropriatezza, sulla razionalizzazione delle attività e sul controllo dei costi.

MODIFIED RODNAN SKIN SCORE: UN NUOVO APPROCCIO TECNOLOGICO

MC Azzolina¹, S Parisi², M Scarati², M Priora², M Bruzzone², E Fusaro², S Falco¹

¹ Direzione Sanitaria; ² Struttura Complessa Reumatologia
AO Città della Salute e della Scienza di Torino, Turin, Italy

Parole chiave: sclerosi cutanea, valutazione clinica, dispositivo

Introduzione. La Sclerosi Sistemica è una patologia autoimmune caratterizzata da alterazioni vascolari, in particolare il F. di Raynaud e da una progressiva fibrosi cutanea e degli organi interni. L'interessamento cutaneo si caratterizza per una sclerosi che evolve attraverso tre fasi: nella prima la cute appare edematosa, nella seconda risulta sclerotica, cioè di consistenza aumentata e poco elastica, nella terza diventa assottigliata e atrofica. A seconda dell'estensione dell'impegno cutaneo si riconosce una sclerosi sistemica diffusa e limitata, con diverso comportamento clinico e con differente interessamento sistemico. È pertanto indispensabile definire l'impegno cutaneo: intensità e estensione.

Contenuti. Sono stati messi a punto più strumenti per quantificare l'entità della sclerosi cutanea ("Skin scores"); il Rodnan skin score è il più utilizzato per accuratezza e riproducibilità, in particolare nella sua versione modificata, che prevede l'esame di 17 distretti cutanei, con la valutazione clinica, attraverso la palpazione, dell'aumento di consistenza cutanea, attribuendone il punteggio relativo (0 = assente; 1 = lieve; 2 = moderato; 3 = severo) e ottenendo così uno score totale con un valore massimo di 51. La misurazione di tale score può essere utile per monitorare l'attività della malattia e la risposta ai trattamenti. Nel nostro centro, in collaborazione con Actelion, abbiamo elaborato un'applicazione (APP) per sistema iOS disponibile su dispositivi iPhone e iPad, che consente la valutazione del Modified Rodnan Skin Score (MRSS) in maniera rapida e agevole. Inoltre, questa applicazione permette di registrare i dati del paziente in un database sempre disponibile per valutazioni di confronto del quadro cutaneo. L'utilizzo di questa APP permette al clinico un monitoraggio più accurato poiché la valutazione del paziente e la registrazione dei dati avvengono in un unico step.

Conclusioni. Tutto il personale sanitario ha riscontrato facilità di utilizzo dell'applicazione, preferendola al tradizionale approccio su supporto cartaceo in ragione sia del risparmio di tempo sia della maneggevolezza dello strumento.

Attualmente questa applicazione è l'unica disponibile per la valutazione di questo esame e ha dimostrato come questo tipo di tecnologia sia un valido aiuto per i clinici. È auspicabile che questo strumento possa rappresentare un impulso allo sviluppo di ulteriori applicazioni per il monitoraggio del paziente e della patologia.

Bibliografia

Clements PJ et al. Skin thickness score in systemic sclerosis: an assessment of interobserver variability in 3 independent studies. *J Rheumatol.*1993 Nov;20 (11:1892-6).
Steen VD, Medsger TA. Severe organ involvement in systemic sclerosis with diffuse systemic sclerosis. *Arthritis Rheum* 2000;43:2437-44.
Kahaleh MB. Raynaud phenomenon and the vascular disease in scleroderma. *Curr Opin Rheumatol* 2004;16: 718-22.

Modified Rodnan Skin Score: un nuovo approccio tecnologico

Azzolina MC¹, Parisi S², Scarati M², Priora M², Bruzzone M², Fusaro E², Falco S¹

¹ Direzione Sanitaria

² Struttura Complessa Reumatologia

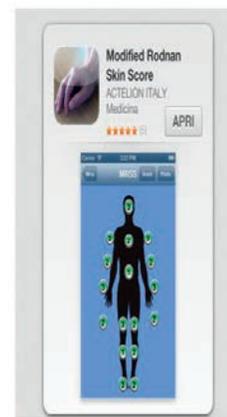
AO Città della Salute e della Scienza di Torino, Turin, Italy



La **Sclerosi Sistemica** è una patologia autoimmune caratterizzata da alterazioni vascolari, in particolare il F. di Raynaud e da una progressiva fibrosi cutanea e degli organi interni, che presenta un meccanismo fisiopatologico che a tutt'oggi non è ancora chiaro.

Tutta la superficie cutanea può essere interessata. A seconda dell'estensione dell'impegno cutaneo si riconosce una sclerosi sistemica diffusa e limitata, con diverso comportamento clinico e con differente interessamento sistemico. È pertanto indispensabile definire esattamente l'impegno cutaneo, nella sua intensità e nell'estensione.

Sono stati messi a punto più strumenti per quantificare l'entità della sclerosi cutanea ("Skin scores"); il Rodnan skin score è il più utilizzato per accuratezza e riproducibilità, in particolare nella sua versione modificata, che prevede l'esame di 17 distretti cutanei, con la valutazione clinica, attraverso la palpazione, dell'aumento di consistenza cutanea, attribuendone il punteggio relativo (0 = assente; 1 = lieve; 2 = moderato; 3 = severo) e ottenendo così uno score totale con un valore massimo di 51. La misurazione di tale score può essere utile per monitorare l'attività della malattia e la risposta ai trattamenti.



Nel nostro centro, in collaborazione con Actelion, abbiamo elaborato un'applicazione (APP) per sistema iOS disponibile su dispositivi iPhone e iPad che consente la valutazione del **Modified Rodnan Skin Score (MRSS)** in maniera rapida e agevole. Inoltre, questa applicazione permette di registrare i dati del paziente in un database sempre disponibile per valutazioni di confronto del quadro cutaneo.



Per quanto riguarda la nostra esperienza tutto il personale sia medico sia infermieristico, anche senza avere particolari conoscenze informatiche o esperienza su dispositivi di questo tipo, ha riscontrato facilità di utilizzo dell'applicazione, preferendola al tradizionale approccio su supporto cartaceo in ragione sia del risparmio di tempo sia della maneggevolezza dello strumento.

Attualmente questa applicazione è l'unica disponibile per la valutazione di questo esame e ha dimostrato come questo tipo di tecnologia sia un valido aiuto per i clinici. È auspicabile che questo strumento possa rappresentare un impulso allo sviluppo di ulteriori applicazioni utili allo specialista per un più accurato e attento monitoraggio del paziente e della patologia.

IL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA, POLICLINICO SANT'ORSOLA-MALPIGHI

R. Belgiovine¹, F. Ghini²

¹ Infermiere Direzione Sanitaria – Settore Igiene Ospedaliera

² P.I. Dipartimento Tecnico

Parole chiave: acqua, legionellosi, rischio

Introduzione. La Deliberazione della Giunta Regionale 21 luglio 2008, n. 1115 “Approvazione Linee Guida per la Sorveglianza e il controllo della legionellosi” della Regione Emilia-Romagna comprende per le strutture sanitarie la predisposizione di un sistema di controllo che prevede obbligatoriamente la Valutazione del Rischio, da aggiornare con periodicità annuale e documentare formalmente (Delibera).

Contenuti. Per ottemperare a quanto disposto è stato sviluppato un Documento Aziendale denominato “Gestione del sistema acqua – sorveglianza e controllo della legionellosi” comprendente una parte introduttiva che contiene la matrice delle responsabilità ed il metodo di calcolo del rischio; una parte descrittiva riportante le caratteristiche impiantistiche dei Padiglioni e le tabelle riepilogative degli indici di rischio calcolati per Reparto; una parte operativa comprendente i protocolli manutentivi e di bonifica ed una parte di sorveglianza dedicata al monitoraggio microbiologico. Completano il documento alcuni allegati, tra i quali le informazioni e le indicazioni di carattere sanitario ai Reparti, come ad esempio l'eziologia della legionellosi, la definizione di caso di polmonite da Legionella e le precauzioni per la prevenzione della trasmissione. La valutazione del rischio avviene calcolando per singola Unità Operativa un indice di rischio impiantistico ed un indice di rischio clinico; il maggiore tra questi, compreso tra 1 e 30, rappresenta l'Indice di Rischio Complessivo.

Indice di Rischio Impiantistico (P1) = E+C1

“E” è un indice che viene calcolato a partire dalle caratteristiche della struttura ospedaliera intesa come Padiglione, e tiene conto dei seguenti parametri: alimentazione generale dell'acqua potabile, sistemi di produzione dell'acqua calda sanitaria, trattamenti di disinfezione, prassi di manutenzione degli impianti aeraulici, torri evaporative, documentazioni tecniche e manutentive.

“C1” è un indice legato alle condizioni impiantistiche presenti nel singolo reparto, e tiene conto dei seguenti parametri: reti idriche interne, terminali di erogazione, impianti di climatizzazione, manutenzione.

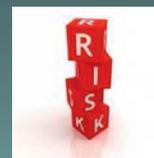
Indice di Rischio Clinico (P2) = S x C2

“S” è un indice della gravità con cui la polmonite da Legionella può colpire in relazione alle condizioni cliniche del paziente, attribuito assegnando un valore variabile tra 1 e 10, dove 10 rappresenta il livello massimo di gravità.

“C2” è un indice, compreso tra 1 e 3, legato all'età e al sesso del paziente.

Gli Indici P1 e P2 tengono conto dei fattori da considerare nella predisposizione dell'analisi del rischio contenuti nelle Linee Guida Regionali.

Conclusioni. La predisposizione del Documento di Valutazione del Rischio (Delibera n. 22 del 4 febbraio 2013) ha permesso, tramite una approfondita attività di analisi, di individuare le situazioni più critiche all'interno dell'Azienda dove il rischio legionellosi è maggiore. Sono stati di conseguenza aggiornati il sistema di monitoraggio microbiologico e le prassi manutentive, al pari delle procedure di bonifica, al fine di migliorare le misure di prevenzione della legionellosi. L'attuale sistema di calcolo degli indici di rischio, tenendo conto dei dati storici consentirà nelle revisioni successive una sempre maggiore precisione nell'individuazione delle situazioni critiche e nella rimodulazione delle specifiche attività Aziendali.



IL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI BOLOGNA, POLICLINICO SANT'ORSOLA – MALPIGHI.

R. Belgiovine¹, F. Ghini²

¹ Direzione Sanitaria – Settore Igiene Ospedaliera

² Coordinamento Attività Tecniche Integrate

Introduzione:

La Deliberazione della Giunta Regionale 21 luglio 2008, n. 1115 “Approvazione Linee Guida per la Sorveglianza e il controllo della legionellosi” della Regione Emilia-Romagna comprende per le strutture sanitarie la predisposizione di un sistema di controllo che prevede obbligatoriamente la Valutazione del Rischio, da aggiornare con periodicità annuale e documentare formalmente (Delibera).

Materiali e Metodi:

Per ottemperare a quanto disposto è stato sviluppato un Documento Aziendale denominato “Gestione del sistema acqua – sorveglianza e controllo della legionellosi” comprendente una parte introduttiva che contiene la matrice delle responsabilità ed il metodo di calcolo del rischio; una parte descrittiva riportante le caratteristiche impiantistiche dei Padiglioni e le tabelle riepilogative degli indici di rischio calcolati per Reparto; una parte operativa comprendente i protocolli manutentivi e di bonifica ed una parte di sorveglianza dedicata al monitoraggio microbiologico. Completano il documento alcuni allegati, tra i quali le informazioni e le indicazioni di carattere sanitario ai Reparti, come ad esempio l'eziologia della legionellosi, la definizione di caso di polmonite da Legionella e le precauzioni per la prevenzione della trasmissione.

Valutazione del Rischio

La valutazione del rischio avviene calcolando per singola Unità Operativa un indice di rischio impiantistico ed un indice di rischio clinico; il maggiore tra questi, compreso tra 1 e 30, rappresenta l'Indice di Rischio Complessivo.

Indice di Rischio Impiantistico (P1) = E+C1

“E” è un indice che viene calcolato a partire dalle caratteristiche della struttura ospedaliera intesa come Padiglione, e tiene conto dei seguenti parametri: alimentazione generale dell'acqua potabile, sistemi di produzione dell'acqua calda sanitaria, trattamenti di disinfezione, prassi di manutenzione degli impianti aeraulici, torri evaporative, documentazioni tecniche e manutentive.

“C1” è un indice legato alle condizioni impiantistiche presenti nel singolo reparto, e tiene conto dei seguenti parametri: reti idriche interne, terminali di erogazione, impianti di climatizzazione, manutenzione.

Indice di Rischio Clinico (P2) = S x C2

“S” è un indice della gravità con cui la polmonite da Legionella può colpire in relazione alle condizioni cliniche del paziente attribuito assegnando un valore variabile tra 1 e 10, dove 10 rappresenta il livello massimo di gravità.

“C2” è un indice, compreso tra 1 e 3, legato all'età e al sesso del paziente.

Gli Indici P1 e P2 tengono conto nella loro formulazione dei fattori da considerare nella predisposizione dell'analisi del rischio contenuti nelle Linee Guida Regionali.

Il maggiore tra P1 e P2 rappresenta l'Indice di Rischio Complessivo P

Conclusioni :

La predisposizione del Documento di Valutazione del Rischio (Delibera n. 22 del 4 febbraio 2013) ha permesso, tramite una approfondita attività di analisi, di individuare le situazioni più critiche all'interno dell'Azienda dove il rischio legionellosi è maggiore. Sono stati di conseguenza aggiornati il sistema di monitoraggio microbiologico e le prassi manutentive, al pari delle procedure di bonifica, al fine di migliorare le misure di prevenzione della legionellosi. L'attuale sistema di calcolo degli indici di rischio, tenendo conto dei dati storici consentirà nelle revisioni successive una sempre maggiore precisione nell'individuazione delle situazioni critiche e nella rimodulazione delle specifiche attività Aziendali.

INFORMATIZZAZIONE A SUPPORTO DELL'ORGANIZZAZIONE: IL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO NELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

R. Bentivegna¹, M. Giorgetti¹, P.M. Antonioli¹, E. Carlini¹.

¹ Direzione Medica di Presidio, Az. Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Parole chiave: integrazione, organizzazione, percorso

Introduzione. In concomitanza con l'apertura della nuova sede, avvenuta nel 2012, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Anna di Ferrara ha intrapreso un forte processo di rinnovamento dei percorsi organizzativi. In particolare il percorso del paziente chirurgico è stato completamente riprogettato, progettando la centralizzazione degli accertamenti preoperatori presso una struttura ospedaliera definita "Cunico" e prevedendo una procedura uniforme a tutte le Unità Operative chirurgiche di gestione delle liste di attesa e delle liste di programmazione operatoria.

In maniera integrata rispetto alla ridefinizione organizzativa, è stato avviato un processo di informatizzazione che permetta di gestire a sistema tutto l'iter di presa in carico del paziente.

Contenuti. Il processo di gestione del percorso preoperatorio è strutturato nelle seguenti fasi:

- Inserimento del paziente in lista di attesa e prescrizione degli accertamenti preoperatori
- Gestione della preparazione preoperatoria
- Valutazione anestesiológica e rilascio dell' idoneità all'intervento chirurgico
- Programmazione delle liste operatorie
- Gestione dell'intervento chirurgico

È risultato necessario integrare ed adeguare i due principali sistemi informatici presenti in Azienda e coinvolti nel processo: il sistema informativo ospedaliero (Sap) ed il sistema specialistico delle sale operatorie (Ormaweb).

Tali adeguamenti hanno riguardato la gestione di una serie di informazioni nella Lista di Attesa di Reparto che sono funzionali:

- alla gestione da parte dei medici chirurghi delle UU.OO della richiesta informatizzata dei profili preoperatori (compilazione informatizzata della "Scheda chirurgica per la individuazione degli esami preoperatori")
- alla gestione delle richieste cliniche preoperatorie
- alla gestione dello stato di avanzamento della preparazione del paziente preoperatorio
- alla gestione del "rilascio" all' idoneità all'intervento chirurgico

L'inserimento e la raccolta di queste informazioni nella funzione di gestione delle liste di attesa a sistema è funzionale ad eseguire il passaggio informatico delle stesse (in tempo reale ed in automatico) da Sap ad Ormaweb tramite una apposita integrazione realizzata per limitare l'uso dei documenti cartacei tra i Reparti ed il Cunico stesso.

Successivamente la gestione del paziente operatorio prosegue su Ormaweb (scheda anestesista, programmazione delle sale operatorie, registro operatorio) per concludersi infine con il ritorno su Sap per la gestione delle informazioni relative al percorso post-operatorio (alimentazione con il riepilogo informatizzato delle documentazioni cliniche del paziente, il "patient organizer" di Sap, con il "Registro Operatorio") e l'"uscita" del paziente dalle liste di attesa del reparto stesso.

Conclusioni. L'obiettivo è dichiarato: ribadire la centralità del paziente favorendo la riprogettazione dei processi assistenziali e attivando procedure predefinite di percorsi integrati e organizzati "orizzontalmente". In questo contesto è stato sviluppato il progetto di sviluppo informatico, in stretta collaborazione fra ICT, Direzione Medica di Presidio e clinici: questo ha permesso di creare uno strumento fortemente calato nella realtà quotidiana, in grado di rispondere pienamente alle esigenze dei professionisti sanitari. L'applicativo informatico diventa quindi un elemento chiave a supporto dei processi organizzativi, rendendoli gestibili con maggiore facilità.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara



università di ferrara

39° Congresso Nazionale ANMDO
Roma 25-27 settembre 2013

INFORMATIZZAZIONE A SUPPORTO DELL'ORGANIZZAZIONE: IL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO NELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA
R. Bentivegna¹, M. Giorgetti¹, P.M. Antonioli¹, E. Carlini¹
¹Direzione Medica di Presidio, AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

L'obiettivo è dichiarato: ribadire la centralità del paziente favorendo la riprogettazione dei processi assistenziali e attivando procedure predefinite di percorsi integrati e organizzati "orizzontalmente".
In questo contesto è stato sviluppato il progetto di sviluppo informatico, in stretta collaborazione fra ICT, Direzione Medica di Presidio e clinici: questo ha permesso di creare uno strumento fortemente calato nella realtà quotidiana, in grado di rispondere pienamente alle esigenze dei professionisti sanitari.
Gli applicativi Aziendali si integrano per creare un percorso lineare: l'informatica diventa quindi un elemento chiave a supporto dei processi organizzativi, rendendoli gestibili con maggiore facilità.

Inserimento in lista d'attesa e prescrizione degli accertamenti preoperatori: posta indicazione per intervento chirurgico, è cura del Medico inserire i nuovi pazienti nella lista d'attesa di U.O. sul sistema SAP

Viene prescritto il profilo di esami preoperatori compilando una check list specifica. In base al tipo di intervento viene scelto un profilo "base" pre-impostato. Poi la risposta alle domande anamnestiche presenti a video definisce il profilo pre-operatorio finale. Ad esempio, spuntando la casella "Comparsa di problemi respiratori recenti", in automatico il profilo prevederà la richiesta di un RX Torace. Questo permette con facilità al clinico di definire in modo standardizzato la richiesta di esami preoperatori

È possibile visualizzare a sistema i pazienti di tutta l'Azienda presenti nelle liste di attesa. La informazioni più importanti sono nella schermata principale: anagrafica, classe di priorità, "stato" cioè in quale fase del percorso si trova il paziente (in lista, in carico al Cunico, idoneo ecc...). Un sistema di alert sviluppato secondo la logica del semaforo avvisa quando il paziente sta per sfiorare il tempo massimo previsto per la classe di priorità di appartenenza; questo permette ai clinici di avere sempre visivamente sotto controllo i pazienti che da più tempo sono in lista di attesa e per i quali è necessario programmare l'intervento.

Valutazione anestesiológica e rilascio all' idoneità dell'intervento chirurgico

Quando il profilo preoperatorio lo prevede, dopo avere eseguito tutti gli accertamenti, il paziente viene inviato alla valutazione anestesiológica. L'anestesista vede su Ormaweb l'elenco dei pazienti da visitare nella giornata programmati dal Cunico; selezionandone uno, può procedere con visita e la conseguente refertazione informatizzata. Sulla schermata "dati generali" inserisce le informazioni principali del paziente

Nella schermata "dati clinici", semplicemente cliccando sul quadrato a lato delle condizioni cliniche che riscontra nel corso della visita, procede con la compilazione del referto. Alla fine della visita indicherà i seguenti stati del paziente:
• idoneo all'intervento
• Non idoneo all'intervento
• Richiesta di ulteriori accertamenti

Questa informazione, assieme al referto della visita, passa a SAP e permette il cambiamento di stato del paziente nella lista di attesa (es. da "paziente in lista di attesa" a "paziente idoneo per l'intervento").

Nel caso in cui l'anestesista durante la visita evidenzia la necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici, il CLINICO si occuperà delle relative prenotazioni e comunicazioni al paziente.

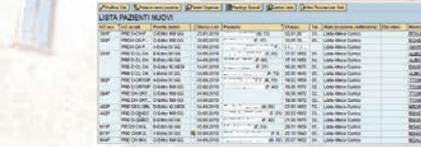
Infine l'anestesista può anche evidenziare nel referto eventuali richieste per il chirurgo, quali necessità di ricovero in Rianimazione/Terapia Intensiva al termine dell'intervento, possibili difficoltà di intubazione o allergie al lattice che impongono un preciso ordine nella gestione della lista operatoria.

Gestione dell'intervento chirurgico

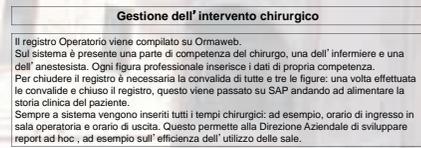
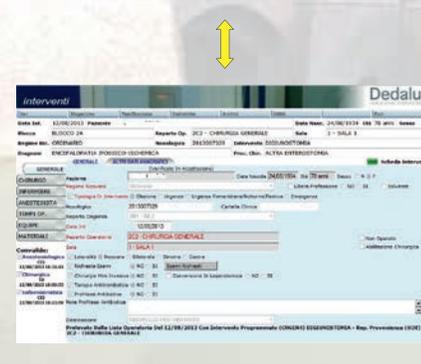
Il registro Operatorio viene compilato su Ormaweb. Sul sistema è presente una parte di competenza del chirurgo, una dell'infermiere e una dell'anestesista. Ogni figura professionale inserisce i dati di propria competenza. Per chiudere il registro è necessaria la convalida di tutte e tre le figure: una volta effettuata la convalida e chiuso il registro, questo viene passato su SAP andando ad alimentare la storia clinica del paziente. Sempre a sistema vengono inseriti tutti i tempi chirurgici: ad esempio, orario di ingresso in sala operatoria e orario di uscita. Questo permette alla Direzione Aziendale di sviluppare report ad hoc, ad esempio sull'efficienza dell'utilizzo delle sale.

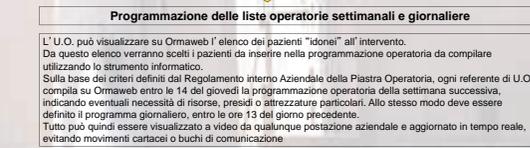
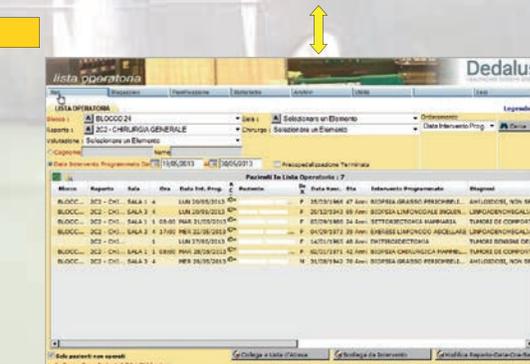
Programmazione delle liste operatorie settimanali e giornaliere

L'U.O. può visualizzare su Ormaweb l'elenco dei pazienti "idonei" all'intervento. Da questo elenco verranno scelti i pazienti da inserire nella programmazione operatoria da compilare utilizzando lo strumento informatico. Sulla base dei criteri definiti dal Regolamento interno Aziendale della Piastra Operatoria, ogni referente di U.O. compila su Ormaweb entro le 14 del giovedì la programmazione operatoria della settimana successiva, indicando eventuali necessità di risorse, presci o attrezzature particolari. Allo stesso modo deve essere definito il programma giornaliero, entro le ore 13 del giorno precedente. Tutto può quindi essere visualizzato a video da qualunque postazione aziendale e aggiornato in tempo reale, evitando movimenti cartacei o buchi di comunicazione



INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO NELLA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

I. Bernardini¹; D. Ranocchia²; D. Bovo³; F. Piergentili⁴; D. Bologni⁵

¹ Medico in formazione specialistica Direzione Medica Ospedaliera Azienda Ospedaliera di Perugia;

² Resp. Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione Azienda USL Umbria 1; ³ P.O. Qualità e Comunicazione Azienda USL Umbria 1; ⁴ I.P. SITRO Azienda USL Umbria 1; ⁵ Resp. Qualità Azienda Ospedaliera di Perugia

Parole chiave: lesioni da pressione, rete, multidisciplinarietà

Introduzione. Le lesioni da pressione (LDP) sono un fenomeno rilevante dal punto di vista epidemiologico che colpisce in prevalenza gli anziani, le persone immobilizzate o con scarsa mobilità e pazienti con alcune patologie croniche ricoverati in ospedale od in altri contesti residenziali. Per affrontare in maniera scientifica e metodica il problema è necessario disporre di strumenti adeguati ad uniformare le conoscenze ed i comportamenti in termini di diagnosi, cura e trattamento (linee guida e procedure) che vanno diffuse con la formazione per diventare prassi consolidata. Il monitoraggio dell'applicazione è indispensabile per mantenere i comportamenti appropriati ed affrontare in maniera documentata le non conformità

Contenuti. In un'ottica orientata al miglioramento della qualità della vita delle persone ed in una logica assistenziale l'ospedale S.Maria della Misericordia di Perugia e l'Azienda Sanitaria Locale del Perugino (ex ASL n. 2) hanno condiviso dal 2006 un approccio interdisciplinare ed interaziendale della presa in carico delle LDP. Nel 2012 è stato costituito un gruppo di lavoro con rappresentanti dei diversi setting assistenziali. In una prima fase sono stati ricercati ed analizzati Linee guida e protocolli e successivamente il gruppo di lavoro ha tradotto in una procedura la revisione dei documenti e della letteratura. I sistemi di monitoraggio sperimentati sono stati differenti in funzione delle due diverse organizzazioni:

- in Azienda Ospedaliera è stata condotta ogni anno una indagine di prevalenza delle LDP con la valutazione della corretta compilazione della scala di Braden, monitoraggio dei giusti presidi e l'esito delle azioni;
- in azienda sanitaria territoriale: 1. negli ospedali locali si è valutato il rischio di lesioni da pressione; 2. nelle cure domiciliari sono stati raccolti dati sui pazienti con LDP trattati, gli interventi effettuati e si è sperimentato un sistema per valutare gli esiti dei trattamenti.

Conclusioni. Il gruppo di lavoro è orientato verso la continua ricerca di un modello assistenziale qualitativamente idoneo. La condivisione delle raccomandazioni e la loro messa in pratica ha consentito il confronto tra partner della rete, innescando un processo di miglioramento continuo. È impegno del gruppo colmare i deficit conoscitivi proseguendo la formazione e l'aggiornamento, promuovendo le buone pratiche e l'aderenza al protocollo, migliorando ed allineando i sistemi di valutazione che rappresentano una leva fondamentale al consolidamento delle *best practices*.

Indicatori ospedale-territorio della procedura delle lesioni da pressione anno 2012					
	Obiettivo	Area	Indicatore	Misurato	Standard
STRUTTURA	Fornire il giusto presidio al giusto paziente	Appropriatezza	n°presidi appropriati forniti/n° delle richieste	90%	100%
	Verificare l'uso dei moduli associati alla procedura	Documentazione sanitaria	n° moduli compilati su pazienti a rischio/n° pazienti a rischio	100%	100%
PROCESSO	Verificare la completezza della compilazione della scala di Braden	Documentazione sanitaria	n° scale di Braden corrette e complete/n° pazienti a rischio	84%	100%
	Verificare la congruenza informazioni/SDO	Documentazione sanitaria	n° SDO descrittive di LDP/n° SDO dei pz cui è stato fornito il presidio	47%	100%
ESITO	Verificare l'esito delle azioni previste dalla procedura sulla salute dei pz ricoverati	Efficacia	n° dei pazienti con LDP/n° dei pz a rischio	28%	<20%
	Valutare sul territorio il n° dei pz con LDP sottoposti a valutazione	Monitoraggio	N° pz con LDP sottoposti a valutazione/n° pz con LDP	65%	100%
	Valutare l'esito del trattamento domiciliare delle LDP	Efficacia	N° LDP guarite o migliorate/ n° delle LDP in pz sottoposti a valutazione	58%	90%



ROMA
25-27 SETTEMBRE 2013





Integrazione tra Ospedale e Territorio nella gestione multidisciplinare delle lesioni da pressione

Bernardini I. ¹, Ranocchia D. ², Bovo D. ³, Piergentili F. ⁴, Bologni D. ⁵
¹Medico in formazione specialistica Direzione Medica Ospedaliera Azienda Ospedaliera di Perugia; ² Resp. Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione Azienda USL Umbria 1; ³ P.O. Qualità e Comunicazione Azienda USL Umbria 1; ⁴ I.P. SITRO Azienda USL Umbria 1; ⁵ Resp. Qualità Azienda Ospedaliera di Perugia

INTRODUZIONE

Le lesioni da pressione (LDP) sono un fenomeno rilevante dal punto di vista epidemiologico che colpisce in particolare alcune categorie di soggetti maggiormente a rischio di insorgenza come gli anziani, le persone immobilizzate o con scarsa mobilità, pazienti con alcune patologie croniche ricoverati in ospedale od in altri contesti residenziali. La cura delle LDP rappresenta oggi uno dei principali motivi di presa in carico da parte dei servizi infermieristici domiciliari e residenziali, necessita di un approccio integrato, comporta gravi disagi per l'assistito, prolunga la degenza ed aumenta i costi.

CONTENUTI

In un'ottica orientata al miglioramento della qualità della vita delle persone ed in una logica assistenziale l'ospedale S.Maria della Misericordia di Perugia e l'Azienda Sanitaria Locale del Perugino (ex ASL n°2) hanno condiviso dal 2006 un approccio interdisciplinare ed interaziendale della presa in carico delle LDP. L'obiettivo del lavoro è stato quello di migliorare l'efficacia della presa in carico delle persone con LDP attraverso la definizione di nuovi percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali e di un sistema di valutazione degli esiti su tutti i nuovi casi. È stato costituito un gruppo di lavoro costituito da persone che operano in diversi setting assistenziali: territorio, RSA, ospedale. In una prima fase sono stati ricercati ed analizzati i protocolli in uso sia regionali che nazionali, è stata effettuata una scrematura dei dati non utili e non attuabili nella nostra realtà ed una raccolta delle esigenze assistenziali ed operative dei diversi setting assistenziali. Il gruppo di lavoro ha tradotto in una procedura la revisione dei documenti e della letteratura ed in funzione delle diverse organizzazioni si sono stabiliti sistemi di monitoraggio differenti che hanno condotto ai risultati riportati in figura 1.

INDICATORI DELLA PROCEDURA DELLE LESIONI DA PRESSIONE ANNO 2012					
	OBBIETTIVO	AREA	INDICATORE	MISURATO	STANDARD
STRUTTURA	Fornire il giusto presidio al giusto paziente	Appropriatezza	n°presidi appropriati forniti/n° delle richieste	90%	100%
	Verificare l'uso dei moduli associati alla procedura	Documentazione sanitaria	n° moduli compilati su pazienti a rischio/n° pazienti a rischio	100%	100%
PROCESSO	Verificare la completezza della compilazione della scala di Braden	Documentazione sanitaria	n° scale di Braden corrette e complete/n° pazienti a rischio	84%	100%
	Verificare la congruenza informazioni/SDO	Documentazione sanitaria	n° SDO descrittive di LDP/n° SDO dei pz cui è stato fornito il presidio	47%	100%
ESITO	Verificare l'esito delle azioni previste dalla procedura sulla salute dei pz ricoverati	Efficacia	n° dei pazienti con LDP/n° dei pz a rischio	28%	<20%
	Valutare sul territorio il n° dei pz con LDP sottoposti a valutazione	Monitoraggio	N° pz con LDP sottoposti a valutazione/n° pz con LDP	65%	100%
	Valutare l'esito del trattamento domiciliare delle LDP	Efficacia	N° LDP guarite o migliorate/ n° delle LDP in pz sottoposti a valutazione	58%	90%

Figura 1. Indicatori della procedura delle lesioni da pressione



CONCLUSIONI

Il gruppo di lavoro è orientato verso la continua ricerca di un modello assistenziale qualitativamente idoneo. La condivisione dei linguaggi e delle pratiche ha consentito il confronto tra i partner della rete assieme ai quali a partire dalle criticità esistenti si è sviluppato un processo di miglioramento continuo. È impegno del gruppo colmare i deficit conoscitivi attraverso la formazione e l'aggiornamento, promuovendo le buone pratiche e l'aderenza al protocollo, la diffusione di report nei diversi setting assistenziali. La conoscenza delle proprie ed altrui responsabilità, l'importanza dell'approccio multidisciplinare, l'integrazione professionale ed istituzionale sono i punti di partenza per implementare nelle aziende sanitarie le *best practices* in wound care nei percorsi clinico assistenziali integrati tra ospedale e territorio.

mailto: ilaria.bernardini@ospedale.perugia.it



Miracolo dei santi Cosma e Damiano, Pala del Noviziato (1445 ca.)

PIANO DI RIENTRO E TECHNÉ – RAZIONALIZZARE PER NON RAZIONARE: L'ESPERIENZA DEGLI OO.RR. DEL CANAVESE ASL TO4

M.C. Bosco*, F. Cardillo**, R. Ippolito*, A. Scarcello*, E. Bianchetti**, L. Bertola**, C. Occhiena**, F. Boraso***, G. LaValle***, F. Ripa****

ASLTO4 - * DMO P.O.R Area C, ** S.I.T.R.O. Area C, ***Direz. Gen., ****CO.GE

Parole chiave: Sostenibilità, appropriatezza, coordinamento assistenziale.

Introduzione. Nell'attuale contesto nazionale e regionale la sostenibilità del sistema sanitario è sempre più funzione della coerenza dell'operato clinico e organizzativo con le migliori evidenze. Negoziare l'appropriatezza per non negoziare le risorse, allineare l'organizzazione alla programmazione e mantenere flessibilità e dinamicità organizzative e professionali divengono elementi di successo per mantenere la centralità della persona seppure con risorse viepiù limitate.

In questa ottica, da luglio 2011 a giugno 2013, si è operato immaginando nuove e diverse formule assistenziali e applicando all'immaginazione i principi della tecnica ospedaliera per tradurre un momento di difficoltà in una sfida organizzativa utile a non ridurre i servizi, ma a migliorarne la strutturazione. Questo processo, che ha riguardato tre grandi aree assistenziali, si è basato su scelte condivise tra i diversi professionisti, adattate al contesto e costantemente verificate.

Contenuti. L'Area Materno-infantile è stata riorganizzata nel 2011, allineandola ai contenuti dell'Accordo della Conferenza Stato Regioni (dic. 2010) relativo alle linee di indirizzo sull'appropriatezza percorso nascita e ricorso al taglio cesareo. Anche per dare avvio ai lavori di adeguamento dell'ostetricia di Ivrea agli standards strutturali di tale accordo, il punto nascita è stato unificato sulla sede di Cuornè e sono stati impostati percorsi idonei a fronteggiare le eventuali emergenze/urgenze afferenti ai due P.O.

L'area Chirurgica è stata riorganizzata nel 2012, secondo un modello tendente all'intensità di cura, creando un'area di degenza multispecialistica a media-alta intensità (Ivrea) e due aree di degenza multispecialistiche di Week/Day Surgery (Ivrea e Cuornè). Sono stati definiti i profili chirurgici delle diverse aree incrociando complessità assistenziale e rischio anestesiológico. Ciò ha consentito una miglior gestione del rischio, la revisione dei percorsi, la riduzione delle maniche di degenza da 5 a 3, con conseguente razionalizzazione del personale, degli spazi, dei percorsi ed un uso condiviso delle tecnologie senza impattare sulla produzione chirurgica.

L'accesso agli spazi di sala è stato riprogrammato in base alle liste di attesa per disciplina, corrette per gravità e "ripulite" trimestralmente; ciò anche per dare equità di accesso al trattamento chirurgico. Alla traumatologia sono stati riservati spazi operatori adeguati a consentire l'ampio rispetto dell'indicatore LEA relativo al trattamento chirurgico delle fratture di femore

L'area Medica è stata riorganizzata nel giugno 2013, adempiendo così anche alle disposizioni regionali inerenti la riconversione del P.O. di Castellamonte (prima pl cod. 60 e 56). L'attività cod 60 è stata trasferita presso gli spazi lasciati liberi, presso la sede di Cuornè, dalla riorganizzazione dell'area chirurgica, mentre l'attività cod.56 è stata convertita in un nuovo setting assistenziale di riabilitazione (Day Service) che prevede attività ambulatoriale multiprofessionale-disciplinare.

È ancora in fase di calibrazione il setting riabilitativo in regime di RO cod 60 e l'adeguamento ai mutati settings assistenziali dell'attuale percorso per la dimissione.

Conclusioni. Grazie a tali riorganizzazioni è stato possibile:

- aggiornare il coordinamento dell'assistenza (nella tassonomia degli sprechi il 10%) continuando a promuovere integrazione e cooperazione multidisciplinari-professionali;
- indurre una minor spesa che, per la sola voce del personale, è quantificabile in 1.800.000 eu ca. su base annua;
- mantenere l'offerta di servizi alla popolazione di riferimento.



PIANO di RIENTRO e TECHNÉ' RAZIONALIZZARE per NON RAZIONARE L'esperienza degli OO.RR. del CANAVESE ASLTO4

M.C. Bosco*, F. Cardillo**, R. Ippolito*, A. Scarcello*, E. Bianchetti**, L. Bertola**, C. Occhiena**, F. Boraso***, G. LaValle*** F. Ripa****

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

Premessa

L'obiettivo di preservare la sostenibilità del sistema sanitario, resa critica da risorse sempre più limitate, negli OO.RR. del Canavese ha indotto, da luglio 2011 a giugno 2013, azioni di riorganizzazione articolate su tre aree clinico-organizzative per allinearle alle migliori evidenze e agli indirizzi della programmazione. Un momento di difficoltà è stato così tradotto in una sfida organizzativa utile a non ridurre i servizi, ma a migliorarne la strutturazione. Questo processo ha riguardato le aree materno-infantile, chirurgica e medica ed è stato fondato su scelte condivise tra i diversi professionisti, adattate al contesto e costantemente verificate.

AZIONI TRIENNIO 2011-2013

	2011		2012		2013		
	AREA MATERNO-INFANTILE PRIMA	DOPO	AREA CHIRURGICA PRIMA	DOPO	AREA MEDICA PRIMA	DOPO	
RIORGANIZZAZIONI	n° SEDI ospedaliere	2 SEDI • Ivrea • Cuornè	1 SEDE • Cuornè	2 SEDI • Ivrea • Cuornè	2 SEDI • Ivrea • Cuornè	3 SEDI • Ivrea • Cuornè • Castellamonte	2 SEDI • Ivrea • Cuornè
	n° UNITA' di degenza	2 PUNTI NASCITA 5 unità di degenza	1 PUNTO NASCITA 3 unità di degenza	5 DEGENZE per specialità	3 DEGENZE per intensità di cura	5 DEGENZE	4 DEGENZE con RICONVERSIONE di una sede ospedaliera
	dettaglio degenze	1. Ost-Gin Ivrea 2. Nido Ivrea 3. Ost-Gin Cuo 4. Nido Cuo 5. Pediatria con Neonatologia	1. Ost-Gin Cuo 2. Nido Cuo 3. Pediatria con Neonatologia	1. Chir.gen Ivrea 2. Urologia Ivrea 3. ORL - OCL Ivrea 4. Chir-Orto Cuo 5. Day Surgery Cuo	1. Alta e media intensità Ivrea 2. Week - Day Ivrea 3. Week - Day Cuo	1. Med.gen Ivrea 2. Med.gen Cuo 3. Geriatria Cuo 4. LD Castel 5. RRF II liv Castellamonte	1. Med.gen Ivrea 2. Med.gen Cuo 3. Geriatria Cuo 4. LD Cuo
RAZIONALIZZAZIONI	SPAZI e STRUTTURE (in meno)	- 1 SEDE - 2 unità di degenza - 10 pl - 5 medici	- 1 SEDE - 2 unità di degenza - 10 pl - 5 medici	- 2 unità di degenza - 3 pl - 4 medici	- 2 unità di degenza - 3 pl - 4 medici	- 1 SEDE - 1 unità di degenza - 46 pl - 2 medici	- 1 SEDE - 1 unità di degenza - 46 pl - 2 medici
	PERSONALE (recuperato)	- 10,7 infermieri - 2,3 ostetriche - 5 puericultrici - 8 OSS	- 10,7 infermieri - 2,3 ostetriche - 5 puericultrici - 8 OSS	- 1 coordinatore inf. - 15,5 infermieri - 6,3 OSS	- 1 coordinatore inf. - 15,5 infermieri - 6,3 OSS	- 13,4 infermieri - 10,3 OSS	- 13,4 infermieri - 10,3 OSS

Effetti Economici

Recupero e Riutilizzo del personale

medici	11			
coord	1			
inf	38,6			
inf ped				
ostetrica	2,3			
puericultr.				
OSS	24,6			
TOT	72,5			

MINOR SPESA MANTENENDO I SERVIZI	31,5	37,72%	1.806.100
MANTENERE SERVIZI (MATERNITA' INDOINEITA)	12,5	14,97%	
INNOVAZIONE - INCREMENTO SUPPORTO	39,5	47,31%	

Altra < spesa

	mq	costo mq euro/mese	< spesa euro anno
degenze vuote	3.100	3,2	119.040
degenze convertite in week	1.400	3,2	15.519
degenze convertite in ambulatori	550	1,9	8.580
TOTALE	5.050		143.139

~1.948.000 €

Bibliografia

- * "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Accordo Stato-Regioni e province autonome di Trento e Bolzano del 16/12/2010.
- D.M. Berwick, A.D. Hackbarth. *Eliminating Waste in US Health Care*. JAMA; 2012; 307(14).
- N. Cartabellotta. *Più assistenza con meno risorse: mission impossible o realistico miraggio?* Il Sole 24 ore Sanità; 2013; 19-25 febbraio: 14-16.
- Piano Socio Sanitario Regione Piemonte 2012-2015.

LA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA: EFFICACE, EFFICIENTE E SICURA

- M. Bosio** Direttore Sanitario – Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate – POC Vimercate
- D. Meregalli** Direttore Medico – Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate – POC Vimercate
- O. Ros** Medico di Direzione Medica – Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate – POC Vimercate
- M. Caglio** Medico di Direzione Medica – Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate – POC Vimercate
- A.M. Gorini** Direttore SITRA
- M.A. Fumagalli** Responsabile SITR
- G. Maggiolini** Coordinatore Infermieristico SITR Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate – POC Vimercate
- M. Andreola** Coordinatore Infermieristico SITR Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate – POC Vimercate
- M. Vergani** Coordinatore Infermieristico SITR Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate – POC Vimercate
- G. Delgrossi** Direttore Sistemi Informativi – Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate
- P. Monguzzi** Assistente Direttore Generale – Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate
- P. Caltagirone** Direttore Generale – Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate

Parole chiave: cartella clinica elettronica, ospedale

Introduzione. L'Osservatorio per le Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (ICT) in Sanità stima che, impiegando appieno le soluzioni ICT negli ambiti chiave della Sanità Italiana, le strutture sanitarie potrebbero risparmiare circa 6,8 miliardi di euro l'anno (115 euro pro - capite). Tra i risultati raggiungibili l'Osservatorio ITC stima che è possibile risparmiare 860 milioni grazie alla de-materializzazione. L'AO di Desio e Vimercate è composta da 3 presidi ospedalieri complessi, gestisce 1.290 posti letto, con circa 3.400 dipendenti. Dal 2006 l'Azienda ha avviato un progetto per la realizzazione della Cartella Clinica Elettronica per la gestione informatica del processo di ricovero e cura. L'approccio, basato sull'implementazione di alcune funzionalità standard definite a livello aziendale, garantisce la gestione completa di tutte le fasi di degenza della persona: accettazione, anamnesi, piano di assistenza infermieristica, visita medica, diario clinico medico e infermieristico, terapia in monodose, refertazione esami diagnostici, dimissione della persona e l'inserimento di altri moduli necessari a soddisfare le specificità delle strutture.

Contenuti. Il progetto, dopo le fasi di predisposizione e aggiudicazione della gara aziendale, ha coinvolto sperimentalmente l'ospedale di Vimercate ed è stato poi diffuso, dopo il consolidamento, ai Presidi di Desio e Seregno. L'applicativo prevede l'impiego di 350 dispositivi *hardware* di tipo *Tablet Pc*, che possono essere utilizzati in totale mobilità all'interno dei reparti sotto completa copertura di rete *wifi*. Sono disponibili, inoltre, oltre 1.000 postazioni di lavoro fisse. L'accesso alla Cartella Clinica Elettronica avviene attraverso l'inserimento e il riconoscimento della Carta personale "Sistema Informativo Socio-Sanitario" di Regione Lombardia che, previa digitazione delle credenziali di autenticazione, consente l'accesso alle informazioni cliniche delle persone ricoverate, con una completa tracciatura delle operazioni effettuate da ciascun operatore; in tal modo si realizza l'obiettivo dell'"autenticazione forte". In fase di chiusura, la Cartella Clinica Elettronica viene firmata digitalmente dal medico responsabile, marcata temporalmente, archiviata nel *repository* aziendale. I dati clinici memorizzati sull'archivio centrale vengono criptati al fine di garantirne la riservatezza e la integrità assoluta.

Conclusioni. Tabula Clinica rappresenta uno dei primi sistemi integrati che permettono di disporre di una Cartella Clinica Elettronica sempre disponibile per gli operatori sanitari. L'uso dell'applicativo comporta vantaggi per gli operatori sanitari in termini di sicurezza: vengono evitati gli errori, sia di trascrizione che di comunicazione dei dati; **immediatezza:** tutte le informazioni sono sempre a portata di mano, sotto controllo e aggiornate in tempo reale, pronte per essere immediatamente condivise da medici ed infermieri; fruibilità dei dati: la storia sanitaria elettronica della persona è sempre a disposizione nel caso di un successivo controllo o ricovero; risparmio di tempo: non c'è necessità di trascrivere più volte le informazioni terapeutiche né di comunicarle alle persone interessate, vengono eliminati dubbi e fraintendimenti nell'interpretazione della terapia giornaliera dei pazienti; analisi a posteriori: gli operatori sanitari hanno la possibilità di analizzare i dati clinico assistenziali e valutare nel tempo i benefici delle terapie e degli interventi assistenziali; pianificazione dell'assistenza infermieristica: attraverso la stesura del Piano di Assistenza Infermieristica personalizzato; inserimento, modifica e stop terapia: consentiti solo agli utenti autenticati come medici; somministrazione farmaci: consentita solo agli infermieri; sicurezza sulla privacy del paziente: la doppia chiave di accesso al sistema Tabula Clinica ottempera all'obbligo di garantire la sicurezza sulla privacy per le persone ricoverate.



LA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA:

efficace, efficiente e sicura

M. Bosio Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate, D. Meregalli Direttore Medico POC Vimercate, O. Ros Medico di Direzione Medica POC Vimercate, M. Caglio Medico di Direzione Medica POC Vimercate, A.M. Gorini Direttore SITRA Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate, M.A. Fumagalli Responsabile SITR POC Vimercate, G. Maggiolini Coordinatore Infermieristico SITR POC Vimercate, M. Andreola Coordinatore Infermieristico SITR POC Vimercate, M. Vergani Coordinatore Infermieristico SITR POC Vimercate, G. Delgrossi Direttore Sistemi Informativi Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate, P. Monguzzi Assistente Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate, P. Caltagirone Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate.



Provincia di Monza e Brianza
Superficie: 405 km²
Popolazione: 854.000 abitanti

WWW.AODESIOVIMERCATE.ORG

COMPOSIZIONE AO DESIO E VIMERCATE

PRESIDI OSPEDALIERI COMPLESSI	3
STRUTTURE COMPLESSE	56
POSTI LETTO ACCREDITATI	1.290
DIPENDENTI	3.400
RICOVERI info	47.000
PRESTAZIONI AMB. anno	5.500.000
ACCESSI PS anno	195.000
PARTI anno	5.500



DISTRIBUZIONE

- 2 presidi ospedalieri complessi
- 45 strutture complesse – semplici di ricovero
- 16.000 somministrazioni farmacologiche al giorno

TABULA CLINICA®



INFORMAZIONI CLINICHE IN MOBILITÀ

- Accessibilità ai dati sempre e ovunque
- Completa copertura *wifi*
- 350 tablet PC

DOCUMENTI DIGITALI

- 750 cartelle cliniche elettroniche gestite quotidianamente
- 91.000 cartelle cliniche digitali archiviate

FACILITÀ D'USO

- Dispositivi affidabili e maneggevoli
- Applicazioni per "pen computing"
- Software intuitivo

SICUREZZA DEL SISTEMA

- Autenticazione forte
- Cifratura dei dati
- Architettura "business continuity"

VALUTAZIONE

- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Pianificazione Assistenza Infermieristica

DIARIO

- Medico - Infermieristico
- Apporti di altre professioni sanitarie
- Riunioni d'equipe

INTERVENTI

- Pianificati
- Attuati
- Piano riabilitativo

ESAMI - VISITE

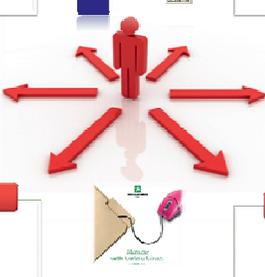
- Laboratorio
- Indagini radiologiche e strumentali
- Consulenze specialistiche

PARAMETRI E SCALE

- Pianificati
- Rilevati
- Trend (visione d'insieme)

TERAPIA

- Prescrizione
- Somministrazione
- Andamento (visione d'insieme)



Silviana Bonifazi Regione Lombardia
Info: direttore_sanitario@aovimercate.org

INDAGINE SULLA QUALITÀ PERCEPITA NELLA RISTORAZIONE PRESSO IL P. O. DI GUBBIO-GUALDO TADINO

N. Buonora¹, B. Fischer², P. Lucarini³, C. Venturi⁴, T. Tedesco⁵

¹ Medico in formaz. Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ² Medico Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ³ Coordin. Infermieristica Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ⁴ Responsabile Servizio Infermieristico Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ⁵ Direttore Medico P.O. Gubbio Gualdo Tadino

Parole chiave: ristorazione ospedaliera, qualità percepita, accoglienza

Introduzione. L'indagine sulla "Qualità percepita nella ristorazione presso il Presidio Ospedaliero di Gubbio e Gualdo Tadino" rientra tra le iniziative di miglioramento del rapporto con l'utenza e promozione della qualità, inserite nel Progetto "Accoglienza in ospedale", progetto pilota della USL Umbria 1. La Direzione Sanitaria di Presidio monitorizza la performance del servizio di ristorazione in outsourcing tramite controlli degli aspetti igienico-sanitari e del rispetto contrattuale con strumenti creati ad hoc, accertando anche la percezione della qualità dei servizi da parte dell'utente con la possibilità di riorganizzare il servizio in base alle esigenze rilevate.

Contenuti e metodi. Al fine di esaminare con una metodologia propria, snella ma significativa, la percezione della qualità del servizio di ristorazione, si è sperimentato presso l'ospedale un nuovo questionario con caratteristiche di impatto visivo immediato e quindi di semplice comprensione da parte dell'utenza in modo da incentivare una più ampia partecipazione all'indagine. Il questionario è strutturato in tredici domande che riguardano la valutazione complessiva del menù e del servizio, la varietà e qualità dei piatti proposti, la presentazione dei piatti e la pulizia dei vassoi, oltre alla corrispondenza tra prenotato e consegnato, con una scala di valutazione limitata a tre valori di giudizio: "molto, abbastanza, poco". Il questionario è stato somministrato ad ogni paziente o suo familiare/accompagnatore, presente in reparto nel giorno scelto, spiegandone brevemente le finalità ed il contenuto.

Risultati. Sono state compilate n° 95 schede a fronte delle 107 distribuite, il che riflette una ottima compliance relativa allo strumento da parte dell'utenza (88%). La prima elaborazione dei risultati ha mostrato una valutazione complessiva molto soddisfacente del servizio da parte dell'80% dei pazienti. Solo l'1% si è dichiarato poco soddisfatto. La completezza e coerenza della risposte e la facile elaborazione dei risultati rendono lo strumento idoneo per il monitoraggio del livello qualitativo percepito dai degenti.

Conclusioni. La ristorazione incide in maniera rilevante sul comfort e sull'umanizzazione della vita in ospedale, considerando anche il benessere psicologico che il consumo di un pasto gradevole può trasmettere al degente. Inoltre, visto il minimo impatto economico sulla spesa complessiva dell'azienda, la rilevazione continua della soddisfazione sul servizio di ristorazione permetterà di mettere in atto le azioni necessarie per garantire standard ottimali del servizio senza incidere sensibilmente sui costi.



Indagine sulla qualità percepita nella ristorazione presso il P.O. di Gubbio-Gualdo Tadino

Buonora N¹, Fischer B², Lucarini P³, Venturi C⁴, Tedesco T⁵



¹ Medico in formaz. Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ² Medico Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ³ Coordin. Infermieristica Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ⁴ Responsabile Servizio Infermieristico Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ⁵ Direttore Medico P.O. Gubbio Gualdo Tadino

Ristorazione ospedaliera * Qualità percepita * Accoglienza

INTRODUZIONE

L'indagine sulla Qualità percepita nella ristorazione presso il Presidio Ospedaliero di Gubbio e Gualdo Tadino rientra tra le iniziative di miglioramento del rapporto con l'utenza e promozione della qualità, inserite nel Progetto "Accoglienza in ospedale", progetto pilota della USL Umbria 1. La Direzione Sanitaria di Presidio monitorizza la performance del servizio di ristorazione in outsourcing tramite controlli degli aspetti igienico-sanitari e del rispetto contrattuale con strumenti creati ad hoc, accertando anche la percezione della qualità dei servizi da parte dell'utente con la possibilità di riorganizzare il servizio in base alle esigenze rilevate.

CONTENUTI

METODI: Al fine di esaminare con una metodologia propria, snella ma significativa, la percezione della qualità del servizio di ristorazione, si è sperimentato presso l'ospedale un nuovo questionario con caratteristiche di impatto visivo immediato e quindi di semplice comprensione da parte dell'utenza in modo da incentivare una più ampia partecipazione all'indagine. Il questionario è strutturato in tredici domande che riguardano la valutazione complessiva del menù e del servizio, la varietà e qualità dei piatti proposti, la presentazione dei piatti e la pulizia dei vassoi, oltre alla corrispondenza tra prenotato e consegnato, con una scala di valutazione limitata a tre valori di giudizio: "molto, abbastanza, poco". Il questionario è stato somministrato ad ogni paziente o suo familiare/accompagnatore, presente in reparto nel giorno scelto, spiegandone brevemente le finalità ed il contenuto.

RISULTATI

Sono state compilate n° 95 schede a fronte delle 107 distribuite, il che riflette una ottima compliance relativa allo strumento da parte dell'utenza (88%). La prima elaborazione dei risultati ha mostrato una valutazione complessiva molto soddisfacente del servizio da parte dell'80% dei pazienti. Solo l'1% si è dichiarato poco soddisfatto. La completezza e coerenza della risposte e la facile elaborazione dei risultati rendono lo strumento idoneo per il monitoraggio del livello qualitativo percepito dai degenti.

CONCLUSIONE

La ristorazione incide in maniera rilevante sul comfort e sull'umanizzazione della vita in ospedale, considerando anche il benessere psicologico che il consumo di un pasto gradevole può trasmettere al degente. Inoltre, visto il minimo impatto economico sulla spesa complessiva dell'azienda, la rilevazione continua della soddisfazione sul servizio di ristorazione permetterà di mettere in atto le azioni necessarie per garantire standard ottimali del servizio senza incidere sensibilmente sui costi.

Contact: dott. Nicola Buonora e-mail nicola.buonora@uslumbria1.it

IL PREDEPOSITO DI SANGUE NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA ROBOT ASSISTITA: LA NOSTRA ESPERIENZA

M. Carlucci², M. Colagrande¹, G. Simonelli³, A. Diamantini¹, A. Celia³

¹ Servizio Immunotrasfusionale; ² Direzione Medica; ³ Urologia

Azienda Sanitaria ULSS n. 3 Bassano del Grappa - Ospedale San Bassiano

Parole chiave: RALP, predeposito

Introduzione. L'introduzione nel 2007 dell'intervento di prostatectomia laparoscopica robot-assistita (RALP) ha modificato la richiesta trasfusionale rispetto all'intervento di prostatectomia radicale retro pubica (PRR). Tale evidenza ha suggerito la rivalutazione delle indicazioni al predeposito di sangue.

Contenuti. Tra gennaio 2003 e dicembre 2012 sono stati valutati 448 pazienti consecutivi (età media di 66,5 anni) dei quali 161 sono stati sottoposti a PRR e 287 sono stati sottoposti a RALP. I suddetti pazienti sono stati tutti sottoposti come da protocollo alla procedura di predeposito di sangue autologo. I dati demografici, il numero di unità di emazie concentrate il grado di anemizzazione e i dati trasfusionali sono stati raccolti retrospettivamente. I gruppi sono stati confrontati sulla base della riduzione di emoglobina pre e post intervento, della richiesta e dell'utilizzo effettivo delle unità di emazie autologhe. Nel gruppo di pazienti sottoposti a PRR sono state richieste e raccolte 348 unità di sangue autologo, 2,1 unità per ciascun paziente e ne sono state trasfuse complessivamente 263 (75%). Nel gruppo di pazienti sottoposti a RALP sono state richieste 418 unità di sangue autologo, 1,4 unità per ciascun paziente e ne sono state trasfuse complessivamente 22 (4,9%).

Conclusioni. In accordo con i dati presenti in letteratura abbiamo confermato che RALP porta una minore perdita ematica e di conseguenza un minore fabbisogno trasfusionale delle unità di sangue omologo ed autologo. Alla luce di questa esperienza si potrebbero prospettare nuove linee guida aziendali riguardo la richiesta di predeposito per l'intervento di RALP riducendo i rischi e i costi gestionali.

IL PREDEPOSITO DI SANGUE NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA ROBOT ASSISTITA: LA NOSTRA ESPERIENZA



M. Carlucci², M. Colagrande¹, G. Simonelli³, A. Diamantini¹, A. Celia³
 Servizio Immunotrasfusionale¹, Direzione Medica², Urologia³
 Azienda Sanitaria ULSS n. 3 Bassano del Grappa - Ospedale San Bassiano.



INTRODUZIONE

L'introduzione nel 2007 dell'intervento di prostatectomia laparoscopica robot-assistita (RALP) ha modificato la richiesta trasfusionale rispetto all'intervento di prostatectomia radicale retro pubica (PRR). Tale evidenza ha suggerito la rivalutazione delle indicazioni al predeposito di sangue.

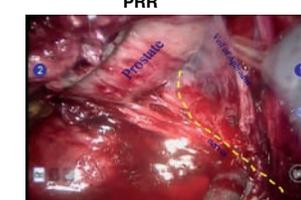
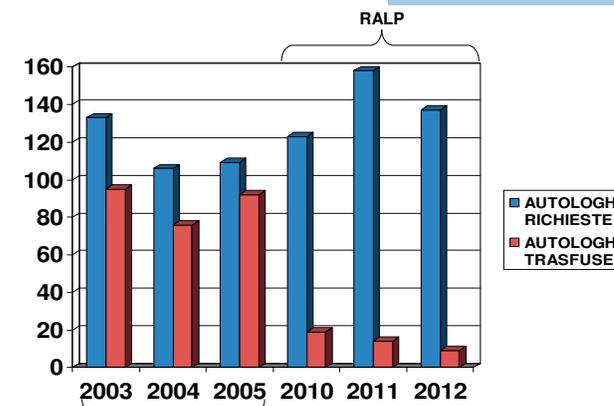
CONTENUTI

Tra gennaio 2003 e dicembre 2012 sono stati valutati 448 pazienti consecutivi (età media di 66,5 anni) dei quali 161 sono stati sottoposti a PRR e 287 sono stati sottoposti a RALP. I suddetti pazienti sono stati tutti sottoposti come da protocollo alla procedura di predeposito di sangue autologo. I dati demografici, il numero di unità di emazie concentrate, il grado di anemizzazione e i dati trasfusionali sono stati raccolti retrospettivamente. I gruppi sono stati confrontati sulla base della riduzione di emoglobina pre e post intervento, della richiesta e dell'utilizzo effettivo delle unità di emazie autologhe. Nel gruppo di pazienti sottoposti a PRR sono state richieste e raccolte 348 unità di sangue autologo, 2,1 unità per ciascun paziente e ne sono state trasfuse complessivamente 263 (75%). Nel gruppo di pazienti sottoposti a RALP sono state richieste 418 unità di sangue autologo, 1,4 unità per ciascun paziente e ne sono state trasfuse complessivamente 22 (4,9%).

Nel gruppo di pazienti sottoposti a RALP sono state richieste 418 unità di sangue autologo, 1,4 unità per ciascun paziente e ne sono state trasfuse complessivamente 22 (4,9%). Nel gruppo di pazienti sottoposti a PRR sono state richieste 348 unità di sangue omologo, 1,9 unità per ciascun paziente e ne sono state trasfuse complessivamente 263 (75%).

CONCLUSIONI

In accordo con i dati presenti in letteratura abbiamo confermato che RALP porta una minore perdita ematica e di conseguenza un minore fabbisogno trasfusionale delle unità di sangue omologo ed autologo. Alla luce di questa esperienza abbiamo proposto al Comitato per il buon uso del sangue nuove linee guida aziendali riguardo la richiesta di predeposito non più necessario per questo tipo di procedura chirurgica. La mancata necessità della richiesta del predeposito porterà una riduzione del rischio clinico da trasfusione nonché un risparmio economico. Questa esperienza porterà alla valutazione di altre procedure robotiche per migliorare protocolli di supporto emotrasfusionale peritoperatorio.



BIBLIOGRAFIA

- G. M. Liubruno, et al: Raccomandazioni SIMTI sulla trasfusione peritoperatoria. Anno 2010
- B. Djavan et al: Blood loss during radical prostatectomy: impact on clinical, oncological and functional outcomes and complications. BJU 110,69-75. 2011
- D. W. Skarecky. Robotic-Assisted radical prostatectomy after the first decade: surgical evolutionor new paradigm. ISRN Urology . ISRN Urol. 2013 Apr 3;2013:157379

IRCCS POLICLINICO SAN DONATO (PSD): PIANO DI MIGLIORAMENTO PER LA QUALITÀ E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE 2013

L. Carpinelli¹, F. Ramondetti¹, F. Campanella¹, F. Castaldo¹, M. Cristiano², G. Gallo³, V. Villa¹, M.T. Cuppone¹

¹ Medici; ² Infermiera; ³ Responsabile per la Qualità
Direzione Sanitaria, PSD

Parole chiave: qualità, sicurezza

Introduzione. Premesso che la programmazione ospedaliera è una decisione strategica, il nostro piano di miglioramento è ideato in un contesto clinico universitario da componenti di varie unità operative (UO) coordinati dalla Direzione Sanitaria. Il piano è volto al miglioramento sistematico della qualità e della sicurezza del paziente a livello organizzativo, nell'ottica della mission e della vision del Policlinico San Donato. L'approccio del Piano si riconduce ma non si limita agli standard della Joint Commission International (JCI) che sanciscono che ogni ospedale provveda a raccogliere i dati per monitorare la propria performance; la Direzione Sanitaria è l'organo ultimo responsabile per sicurezza e qualità.

Contenuti. Nel sistema sanitario un'impresca identificazione del paziente risulta in un errore medico. In accordo con i più recenti standard della JCI e della Regione Lombardia, sono stati presi in considerazione i seguenti punti:

1. Elaborazione di un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente prima di somministrare le cure.
2. Identificazione del paziente tramite almeno due identificativi per verificare l'identità del paziente all'ingresso e prima della somministrazione delle cure.
3. Standardizzazione delle modalità di identificazione del paziente tra le varie UO.
4. Verifica di paziente, sito chirurgico e procedura corretti da eseguirsi in ogni fase dal momento in cui viene intrapresa la decisione di incidere fino a quando viene eseguito l'intervento chirurgico. L'equipe chirurgica deve operare sul paziente corretto e sul corretto sito chirurgico.
5. Il sito per l'incisione chirurgica va marcato in modo univoco, chiaramente visibile ed il processo va completato - per quanto possibile - con la collaborazione del paziente.

Il nostro Piano di Miglioramento si basa sugli standard JCI altrimenti detti *Obiettivi Internazionali di Sicurezza del Paziente* (IPSG) condivisi dal *Programma di Sicurezza del Paziente dell'OMS* (Risoluzione WHA55.18): IPSG.1 Corretta identificazione del paziente IPSG.2 Miglioramento dell'efficacia della comunicazione IPSG.3 Miglioramento della sicurezza dei farmaci ad alto rischio IPSG.4 Identificazione di paziente, sito chirurgico e procedura corretti IPSG.5 Riduzione del rischio delle infezioni nosocomiali-IPSG.6 Riduzione del rischio di danno del paziente da caduta.

Pre-esistenti istruzioni operative riguardanti i suddetti temi sono state discusse da gruppi multidisciplinari coordinati dalla Direzione Sanitaria. Queste istruzioni sono poi state modificate in seguito a consultazioni e verifiche dirette con il personale sanitario delle varie UO: così modificate sono state caricate sul software interno Qualibus®, accessibile da tutti gli operatori del Policlinico. Le procedure di identificazione del paziente sono state incorporate nell'educazione continua dei professionisti sanitari è prevista, nell'ambito dell'Autovalutazione della Regione Lombardia, la consegna di una revisione del piano per il mese di dicembre 2013.

Conclusioni. I cambiamenti che seguiranno all'introduzione del suddetto Piano saranno visibili nei prossimi mesi/anni. Ogni UO dovrebbe incorporare l'utilizzo delle checklist nella sua routine nel rispetto della massima efficienza e della minima confusione, puntando alla sicurezza del paziente come obiettivo principale. Diventa essenziale la partecipazione continua, e non solo in occasione dell'autovalutazione semestrale, di tutto lo staff per il miglioramento globale. Il nostro Piano per la qualità e la sicurezza del paziente è un programma *in fieri* volto a dimostrare che il miglioramento è quantificabile in elementi misurabili come gli outcome dei pazienti e la riduzione degli errori medici.




IRCCS POLICLINICO SAN DONATO: PIANO DI MIGLIORAMENTO PER LA QUALITÀ E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE 2013

Carpinelli L.¹ Ramondetti F.¹, Campanella F.¹, Castaldo F.¹, Cristiano M.², Gallo G.³, Villa V.¹, Cuppone M.T.¹
¹ Medici ² Infermiera ³ Responsabile per la Qualità
Direzione Sanitaria, IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese (MI)

Introduzione:
Premesso che la programmazione ospedaliera è una decisione strategica, il nostro piano di miglioramento è ideato in un contesto clinico universitario da componenti di varie unità operative (UO) coordinati dalla Direzione Sanitaria. Il piano è volto al miglioramento sistematico della qualità e della sicurezza del paziente a livello organizzativo, nell'ottica della mission e della vision del Policlinico San Donato. L'approccio del Piano si riconduce ma non si limita agli standard della Joint Commission International (JCI) che sanciscono che ogni ospedale provveda a raccogliere i dati per monitorare la propria performance; la Direzione Sanitaria è l'organo ultimo responsabile per sicurezza e qualità.

Contesto:
Nel sistema sanitario un'impresca identificazione del paziente risulta in un errore medico. In accordo con i più recenti standard della JCI e della Regione Lombardia, sono stati presi in considerazione i seguenti punti:
1. Elaborazione di un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente prima di somministrare le cure.
2. Identificazione del paziente tramite almeno due identificativi per verificare l'identità del paziente all'ingresso e prima della somministrazione delle cure.
3. Standardizzazione delle modalità di identificazione del paziente tra le varie UO.
4. Verifica di paziente, sito chirurgico e procedura corretti da eseguirsi in ogni fase dal momento in cui viene intrapresa la decisione di incidere fino a quando viene eseguito l'intervento chirurgico. L'equipe chirurgica deve operare sul paziente corretto e sul corretto sito chirurgico.
5. Il sito per l'incisione chirurgica va marcato in modo univoco, chiaramente visibile ed il processo va completato - per quanto possibile - con la collaborazione del paziente.

Messaggio finale:
Piano per la qualità e la sicurezza del paziente è un programma in fieri volto a dimostrare che il miglioramento è quantificabile in elementi misurabili come gli outcome dei pazienti e la riduzione degli errori medici.

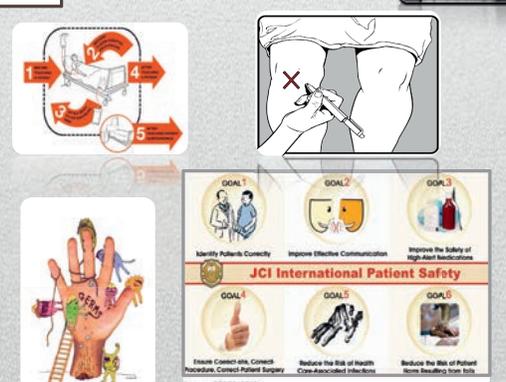
Valutazione del problema:
Il nostro Piano di Miglioramento si basa sugli standard JCI altrimenti detti Obiettivi Internazionali di Sicurezza del Paziente (IPSG) condivisi dal Programma di Sicurezza del Paziente dell'OMS (Risoluzione WHA55.18):
IPSG.1 Corretta identificazione del paziente
IPSG.2 Miglioramento dell'efficacia della comunicazione
IPSG.3 Miglioramento della sicurezza dei farmaci ad alto rischio
IPSG.4 Identificazione di paziente, sito chirurgico e procedura corretti
IPSG.5 Riduzione del rischio delle infezioni nosocomiali
IPSG.6 Riduzione del rischio di danno del paziente da caduta.

Lezioni apprese:
Diventa essenziale la partecipazione continua, e non solo in occasione dell'autovalutazione semestrale, di tutto lo staff per il miglioramento globale.

Intervento:
Pre-esistenti istruzioni operative riguardanti i suddetti temi sono state discusse da gruppi multidisciplinari coordinati dalla Direzione Sanitaria. Queste istruzioni sono poi state modificate in seguito a consultazioni e verifiche dirette con il personale sanitario delle varie UO.

Effetti dei cambiamenti apportati:
I cambiamenti che seguiranno all'introduzione del suddetto Piano saranno visibili nei prossimi mesi/anni. Ogni UO dovrebbe incorporare l'utilizzo delle checklist nella sua routine nel rispetto della massima efficienza e della minima confusione, puntando alla sicurezza del paziente come obiettivo principale.

Strategia di cambiamento:
Così modificate le istruzioni sono state caricate sul software interno Qualibus®, accessibile da tutti gli operatori del Policlinico. Le procedure di identificazione del paziente sono state incorporate nell'educazione continua dei professionisti sanitari. È prevista, nell'ambito dell'Autovalutazione della Regione Lombardia, la consegna di una revisione del piano per il mese di dicembre 2013.



L'INNOVAZIONE NELLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO NOSOCOMIALE: L'ESPERIENZA IN DUE PP.OO. SICILIANI DEL SISTEMA DI SANIFICAZIONE "NOP"

Emanuele Cassarà¹, Paolo Cardia²

¹ Direttore medico di Presidio, Ospedale Umberto I di Enna, ASP di Enna

² Direttore medico di Presidio, Ospedale San Vincenzo di Taormina, ASP di Messina

Parole chiave: infezioni correlate all'assistenza, gestione del rischio infettivo, innovazione

Introduzione. Tra i vari rischi associati all'assistenza sanitaria, quello infettivo di contrarre una infezione si classifica ai primi posti, per vari fattori: dimensioni del rischio, complessità e multifattorialità, andamento epidemiologico in aumento. Il termine di infezioni correlate all'assistenza (ICA) denota come tale evento può verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali: ospedali per acuti, day-hospital/day-surgery, RSA, lungodegenze, ambulatori, assistenza domiciliare. La cospicua letteratura scientifica (come le Linee di indirizzo per le aziende sanitarie sulla gestione del rischio infettivo, emanate dall'Emilia Romagna, 2013) assegna alle ICA un impatto clinico ed economico rilevante. Infatti, secondo un recente rapporto dell'OMS, le ICA sono causa di un aumento della degenza, disabilità a lungo termine, incremento della resistenza dei microbi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie e una significativa mortalità in eccesso. Ciò comporta strategie di contrasto su più fronti, con l'adozione di misure di efficacia.

Contenuti. Oltre a misure di natura organizzativa, nelle organizzazioni sanitarie occorre porre attenzione anche a misure come l'igiene ambientale finalizzata a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi da superfici vicino al paziente, spesso toccate e quindi contaminate, al paziente stesso. A tal fine, presso due PP.OO. della Sicilia (Enna e Taormina) è stata valutata l'efficacia di un innovativo sistema di sanificazione ambientale con ionizzatore (tipo "NoP"), un dispositivo medico realizzato per abbattere le cariche batteriche e ridurre così il rischio di infezioni. Detta sanificazione avviene con lampade a luce U.V.C. Il ricircolo dell'aria - 100 volumi/h- nella camera di sterilizzazione interna è ottenuto mediante ventilazione forzata e il percorso del flusso nella camera sterilizzatrice avviene con un filtro che trattiene le impurità (polvere e pollini). L'installazione a muro e la possibilità di funzionamento continuo, grazie alla totale schermatura delle emissioni UVC verso l'esterno, ne consente l'utilizzo anche in presenza di personale.

Conclusioni. La sperimentazione in alcuni reparti dei PP.OO. interessati induce ad operare un'attenta valutazione sull'opportunità di utilizzo del Sistema "NoP" quale ulteriore strumento, valido ed efficace, per contrastare il rischio infettivo in ambiente ospedaliero e garantire quindi maggiori condizioni di sicurezza per pazienti ed operatori. Infatti, così come si evince dai campionamenti eseguiti, nel PO di Enna (reparto di Oncologia, sala di degenza) e nel PO di Taormina (reparto di Ematologia, sala di degenza), sono stati ottenuti risultati sovrapponibili, dal momento che in entrambi i casi si è rilevato un abbattimento della carica microbica dei germi Gram+ e un'inibizione della crescita dei Gram-, mentre per i miceti non sono emerse significative variazioni.



L'innovazione nella gestione del rischio infettivo nosocomiale: l'esperienza in due PP.OO. siciliani del Sistema di sanificazione "NoP"

Emanuele Cassarà*, Salvatore Giampiccolo**, Maurizio Arena*** --- Paolo CARDIA^

*Direttore Medico di Presidio DMP Ospedale Umberto I, **Infermiere DMP Ospedale Umberto I, ***Biologo Patologia clinica Ospedale Umberto I, Asp Enna
 --- Direttore Medico di Presidio, DMP Ospedale San Vincenzo di Taormina, ASP di Messina

RISULTATI DI UNA SPERIMENTAZIONE: SISTEMA "NoP"

CHI E PERCHE'

Iniziativa delle DD.MM.PP. degli Ospedali di Enna e di Taormina, nell'ambito delle strategie per contrastare il rischio infettivo, con riguardo al miglioramento della sanificazione di aree ospedaliere ove non sia previsto o risulti insufficiente il trattamento dell'aria



COSA

- Sperimentazione e valutazione empirica, all'interno di due distinti reparti degli Ospedali di Enna (degenza Oncologia) di Taormina (degenza Ematologia), in ordine alla alla funzionalità e all'efficacia del Sistema → **NoP**

COME

- Sistema** sviluppato per la sanificazione di ambienti ospedalieri attraverso un Sistema (dispositivo medico di classe I) di dimensioni ridotte e di agevole installazione (mobile o a parete). E' indicato contro: **polveri, polline, microrganismi presenti nell'aria**

Meccanismo d'azione:

- L'aria viene convogliata nella camera di sterilizzazione, filtrata e poi trattata con **luce ultravioletta** e restituita all'ambiente sanificata, con ricircolo dell'aria mediante ventilazione forzata (portata da 100 m³/h). La schermatura totale dalle radiazioni ultraviolette ne permette l'**utilizzo in presenza di persone**.

COME E' ANDATA...

- Risultati sovrapponibili** (in entrambi i casi abbattimento della carica microbica dei germi Gram+ e inibizione della crescita dei Gram-)

- Validità ed efficacia** della sperimentazione con il Sistema "NoP", in aggiunta alle normali pratiche di sanificazione

- Strategia alternativa "economica"** contro il rischio infettivo in ospedale

		Ospedale di ENNA																
		Data		UVC	UVC	Tempo	Carica				Gram +				Gram -			
		1	2	1	2	1	UFC/24	UFC/48	UFC/72									
1	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
2	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
3	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
4	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
5	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
6	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
7	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
8	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
9	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
10	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0

		Ospedale di TAORMINA																
		Data		UVC	UVC	Tempo	Carica				Gram +				Gram -			
		1	2	1	2	1	UFC/24	UFC/48	UFC/72									
1	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
2	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
3	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
4	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
5	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
6	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
7	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
8	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
9	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0
10	01/02/2013	10:00	11:00	SI	10 min	10 min	100	200	300	10	20	30	0	0	0	0	0	0

UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA ASP (GLOSAIR 400) PRESSO LA TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA DELL'IRCCS POLICLINICO SAN DONATO (PSD)

F. Castaldo¹, M.T. Cuppone¹, V. Villa¹, F. Ramondetti¹, E. Costa², M. Tejada², P. Gaia², A. Moroni², L. Carpinelli¹

¹ Medici, Direzione Sanitaria, PSD; ² Biologi, SMeL, PSD

Parole chiave: rischio infettivo, decontaminazione ambientale, igiene ospedaliera

Introduzione. La decontaminazione terminale degli ambienti di degenza mediante le tecnologie che sfruttano le proprietà del perossido di idrogeno e dei sali di argento è sempre più usata negli ospedali per ridurre la carica microbiologica totale. Non esistono molti dati sulla utilizzazione di queste tecnologie nelle terapie intensive, anche per le caratteristiche logistiche ed organizzative di questi ambienti, che raramente riescono ad essere completamente privi di pazienti. Proprio in queste strutture, caratterizzate dalla emergenza, è invece più difficile garantire la completa aderenza alle procedure di igiene delle mani in corrispondenza dell'ambiente circostante il paziente.

Materiali e metodi. La UO Terapia Intensiva Postoperatoria (TIPO) del PSD è caratterizzata dalla presenza di due stanze a tre letti, due stanze a cinque letti, una stanza a sette letti e tre isolamenti (stanze singole), per un totale di 26 posti letto. Una delle stanze a cinque letti e la stanza a sette letti hanno un volume superiore a 200 mc, limite oltre il quale una singola apparecchiatura (Glosair 400, Johnson & Johnson) non è garantita efficace. Pertanto la tecnologia è stata provata sulle stanze di volume minore. È stato deciso di misurare la carica totale di batteri e miceti e di identificare eventuali patogeni su cinque superfici dell'ambiente circostante il paziente (spondina del posto letto, pompa di infusione, monitor multifunzione, ventilatore, cassetto del pensile). Ipotizzando un abbattimento medio di 14 Unità Formanti Colonie (UFC) con un errore α di 0,05, è stata calcolata la dimensione del campione di 20. Sono state quindi effettuati 20 prelievi per ognuna delle cinque superfici suddette in corrispondenza di 13 posti letto in cinque giornate su quattro stanze nel mese di agosto 2013. Tra un prelievo ed il successivo nelle ripetizioni (su sette letti) sono stati fatti passare almeno sette giorni. I prelievi sono stati effettuati dopo il normale trattamento di sanificazione della stanza di degenza (pre-) e dopo l'utilizzo di Glosair 400 (post-). Ogni superficie è stata prelevata mediante tamponi in corrispondenza di tre diverse superfici di 25cmq: una per la conta della carica batterica totale (piastra TSA, letta a 48 ore), una per la conta delle colonie di miceti (piastra Sabouraud, letta a cinque giorni), una per l'identificazione dei patogeni (piastra CPS, letta a 48 ore). Il prelievo è stato ripetuto con le stesse modalità sia in tempo pre- che in tempo post-. Il metodo statistico utilizzato per testare l'ipotesi nulla "nessuna efficacia della tecnologia" è stato il test t di Student per dati appaiati.

Risultati. La carica batterica media riscontrata sulle cinque superfici al tempo pre- (esprese in UFC; spondina del posto letto:6,55; pompa di infusione:12,05; monitor multifunzione:12,00; ventilatore:25,35; cassetto del pensile:11,35) è stata abbattuta dalla tecnologia Glosair 400. Non sono stati isolati patogeni (tempi pre- e post-). Le scarse colonie fungine di contaminanti ambientali sono state totalmente abbattute dalla tecnologia Glosair 400. La decontaminazione terminale degli ambienti di Terapia Intensiva Postoperatoria mediante la tecnologia ASP (Glosair 400) si è dimostrata efficace, ottenendo un abbattimento medio della carica batterica totale sulle superfici dell'ambiente circostante il paziente pari all'88%, riduzione statisticamente significativa.

UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA ASP (GLOSAIR 400) PRESSO LA TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA DELL'IRCCS POLICLINICO SAN DONATO

FABIO CASTALDO*, MARIA TERESA CUPPONE*, VALENTINA VILLA*, FRANCESCA RAMONDETTI*, ELENA COSTA*, MILVANA TEJADA*, PAOLA GAIA*, ALESSANDRA MORONI*, LUCA CARPINELLI*.

*MEDICI, DIREZIONE SANITARIA; *BIOLOGI, SMeL; IRCCS POLICLINICO SAN DONATO, SAN DONATO MILANESE (MI)

1. BACKGROUND

La decontaminazione terminale degli ambienti di degenza mediante le tecnologie che sfruttano le proprietà del perossido di idrogeno e dei sali di argento è sempre più usata negli ospedali per ridurre la carica microbiologica totale. Non esistono molti dati sulla utilizzazione di queste tecnologie nelle terapie intensive, anche per le caratteristiche logistiche ed organizzative di questi ambienti, che raramente riescono ad essere completamente privi di pazienti. Proprio in queste strutture, caratterizzate dalla emergenza, è invece più difficile garantire la completa aderenza alle procedure di igiene delle mani in corrispondenza dell'ambiente circostante il paziente.

2. MATERIALI E METODI

La UO Terapia Intensiva Postoperatoria (TIPO) dell'IRCCS Policlinico San Donato è caratterizzata dalla presenza di due stanze a tre letti, due stanze a cinque letti, una stanza a sette letti e tre isolamenti (stanze singole), per un totale di 26 posti letto. Una delle stanze a cinque letti e la stanza a sette letti hanno un volume superiore a 200 mc, limite oltre il quale una singola apparecchiatura (Glosair 400, Johnson & Johnson) non è garantita efficace. Pertanto la tecnologia è stata provata sulle stanze di volume minore. È stato deciso di misurare la carica totale di batteri e miceti e di identificare eventuali patogeni su cinque superfici dell'ambiente circostante il paziente (spondina del posto letto, pompa di infusione, monitor multifunzione, ventilatore, cassetto del pensile). Ipotizzando un abbattimento di 14 Unità Formanti Colonie (UFC) con un errore α di 0,05, è stata calcolata la dimensione del campione di 20. Sono state quindi effettuati 20 prelievi per ognuna delle cinque superfici suddette in corrispondenza di 13 posti letto in cinque giornate su quattro stanze nel mese di agosto 2013. Tra un prelievo ed il successivo nelle ripetizioni (su sette letti) sono stati fatti passare almeno sette giorni. I prelievi sono stati effettuati dopo il normale trattamento di sanificazione della stanza di degenza (pre-) e dopo l'utilizzo di Glosair 400 (post-). Ogni superficie è stata prelevata mediante tamponi in corrispondenza di tre diverse superfici di 25cmq: una per la conta della carica batterica totale (piastra TSA, letta a 48 ore), una per la conta delle colonie di miceti (piastra Sabouraud, letta a cinque giorni), una per l'identificazione dei patogeni (piastra CPS, letta a 48 ore). Il prelievo è stato ripetuto con le stesse modalità sia in tempo pre- che in tempo post-. Il metodo statistico utilizzato per testare l'ipotesi nulla "nessuna efficacia della tecnologia" è stato il test t di Student per dati appaiati.

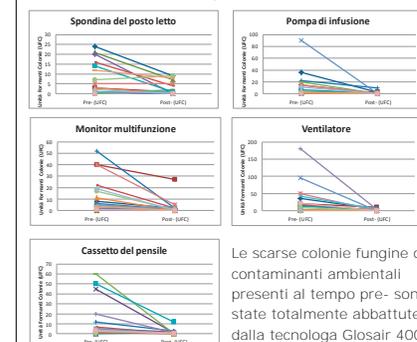
3. RISULTATI

La carica batterica media riscontrata sulle cinque superfici al tempo pre- è stata abbattuta dalla tecnologia Glosair 400.

La tabella seguente riporta i dati di carica batterica media (espressa in UFC) al tempo pre-, di media e deviazione standard dell'abbattimento ottenuto (differenza pre-post espressa in UFC), ed i risultati del test t di Student per dati appaiati.

Superficie:	Carica batterica	Abbattimento	test di Student per	
	media, UFC	media, UFC	dev.st., UFC	p-value
spondina del posto letto	6,55	4,20	6,59	2,850 0,010
pompa di infusione	12,05	11,20	20,64	2,426 0,025
monitor multifunzione	12,00	9,80	13,10	3,345 0,003
ventilatore	25,35	23,70	42,79	2,477 0,023
cassetto del pensile	11,35	10,20	17,01	2,682 0,015

Le figure che seguono rappresentano i 20 risultati singoli. Non sono stati isolati patogeni (tempi pre- e post-).



Le scarse colonie fungine di contaminanti ambientali presenti al tempo pre- sono state totalmente abbattute dalla tecnologia Glosair 400.

4. CONCLUSIONI

La decontaminazione terminale degli ambienti di Terapia Intensiva Postoperatoria mediante la tecnologia ASP (Glosair 400) si è dimostrata efficace, ottenendo un abbattimento medio della carica batterica totale sulle superfici dell'ambiente circostante il paziente pari all'88%, riduzione statisticamente significativa.



STRATEGIE DI GESTIONE DEL RISCHIO IDRICO NEGLI OSPEDALI VITTORIO EMANUELE E FERRAROTTO DI CATANIA: IL WATER SAFETY PLAN PER LA SORVEGLIANZA E IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI.

M.A. Coniglio¹, A.R. Mattaliano², R. Cunsolo³, S. Frasciana⁴, S. Galeano⁴

¹ Direttore del Laboratorio di riferimento regionale per la sorveglianza ambientale, clinica e controllo della legionellosi, Università degli Studi di Catania; ² Direttore medico di Presidio PP.OO. V. Emanuele-Ferrarotto;

³ Dirigente medico di Presidio PP.OO. V. Emanuele-Ferrarotto; ⁴ Infermiere DMP PP.OO. V. Emanuele-Ferrarotto.

Direttore Generale ff: dr Antonio Lazzara – AOU “Policlinico Vittorio Emanuele” di Catania

Parole chiave: Legionella, Water Safety Plan, gestione del rischio idrico

Introduzione. La comprensione dei fattori che condizionano la sopravvivenza e la crescita di *Legionella* in ambiente ospedaliero è strettamente correlata con la gestione del rischio di colonizzazione dei sistemi idrici e aerulici della struttura da parte del microrganismo. L'approccio più adeguato alla corretta gestione del rischio parte dal principio secondo il quale la sorgente di infezione non può essere eradicata, stante il fatto che il precitato batterio è ubiquitario, ma il rischio di colonizzazione degli impianti può essere notevolmente ridotto. La gestione del rischio di legionellosi in ambito nosocomiale può trovare un valido campo di applicazione attraverso uno specifico *Water Safety Plan* (WSP) o Piano della Sicurezza Idrica, finalizzato a contenere il rischio di colonizzazione e di diffusione nell'impianto da parte di *Legionella*.

Materiali e metodi. La collaborazione ultradecennale, avviata tra la DMP dei PP.OO. Vittorio Emanuele ed il Laboratorio universitario di riferimento regionale per la legionellosi, ha comportato un valido know-how attraverso l'adozione di misure e strategie per prevenire e controllare il rischio idrico, specie nei reparti di alta specialità. Infatti, la periodicità (almeno annuale e/o bimestrale) dei controlli microbiologici (compresa soprattutto la ricerca delle *Legionella*) e di idoneità di potabilità delle acque erogate nei PP.OO., l'esecuzione di misure ad hoc (per es. iperclorazione o shock termico in caso di rilievo di risultati difformi da quelli previsti) rappresenta ormai una pratica consolidata. Inoltre, in tutte le UU.OO. di elevato impegno assistenziale sono installati sistemi di decontaminazione vs *Legionella* con il biossido di cloro. Da questa esperienza maturata, è emersa l'esigenza di applicare il WSP, finalizzato ad un'adeguata *valutazione degli impianti* (idrico e aerulico) attraverso la individuazione di un *team* di esperti per una corretta descrizione e valutazione degli impianti stessi, con il fine ultimo di stabilire i siti a maggiore rischio di colonizzazione dell'intera struttura. Il piano comporterà una successiva fase di *monitoraggio*, avente l'obiettivo di identificare le misure di controllo più idonee per la struttura in esame e di monitorare le stesse al fine di validare il WSP che si intende adottare. Infine, parte integrante dell'intero WSP è la fase di *management e comunicazione*, finalizzata a sviluppare programmi di supporto all'intero Piano della Sicurezza Idrica con l'obiettivo di individuare le procedure più adeguate per una idonea gestione del rischio.

Conclusioni. La corretta sorveglianza del rischio di legionellosi in ambito nosocomiale, già peraltro avviata nei PP.OO. suddetti, prevede quindi un articolato processo di pianificazione, implementazione e valutazione delle attività che vengono svolte per contenere il rischio di colonizzazione degli impianti. Ciò nella consapevolezza, sostenuta da evidenze scientifiche, che l'adozione di un ampio e completo WSP possa consentire di prevedere e di attivare le procedure di controllo del rischio di *Legionella* più idonee nei PP.OO. Vittorio Emanuele-Ferrarotto.



Azienda Ospedaliera Universitaria
“Policlinico - Vittorio Emanuele”
Catania
Direttore Generale f.f.: Dr. Antonio Lazzara



Strategie di gestione del rischio idrico negli Ospedali Vittorio Emanuele e Ferrarotto di Catania: il Water Safety Plan per la sorveglianza e il controllo della legionellosi

R.Cunsolo*, M.A. Coniglio[^], A.R. Mattaliano^{**}, S. Frasciana^{***}, S.Galeano^{***}, G. Parisi^{***}

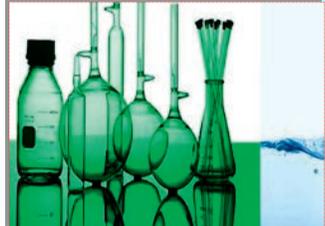
*Dirigente medico di Presidio PP.OO. V. Emanuele-Ferrarotto - **Direttore del Laboratorio di riferimento regionale per la sorveglianza ambientale, clinica e controllo della legionellosi, Università degli Studi Catania - ***Direttore medico di Presidio PP.OO. V. Emanuele-Ferrarotto - ****Personale Infermieristico DMP PP.OO. V. Emanuele-Ferrarotto



- Impianti idrici (docce, rubinetti e simili)
- Apparecchiature per la terapia respiratoria assistita
- Impianti di climatizzazione dell'aria
- Piscine e fontane decorative
- Sistemi di IDROMASSAGGIO

1. VALUTAZIONE DELL'IMPATTO

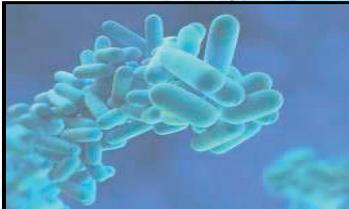
- Individuare un team di esperti
- Descrivere l'impianto
- Stabilire e dare una priorità ai rischi
- Valutare l'impianto per:
 - ✓ comprendere come le legionelle possono essere trasmesse
 - ✓ identificare i punti nei quali effettuare il controllo e quelli nei quali bisogna rafforzare e migliorare le misure di controllo



2. MONITORAGGIO

- ✓ Eliminare il microrganismo
- ✓ Controllare il livello dei nutrienti
- ✓ Prevenire basso flusso e stagnazione
- ✓ Controllare le temperature
- ✓ Controllare la presenza di protozoi
- ✓ Evitare la formazione di biofilm
- ✓ Confrontare le metodiche di bonifica





3. MANAGEMENT E COMUNICAZIONE

- Sviluppare programmi di supporto
- Preparare procedure per la gestione del rischio
- Definire le responsabilità
- Stabilire la documentazione e le procedure di comunicazione



4. SORVEGLIANZA E PREVENZIONE

Sorvegliare il rischio di legionellosi in ambito nosocomiale



Prevenire Anche con l'uso di sistemi di decontaminazione vs Legionella con il biossido di cloro

STUDIO DI PREVALENZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA PRESSO UN ISTITUTO CLINICO RIABILITATIVO

R. Corsi¹, G.B. Orsi², A.M. Sordilli³, E. Soldano⁴, A. Salaris⁵, V. Di Bari⁶

¹ Direttore Sanitario - Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM)

² Professore Associato - Sapienza, Università di Roma - Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

³ Dirigente Area Infermieristica - Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM)

⁴ Coordinatrice Infermieristica - Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM)

⁵ Infermiere - Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM)

⁶ Medico Infettivologo - Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM)

Parole chiave: infezioni correlate all'assistenza

Introduzione. Il fenomeno delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresenta una priorità di sanità pubblica. L'obiettivo dello studio è stato quello di avviare una sorveglianza delle ICA in un istituto clinico riabilitativo di 483 posti letto, al fine di monitorarne l'endemia, identificare eventuali criticità, implementare interventi di correzione e sviluppare un corretto trattamento antibiotico, valutare le risorse infermieristiche necessarie per svolgere l'attività di sorveglianza.

Contenuti. Lo studio di prevalenza ha incluso tutti i pazienti ricoverati per una durata > 48 ore tra il 30/05/2013 ed il 28/06/2013.

Sono state considerate le ICA secondo i criteri proposti dai CDC.

Inoltre sono stati valutati eventuali fattori di rischio preesistenti (età, sesso, patologie di base), procedure invasive (intubazione tracheale, cateterismo vascolare ed urinario), isolamento dei microrganismi e loro suscettibilità agli antibiotici.

La sorveglianza prevedeva due fasi: 1) attivazione da parte dei referenti di reparto di segnalazioni "sentinella" di possibili ICA; 2) valutazione e conferma di tali segnalazioni "sentinella" da parte di un team infermieristico di rilevatori.

Lo studio ha arruolato complessivamente 399 pazienti (187 uomini e 212 donne), di cui 225 in regime residenziale e 174 in regime di ricovero ospedaliero.

In totale sono state attivate 75 (18,8%) schede "sentinella", di cui successivamente i rilevatori hanno confermato ICA in 30 (7,5%) pazienti (15 uomini e 15 donne).

La prevalenza di pazienti con ICA è stata maggiore nei reparti ospedalieri: lungodegenza medica post-acuzie (16,7%), riabilitazione cardio-respiratoria (16,1%), riabilitazione polifunzionale (16,0%), medicina per acuti (15,0%), riabilitazione di mantenimento (5,7%), RSA (2,1%).

I 32 episodi di ICA erano rappresentati da: 14 infezioni delle vie urinarie, 5 infezioni da decubito, 4 gastroenteriti, 4 infezioni delle basse vie respiratorie, 2 infezioni del sito chirurgico, 2 flebiti ed 1 polmonite. Nel sistema di sorveglianza adottato il valore predittivo + delle schede "sentinella" è stato del 40% (30/75). Inoltre dalla valutazione delle 45 schede sentinella, in cui non era stato confermato l'evento infettivo, è emerso come in 8 (10,7%) pazienti tale giudizio fosse dipeso dalla mancata richiesta di esami diagnostici che potessero consentire di definire l'eventuale caso d'infezione: in 7 casi mancata richiesta di urinocoltura ed in 1 caso non esecuzione del tampone colturale.

Escludendo i pazienti assistiti in regime residenziale, la degenza media nei soggetti con ICA (41 giorni) è stata maggiore di quella comunemente osservata nei pazienti ricoverati (29 giorni).

Inoltre è stato valutato il tempo di lavoro svolto dall'infermiere esperto.

Questo è stato suddiviso nella fase di studio e preparazione (17,5 ore/100 letti) ed in quello di attuazione della sorveglianza (7,3 ore/100 letti).

Conclusioni. I risultati hanno evidenziato una prevalenza delle ICA in linea con quella di strutture simili ed hanno consentito anche di porre in luce ambiti di miglioramento nel processo assistenziale.

Il sistema di sorveglianza adottato per il controllo delle ICA, segnalazioni "sentinella" e valutazione dell'infermiere esperto, si è dimostrato efficace, utile ed attuabile anche con risorse limitate.

STUDIO DI PREVALENZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA PRESSO UN ISTITUTO CLINICO RIABILITATIVO

Corsi R.¹; Orsi G.B.²; Sordilli A.M.³; Soldano E.⁴; Salaris A.⁵; Di Bari V.⁶

INTRODUZIONE

Il fenomeno delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresenta una priorità di sanità pubblica.

Obiettivo è stato quello di avviare una sorveglianza delle ICA in un istituto clinico riabilitativo di 483 posti letto, al fine di monitorarne l'endemia, identificare eventuali criticità, implementare interventi di correzione e sviluppare un corretto trattamento antibiotico, valutare le risorse infermieristiche necessarie per svolgere l'attività di sorveglianza.

CONTENUTI

Lo studio di prevalenza ha incluso tutti i pazienti ricoverati per una durata > 48 ore tra il 30/05/2013 ed il 28/06/2013.

Sono state considerate le ICA secondo i criteri proposti dai CDC.

Inoltre sono stati valutati eventuali fattori di rischio preesistenti (età, sesso, patologie di base), procedure invasive (intubazione tracheale, cateterismo vascolare ed urinario), isolamento dei microrganismi e loro suscettibilità agli antibiotici.

La sorveglianza prevedeva due fasi: 1) attivazione da parte dei referenti di reparto di segnalazioni "sentinella" di possibili ICA; 2) valutazione e conferma di tali segnalazioni "sentinella" da parte di un team infermieristico di rilevatori.

Lo studio ha arruolato complessivamente 399 pazienti (187 uomini e 212 donne), di cui 225 in regime residenziale e 174 in regime di ricovero ospedaliero.

In totale sono state attivate 75 (18,8%) schede "sentinella", di cui successivamente i rilevatori hanno confermato ICA in 30 (7,5%) pazienti (15 uomini e 15 donne).

La prevalenza di pazienti con ICA è stata maggiore nei reparti ospedalieri: lungodegenza medica post-acuzie (16,7%), riabilitazione cardio-respiratoria (16,1%), riabilitazione polifunzionale (16,0%), medicina per acuti (15,0%), riabilitazione di mantenimento (5,7%), RSA (2,1%).

I 32 episodi di ICA erano rappresentati da: 14 infezioni delle vie urinarie, 5 infezioni da decubito, 4 gastroenteriti, 4 infezioni delle basse vie respiratorie, 2 infezioni del sito chirurgico, 2 flebiti ed 1 polmonite.

Nel sistema di sorveglianza adottato il valore predittivo + delle schede "sentinella" è stato del 40% (30/75).

Inoltre dalla valutazione delle 45 schede sentinella, in cui non era stato confermato l'evento infettivo, è emerso come in 8 (10,7%) pazienti tale giudizio fosse dipeso dalla mancata richiesta di esami diagnostici che potessero consentire di definire l'eventuale caso d'infezione: in 7 casi mancata richiesta di urinocoltura ed in 1 caso non esecuzione del tampone colturale.

Escludendo i pazienti assistiti in regime residenziale, la degenza media nei soggetti con ICA (41 giorni) è stata maggiore di quella comunemente osservata nei pazienti ricoverati (29 giorni).

Inoltre è stato valutato il tempo di lavoro svolto dall'infermiere esperto.

Questo è stato suddiviso nella fase di studio e preparazione (17,5 ore/100 letti) ed in quello di attuazione della sorveglianza (7,3 ore/100 letti).

CONCLUSIONI

I risultati hanno evidenziato una prevalenza delle ICA in linea con quella di strutture simili ed hanno consentito anche di porre in luce alcune criticità nel processo assistenziale.

Il sistema di sorveglianza adottato per il controllo delle ICA, segnalazioni "sentinella" e valutazione dell'infermiere esperto, si è dimostrato efficace, utile ed attuabile anche con risorse limitate.

Infine è stato possibile quantificare le risorse umane necessarie.

¹ Direttore Sanitario, Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM) - ² Professore Associato, Sapienza, Università di Roma - Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive - ³ Dirigente Area Infermieristica, Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM) - ⁴ Coordinatrice Infermieristica, Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM) - ⁵ Infermiere, Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM) - ⁶ Medico Infettivologo, Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM)

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI FILTRI TERMINALI PER LA RETE IDRICA SBS-WF

Sonia De Lorenzi MSc, Germano Salvatorelli MD PhD

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

Parole chiave: filtri terminali

Introduzione. L'installazione di filtri antibatterici in punti di utilizzo della rete idrica degli ospedali, presenta numerosi vantaggi nel prevenire possibili cause di infezioni ospedaliere: può essere limitata a reparti ad alto rischio e, installazione e manutenzione, sono semplici e non costosi.

Scopo della ricerca è stato:

- Valutare settimanalmente, la capacità dei due filtri modello uscita diretta per rubinetti SBS-WF a normali condizioni di utilizzo, di trattenere sospensioni batteriche di *Brevundimonas diminuta* ATCC 19146 e spore di *Bacillus clausii* (Sanofi-Synthelabo OTC S.p.a.).
- Valutare la carica di *Legionella pneumophila* e la carica batterica totale in acque di efflusso di punti rete ospedalieri dopo passaggio attraverso filtri SBS-WF.

Contenuti. Un contenitore, provvisto di rubinetto di efflusso contenente una sospensione di microrganismi $> 1 \times 10^6$ UFC/L, è posto ad un'altezza di 1,5 m rispetto al piano di lavoro e collegato a filtri SBS-WF mediante un tubo in teflon cui era interposto un raccordo a due vie per far defluire la sospensione. Dai filtri testati veniva prelevata un'aliquota da 100 ml della sospensione pre-filtro e 5 aliquote da 100 ml di sospensione filtrata. Dall'aliquota pre-filtro 5 repliche da 1ml di sospensione, dopo diluizioni fino a 10^{-2} , venivano utilizzate per semine di massa in opportuni mezzi agarizzati. Le 5 aliquote post-filtro erano filtrate attraverso filtri a membrana sterili con pori di 0,20 μ m e deposte sulla superficie di capsule Petri contenenti Trypton Soy Agar mantenute successivamente per 48 ore a $30 \pm 1^\circ\text{C}$ nel caso di *Brevundimonas diminuta* e per 24-48 ore a $36 \pm 1^\circ\text{C}$ nel caso di *Bacillus clausii*. Venivano quindi contate le colonie.

Nelle prime 5 settimane di utilizzo, la sospensione batterica dopo filtrazione è sempre risultata sterile. Dopo la quinta settimana per *Brevundimonas diminuta* e dopo la sesta settimana per le spore di *Bacillus clausii*, i filtri hanno ridotto l'efficacia nel trattenere la carica microbica.

Con frequenza quindicinale sono stati prelevati da 3 punti rete ospedalieri 6 litri di acqua per la verifica della presenza di *Legionella* e per la conta della carica batterica totale a 22° e 36°C pre e post-filtro.

I campioni d'acqua sono stati filtrati attraverso filtri a membrana serili con pori di 0,20 μ , posti su adeguato mezzo colturale agarizzato e incubati per 24-48 ore a $36 \pm 1^\circ\text{C}$ per la conta della carica batterica totale a 36°C e 4-5 giorni a 22°C per la conta della carica batterica totale a 22°C .

I campioni pre e post-filtro per la ricerca di *Legionella* sono stati analizzati come indicato dalla G.U. N° 103 del 05/05/2000, Allegati 2 e 3.

La ricerca di *Legionella pneumophila* nei campioni pre-filtro ha evidenziato che, in 2 casi su 15 (secondo la G.U. N° 28 del 04/02/2005) la contaminazione è stata tale da prevedere la revisione delle misure preventive e di controllo della contaminazione e la valutazione del rischio (UFC/L > 1000 e ≤ 10.000). In 9 casi su 15 era prevista la messa in atto immediata di sistemi di bonifica e successiva verifica dei risultati immediatamente dopo bonifica e periodicamente, per verificare l'efficacia dei sistemi adottati (UFC/L ≥ 10.000). Nei campioni post-filtro, fino a 60 giorni di utilizzo, la carica di *Legionella* è risultata sempre < 50 UFC/L. In 3 casi su 15 per la carica totale a 22°C e in 8 casi su 15 a 37°C nei campioni pre-filtro, la conta delle colonie è risultata superiore ai limiti del DLgs. 31 del 2001 (100 UFC/ml a 22°C e 20 UFC/ml a 37°C).

La conta delle colonie post-filtro, non ha mai dato crescita a 22°C , mentre al tempo T_{15} a 37°C si è avuto sviluppo di colonie da ricondursi a possibile contaminazione ambientale o a procedure di campionamento.

Conclusioni. I filtri SBS-WF testati hanno operato una riduzione della carica batterica iniziale pari a 5 log nelle condizioni sperimentali esaminate per una durata di 5 settimane. I risultati dimostrano altresì l'efficacia dei filtri SBS-WF nel trattenere *Legionella pneumophila* e alte cariche microbiche presenti nella rete idrica fino a 60 giorni di utilizzo, ben oltre l'indicazione di utilizzo di un mese.

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI FILTRI TERMINALI PER LA RETE IDRICA SBS-WF

Sonia De Lorenzi MSc, Germano Salvatorelli MD PhD

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

PAROLE CHIAVE: Filtri terminali

INTRODUZIONE

L'installazione di filtri antibatterici in punti di utilizzo della rete idrica degli ospedali, presenta numerosi vantaggi nel prevenire possibili cause di infezioni ospedaliere: può essere limitata a reparti ad alto rischio e, installazione e manutenzione, sono semplici e non costosi.

Scopo della ricerca è stato:

- Valutare settimanalmente, la capacità dei due filtri modello uscita diretta per rubinetti SBS-WF a normali condizioni di utilizzo, di trattenere sospensioni batteriche di *Brevundimonas diminuta* ATCC 19146 e spore di *Bacillus clausii* (Sanofi-Synthelabo OTC S.p.a.).
- Valutare la carica di *Legionella pneumophila* e la carica batterica totale in acque di efflusso di punti rete ospedalieri dopo passaggio attraverso filtri SBS-WF.

CONTENUTI

1. Un contenitore, provvisto di rubinetto di efflusso contenente una sospensione di microrganismi $> 1 \times 10^6$ UFC/L, è posto ad un'altezza di 1,5 m rispetto al piano di lavoro e collegato a filtri SBS-WF mediante un tubo in teflon cui era interposto un raccordo a due vie per far defluire la sospensione (fig. 1). Dai filtri testati veniva prelevata un'aliquota da 100 ml della sospensione pre-filtro e 5 aliquote da 100 ml di sospensione filtrata. Dall'aliquota pre-filtro 5 repliche da 1ml di sospensione, dopo diluizioni fino a 10^{-2} , venivano utilizzate per semine di massa in opportuni mezzi agarizzati. Le 5 aliquote post-filtro erano filtrate attraverso filtri a membrana sterili con pori di 0,20 μ m e deposte sulla superficie di capsule Petri contenenti Trypton Soy Agar mantenute successivamente per 48 ore a $30 \pm 1^\circ\text{C}$ nel caso di *Brevundimonas diminuta* e per 24-48 ore a $36 \pm 1^\circ\text{C}$ nel caso di *Bacillus clausii*. Venivano quindi contate le colonie.

Nelle prime 5 settimane di utilizzo, la sospensione batterica dopo filtrazione è sempre risultata sterile. Dopo la quinta settimana per *Brevundimonas diminuta* e dopo la sesta settimana per le spore di *Bacillus clausii*, i filtri hanno ridotto l'efficacia nel trattenere la carica microbica.

2. Con frequenza quindicinale sono stati prelevati da 3 punti rete ospedalieri 6 litri di acqua per la verifica della presenza di *Legionella* e per la conta della carica batterica totale a 22° e 36°C pre e post-filtro.

I campioni d'acqua sono stati filtrati attraverso filtri a membrana serili con pori di 0,20 μ , posti su adeguato mezzo colturale agarizzato e incubati per 24-48 ore a $36 \pm 1^\circ\text{C}$ per la conta della carica batterica totale a 36°C e 4-5 giorni a 22°C per la conta della carica batterica totale a 22°C .

I campioni pre e post-filtro per la ricerca di *Legionella* sono stati analizzati come indicato dalla G.U. N° 103 del 05/05/2000, Allegati 2 e 3.

La ricerca di *Legionella pneumophila* (Tab. 1) nei campioni pre-filtro ha evidenziato che, in 2 casi su 15 (secondo la G.U. N° 28 del 04/02/2005) la contaminazione è stata tale da prevedere la revisione delle misure preventive e di controllo della contaminazione e la valutazione del rischio (UFC/L > 1000 e ≤ 10.000). In 9 casi su 15 era prevista la messa in atto immediata di sistemi di bonifica e successiva verifica dei risultati immediatamente dopo bonifica e periodicamente, per verificare l'efficacia dei sistemi adottati (UFC/L ≥ 10.000). Nei campioni post-filtro, fino a 60 giorni di utilizzo, la carica di *Legionella* è risultata sempre < 50 UFC/L.

In 3 casi su 15 per la carica totale a 22°C e in 8 casi su 15 a 37°C nei campioni pre-filtro, la conta delle colonie è risultata superiore ai limiti del DLgs. 31 del 2001 (100 UFC/ml a 22°C e 20 UFC/ml a 37°C).

La conta delle colonie post-filtro, non ha mai dato crescita a 22°C , mentre al tempo T_{15} a 37°C si è avuto sviluppo di colonie da ricondursi a possibile contaminazione ambientale o a procedure di campionamento.

CONCLUSIONI

I filtri SBS-WF testati hanno operato una riduzione della carica batterica iniziale pari a 5 log nelle condizioni sperimentali esaminate per una durata di 5 settimane. I risultati dimostrano altresì l'efficacia dei filtri SBS-WF nel trattenere *Legionella pneumophila* e alte cariche microbiche presenti nella rete idrica fino a 60 giorni di utilizzo, ben oltre l'indicazione di utilizzo di un mese.

Tipologia di utilizzo	PUNTI	PRE-FILTRO (UFC/litro)	POST-FILTRO (UFC/litro)
T_0	1	2.200	<50
	2	19.850	<50
	3	4.900	<50
T_{15}	1	100	<50
	2	150	<50
	3	100	<50
T_{30}	1	41.000	<50
	2	44.250	<50
	3	43.250	<50
T_{45}	1	104.750	<50
	2	65.750	<50
	3	92.250	<50
T_{60}	1	375	<50
	2	49.500	<50
	3	110.250	<50

Tab. 1: Numero di UFC di *Legionella pneumophila* sviluppate in 1litro di acqua pre-filtro e in un litro della stessa acqua post-filtro prelevati da 3 punti di rete idrica ospedaliera.

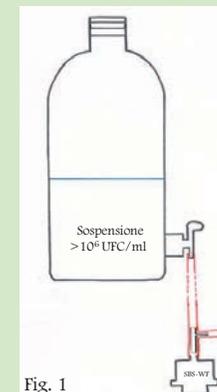


Fig. 1

LA FORMAZIONE SUL CAMPO UN METODO PER MIGLIORARE LE CONOSCENZE E L'UTILIZZO DEI PRESIDI DI SICUREZZA

M. Desperati¹, A. Barbierato², M. Bergaglia³, D. D'Alessandro², S. Fraccarollo², C. Penna*, F. Piccio²

¹Dir. Med. Presidi; ²Coordinatori e Personale Infermieristico Dip. Cardiotoracovascolare (DCT);

³Assistente Sanitaria Azienda Ospedaliera "Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria

Parole chiave: formazione sul campo, rischio infettivo

Introduzione. Si illustra una metodo di formazione sul campo con l'obiettivo di dotare i partecipanti di competenze utili per il corretto uso di dispositivi di sicurezza e promuovere una cultura di apprendimento dall'errore su tematiche del rischio clinico. Specifiche del corso erano: chiarezza dell'obiettivo espresso e concordato e rapporto discendente docente procedendo in un modo cooperativo/circolare.

Materiali e metodi. Il corso prevedeva per ciascun operatore 20 ore di formazione durante il turno di lavoro, suddivise in momenti di colloquio tutor/formando per concordare il mandato individuale di ricerca sul rischio clinico e sulla sicurezza, per valutare in itinere il raggiungimento degli obiettivi concordati e un colloquio conclusivo. Ogni tutor seguiva tre operatori. La sperimentazione operativa ha avuto come esito la redazione di una istruzione operativa dipartimentale per il posizionamento e gestione del catetere venoso periferico di sicurezza e la produzione di materiale informativo sui diversi aspetti della gestione del rischio.

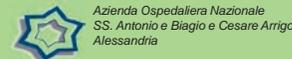
Risultati. La formazione sul campo come indicata nei materiali e metodi è stata erogata nel DCT su 107 operatori sanitari. Il DCT è stato identificato per la frequenza di infortuni da puntura e parallelamente confrontando il numero degli infortuni nei diversi anni in cui era stata eseguita una formazione tradizionale in aula. Si può rilevare che la modalità formativa ha permesso:

- utilizzo appropriato del presidio di sicurezza.
- riduzione degli incidenti percutanei (pari a 8 nel 2007 11% sul totale aziendale, 9 nel 2011 15% sul totale aziendale) mentre a partire dal ottobre 2012 e per tutta la durata del corso non si sono rilevati infortuni da puntura d'ago.
- azzeramento dell'impiego di aghi non di sicurezza
- aumento di consapevolezza e coinvolgimento degli operatori sulle tematiche della sicurezza e rischio.

AUDIT OSSERVAZIONI PIU' FREQUENTI	CITAZIONI
Importante ricercare più appropriatezza nei metodi e nelle tecniche	46
Dobbiamo gestire meglio la prevenzione delle infezioni (isolamento funzionale, lavaggio mani, percorsi appropriati)	41
Il metodo del corso è positivo e utile	38
È necessario cambiare i nostri comportamenti	33
Dobbiamo imparare a riflettere di più	22
Dobbiamo crescere nella mentalità di gestione del rischio: apprendere dall'errore, aiutarsi a non sbagliare, cercare strumenti utili, segnalare gli errori	19
Ora abbiamo più conoscenza della documentazione e delle linee guida	18
Gli aghi in sicurezza sono utili	18
La SUT: dubbi, utile per uniformare il lavoro ma...	14
Il confronto è un momento importante	13
La sicurezza: riguarda tutti, bisogna investire di più	12

Conclusioni. Si ipotizza che il tipo di formazione e la conseguente modalità di erogazione possano produrre risultati diversi in termini di efficacia e quindi aumentare la consapevolezza dell'operatore con una possibile riduzione degli infortuni e un appropriato utilizzo dei presidi di sicurezza.

Dipartimento Cardiotoracovascolare	Aghi sicurezza	Aghi sicurezza	Aghi sicurezza	Aghi non di sicurezza	Totale
Primi 5 mesi 2012	Tipo A = 1034	Tipo B = 111	Tipo C = 174	2221	3540
Primi 5 mesi 2013	Tipo A = 1862	Tipo B = 726	Tipo C = 0	0	2588



La formazione sul campo un metodo per migliorare le conoscenze e l'utilizzo dei Presidi di sicurezza

Desperati M¹, Barbierato A², Bergaglia M³, D'Alessandro D², Fraccarollo S², Penna C^{*}, Piccio F²

¹Dir. Med. Presidi ²Coordinatori e Personale Infermieristico Dip. Cardiotoracovascolare (DCT) ³Assistente Sanitaria Azienda Ospedaliera "Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" Alessandria.

Parole chiave: formazione sul campo, rischio infettivo

Introduzione
Il metodo di formazione sul campo utilizzato con gli operatori del Dipartimento Cardiotoracovascolare aveva come scopo quello di favorire l'insorgenza di competenze utili per il **corretto uso di dispositivi di sicurezza e promuovere una cultura di apprendimento dall'errore su tematiche del rischio clinico.**



Metodo
Si è utilizzata una metodica di formazione attiva, le cui basi si rinvergono nella "Formazione Sistemica" che prevede due movimenti:
1) chiarezza dell'obiettivo espresso e concordato
2) rapporto discendente docente procedendo in un modo cooperativo/circolare
Struttura e Strumenti
20 ore di formazione in orario di servizio : **incontro di informazione**
colloquio individuale
prova pratica con osservazione diretta
mandato di ricerca
valutazione formativa
valutazione finale degli elaborati e audit

Rapporto tutor formando 1:3

AUDIT FINALE "Cosa ti porti a casa al termine del corso"?	Numero citazioni
Importanza di ricercare più appropriatezza nei metodi e nelle tecniche	46
Dobbiamo gestire meglio la prevenzione delle infezioni (isolamento funzionale, lavaggio mani, percorsi appropriati)	41
Il metodo del corso, è positivo e utile	38
Importanza di cambiare i nostri comportamenti	33
Dobbiamo imparare a riflettere di più	22
Dobbiamo crescere nella mentalità di gestione del rischio: apprendere dall'errore, aiutarsi a non sbagliare, cercare strumenti utili, segnalare gli errori	19
Gli aghi in sicurezza sono utili	18
Ora abbiamo più conoscenza della documentazione e delle linee guida	18
La SUT: alcuni sono dubbiosi, per altri è utile per uniformare il lavoro, alcuni dicono che il medico non sigla, per altri non aiuta a semplificare il lavoro	14
Il confronto è un momento importante	13
La sicurezza: riguarda tutti, bisogna investire di più, aumenta con i nuovi presidi	12
Gli aghi in sicurezza non vanno bene	4
E' importante denunciare gli infortuni citazioni	3

Risultati
-107 operatori sanitari formati su 120
-utilizzo appropriato del presidio di sicurezza.
-riduzione degli incidenti percutanei :da ottobre 2012(inizio corso) e per tutta la sua durata (maggio 2013) non si sono rilevati infortuni da puntura d'ago.
-azzeramento dell'impiego di aghi non di sicurezza
-aumento di consapevolezza e coinvolgimento degli operatori sulle tematiche della sicurezza e rischi
-Redazione di una istruzione operativa dipartimentale per il posizionamento e gestione del catetere venoso periferico di sicurezza .
- Produzione di materiale informativo sui diversi aspetti della gestione del rischio.

Conclusioni
Confrontati con i risultati ottenuti in precedenza con la formazione tradizionale, si può ipotizzare che questa metodica possa produrre **risultati diversi in termini di efficacia poiché aumenta la consapevolezza dell'operatore. Questo favorisce la riduzione degli infortuni e un appropriato utilizzo dei presidi di sicurezza.**

Dipartimento Cardiotoracovascolare	AGHI SICUREZZA	AGHI SICUREZZA	AGHI SICUREZZA	AGHI NON-DI SICUREZZA	Totale
primi 5 mesi 2012	Tipo A	Tipo B	Tipo C		
Totale	1034	111	174	2221	3540
primi 5 mesi 2013	Tipo A	Tipo B	Tipo C		
Totale	1862	726	0	0	2588

LE CADUTE IN OSPEDALE: MONITORARE IL FENOMENO PER CONTENERLO

Antonio Di Caprio¹, Chiara Berti¹, Marco Tempesta², Manola Milan²,
Gabriella Scoccia², Teresa Bernardi²

¹Direzione Medica di Presidio, Azienda Ulss n. 3 Bassano del Grappa (VI)

²Unità Operativa Professioni Sanitarie, Azienda Ulss n. 3 Bassano del Grappa (VI)

Parole chiave: cadute, strategie preventive

Introduzione. Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e sono un indicatore della qualità assistenziale e sicurezza del paziente.

Nell'Azienda Ulss 3, prima dell'introduzione del progetto che si colloca all'interno della gestione del Rischio Clinico Aziendale, la denuncia delle cadute avveniva esclusivamente se l'episodio comportava esito per il paziente. Dal 2011 si è proceduto ad una rilevazione sistematica di tutte le cadute.

Per l'effettuazione della rilevazione sono state identificate le strutture di degenza ordinaria sia dell'Ospedale di Bassano del Grappa che di Asiago, ad esclusione del nido e pediatria. I dati elaborati sono stati raccolti nel periodo compreso tra il 1 Aprile ed il 31 Dicembre 2012.

Contenuti. 149 le schede raccolte nel periodo considerato (l'incidenza è pari al 1.38% dei ricoverati). Il 53% degli episodi si sono registrati nelle Strutture Complesse del Dipartimento Medico. Il 42% delle cadute si è verificato di notte. Il 70% dei pazienti caduti non erano considerati a rischio sulla base del risultato della scala di Conley all'ingresso. Solo 19 pazienti su 149 presentavano difficoltà visive e 39 su 149 alterazioni uditive; il 63% dei pazienti caduti non avevano alterazioni dello stato mentale al momento dell'episodio. Il numero di soggetti orientati è maggiore rispetto ai pazienti non orientati al momento della caduta. I dati di letteratura evidenziano, invece, una maggioranza di pazienti disorientati. Relativamente all'assunzione di farmaci vi è corrispondenza con i fattori di rischio individuati nelle "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" n° 13; infatti il 70,46% dei pazienti caduti assumono da 4 a più farmaci al giorno. Tuttavia solo in 4 casi su 149 gli infermieri che hanno rilevato gli episodi hanno indicato come probabile causa l'assunzione di particolari farmaci. 105 i pazienti caduti che assumono da 4 a più farmaci al giorno e per nessuno di questi gli infermieri ha indicato come probabile causa l'assunzione di farmaci.

Rispetto all'ambiente, il dato del 33% dei pazienti caduti scendendo dal letto potrebbe far pensare ad un problema legato, ad esempio, all'altezza dei letti. Rispetto alla modalità di caduta il 50% dei pazienti caduti scendendo dal letto si muovono con aiuto.

Per quanto riguarda il grado di mobilità l'aspetto interessante che si evidenzia è che la maggioranza dei soggetti caduti scendendo dal letto necessitano di aiuto per muoversi. Questo dato può essere utilizzato ai fini dell'elaborazione di strategie di miglioramento in quanto consente di individuare i pazienti maggiormente a rischio di caduta. Le cadute con esito sono state circa il 30% del totale, corrispondenti ad uno 0,4% dei pazienti ricoverati. Si osserva una riduzione delle cadute con esito nel 2012 (44) rispetto al 2011 (60). 4 pazienti hanno riportato una frattura.

Conclusioni. Sulla base dei dati raccolti, in linea con la Raccomandazione Ministeriale, si possono ipotizzare azioni di prevenzione delle cadute indirizzate su tre fronti: l'ambiente, i pazienti e gli operatori sanitari.

Per quanto riguarda l'ambiente, si potrebbe indagare il fattore legato all'altezza dei letti quale fattore di rischio per le cadute "scendendo dal letto". Dal momento che la maggior parte dei pazienti caduti hanno necessità di aiuto per deambulare e che la probabile causa più frequentemente indicata è rappresentata dalla mancata richiesta di aiuto, si potrebbe elaborare del materiale informativo ad hoc da esporre nelle stanze di degenza, che informi i pazienti che devono chiedere aiuto per spostarsi. Per quanto riguarda gli infermieri, invece, visto che è stata rilevata una ridotta consapevolezza di quelli che sono i fattori di rischio correlati alle cadute (per nessuno dei 105 soggetti caduti che assumevano da 4 a più farmaci al giorno è stata indicata come probabile causa l'assunzione di farmaci), si rende necessario rinforzare questa informazione affinché possano monitorare tali pazienti.

Le cadute in Ospedale: monitorare il fenomeno per contenerlo

A. Di Caprio¹, C. Berti¹, M. Tempesta², G. Scoccia², M. Milan², T. Bernardi²

¹ Direzione Medica di Presidio, Azienda Sanitaria n. 3 Bassano del Grappa (VI)

² U.O. Professioni Sanitarie, Azienda Sanitaria n. 3 Bassano del Grappa (VI)

Introduzione

- Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e sono un indicatore della qualità assistenziale
- Dall'anno 2011 negli Ospedali dell'Azienda Ulss 3 si è proceduto ad una rilevazione sistematica di tutte le cadute
- I dati elaborati sono stati raccolti nel periodo compreso tra il 1 Aprile ed il 31 Dicembre 2012.
- E' stata predisposta ed utilizzata la scheda "Raccolta dati sulle cadute"
- La scheda, oltre a prevedere un frontespizio in cui indicare i dati del paziente, ora e data della caduta e punteggio di Conley (se accertato), si compone di tre sezioni: condizioni del paziente, ricostruzione dell'evento e danni da caduta
- La scheda cartacea viene compilata dall'infermiere ed i dati vengono successivamente inseriti in un software che ne permette l'elaborazione

Contenuti

- 149 le schede raccolte nel periodo considerato
- Il Dipartimento nel quale sono state registrate il maggior numero di cadute è il Dipartimento Medico (53%), seguito dal SPDC (15%)
- il 42% delle cadute si verifica durante il turno notturno; 30% al pomeriggio e 28% al mattino
- Il 70% dei pazienti caduti ha un punteggio di Conley, rilevato all'ingresso, che non indica rischio di caduta (103 con punteggio 0; 5 con punteggio 1)
- Il 63% dei pazienti al momento della caduta è orientato
- Solo 19 pazienti su 149 hanno difficoltà visive e 39 pazienti su 149 presentano alterazioni uditive
- Relativamente al grado di mobilità il 44% dei pazienti caduti deambula con aiuto; un'altra quota importante dei pazienti caduti pari al 38% deambula autonomamente
- Il 71% dei pazienti caduti assume più di 4 farmaci al giorno

Numero farmaci assunti

Dipartimento	N° Farmaci assunti			Tot.
	Nessuno	da 3	> o uguale a 4	
Medico	3	18	60	81
CH Generale	1	2	7	10
CH Special.	1	2	7	10
Emergenza	0	0	10	10
MFR	2	3	7	12
SPDC	1	10	11	22
Hospice	0	1	3	4
	8	36	105	149

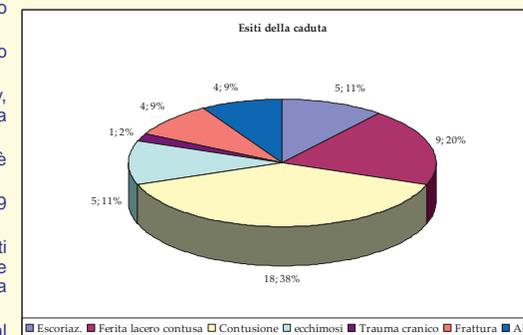
- Il 75% dei pazienti è caduto in camera ed il 19% in bagno
- Circa la dinamica, il 33% stava scendendo dal letto ed il 22% stava camminando per andare in bagno

Probabile causa caduta

Dipartimento	Probabile causa caduta									
	Pavimento bagnato	Presenza di ostacoli	Non ausili	Non aiuto	Agitazione	Stato confuso.	Calzature	Farmaci	Altro	
Medico	1	6	3	50	8	10	9	1	5	
CH Generale	0	0	0	6	0	2	3	0	0	
CH Special.	0	0	0	6	1	1	0	2	2	
Emergenza	1	0	0	6	0	1	0	1	1	
MFR	0	1	1	9	1	4	0	0	0	
SPDC	3	2	1	5	2	3	4	0	5	
Hospice	1	0	0	3	1	2	3	0	1	
	6	9	5	85	13	23	19	4	14	

- Il 30% dei pazienti caduti non ha riportato esiti
- Dei 44 pazienti caduti e con esiti, il 38% ha riportato contusioni, il 20% un trauma cranico mentre il 9%, corrispondente a 4 pazienti, una frattura

Esiti della caduta



Conclusioni:

- Sulla base dei dati raccolti, si possono ipotizzare azioni di prevenzione delle cadute indirizzate su tre fonti: l'ambiente, i pazienti e gli operatori sanitari
- Per quanto riguarda l'ambiente, potrebbe essere utile indagare l'importanza del fattore legato all'altezza dei letti come fattore di rischio per le cadute "scendendo dal letto"
- Si potrebbe intervenire sui pazienti che presentano fattori di rischio per le cadute educandoli a chiedere l'intervento dell'operatore ogni volta che hanno necessità di muoversi
- Per quanto riguarda gli infermieri, visto che è stata rilevata una ridotta consapevolezza di quelli che sono i fattori di rischio correlati alle cadute, si rende necessario rinforzare questa informazione affinché possano monitorare tali pazienti

ORGANIZZAZIONE DI UN AMBULATORIO PER LA DIAGNOSI ED IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI (PRESIDIO DI ASL RMB VIA DI TORRENOVA)

T. Fabbri¹, Carla Conti², G. Nocita³, G. Tesone⁴, A. D'Auria⁵

¹ Direzione f.f. III Distretto; ² Psichiatra DSM; ³ UOS Medicina Primaria III Distretto; ⁴ UOS Medici dei Servizi Territoriali; ⁵ Scuola Di Specializzazione Igiene e Med. Preventiva - Università Roma Tor Vergata

Parole chiave: anoressia, bulimia, obesità

Introduzione. Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento quantitativo e qualitativo dei disturbi alimentari, vale a dire le anoressie, le bulimie ed il comportamento incontrollato, all'interno del quale rientrano le obesità su base psicogena.

Obiettivi. Attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare con psichiatra, psicologa ed eventuale collaborazioni esterne con altri professionisti su richiesta, finalizzato al trattamento dei disturbi alimentari, con conseguente riduzione del danno sociale e sanitario.

Indicatori di Priorità di Rischio. Il danno sociale e sanitario di questa tipologia di disturbi è notevole. È cambiata la tipologia, si è passati infatti, da un disturbo tipicamente adolescenziale ad un problema che coinvolge l'intero arco della vita ed entrambi i sessi, tutti i livelli socio-economici ed anche persone di culture molto diverse, come gli immigrati di seconda generazione.

Per quanto riguarda l'obesità, i fenomeni più macroscopici nei disturbi da iperalimentazione sono rappresentati da un aumento clamoroso del diabete su base alimentare, ed ancora l'ipertensione (è appena il caso di ricordare che dimagrire significa diminuire i valori pressori), fino ad arrivare a sindromi metaboliche conclamate. Per quanto riguarda i disturbi da sottrazione il problema più drammatico è rappresentato dalle morti ma esiste una patologia cronica composta da disturbi gastrici, perdita dei denti, alopecia, irsutismo, osteoporosi, disturbi del ciclo con infertilità, impossibilità di parti naturali, fratture spontanee in seguito a lipotimie, assunzione di sostanze anoressizzanti e/o cocaina allo scopo di calmierare la fame, ed infine disturbi comportamentali con impossibilità di relazioni stabili e di capacità lavorativa.

Un aspetto interessante è quello del meccanismo della fame-sazietà, modulato in gran parte dalla dopamina. Tale delicato meccanismo viene profondamente alterato, sia nei disturbi da sottrazione che quelli da accumulo, e quindi viene ad essere lesa, spesso in modo definitivo, un meccanismo di feed-back necessario per il benessere ed il mantenimento della salute.

Complicanze mediche anoressia: leucopenia; anemia; ipercortisolemia (vd stress e lipolisi); riduzione T-helper; atrofia cerebrale; osteoporosi (ridotta produzione di estrogeni, IL-6).

Complicanze mediche bulimia: squilibri elettrolitici (ipopotassemia, ipomagnesemia, disidratazione); complicanze gastroenteriche (svuotamento gastrico rallentato con conseguente gonfiore); erosione smalto dei denti, danni all'esofago; segno di Russel (callosità dorso della mano).

Materiali e Metodi. L'ambulatorio, nella sede ASL del terzo Distretto di via della Tenuta di Torrenova 138, ha iniziato la propria attività da un anno, due giorni alla settimana. Sono presenti due figure professionali, una psichiatra psicoterapeuta ed una psicologa. I pazienti sono inviati dai medici di base o possono accedere direttamente. Dopo un primo colloquio clinico viene riempita una cartella specifica e viene somministrato il MMPI-II e il DERS, un test per la discriminazione delle emozioni che permette un inquadramento clinico e diagnostico più accurato. Viene quindi programmata la terapia vera e propria con frequenza settimanale con la definizione di obiettivi congrui e possibili. Possono essere richieste indagini cliniche sia di laboratorio che strumentali, e visite specialistiche (ginecologo, endocrinologo, ortopedico, etc).

Risultati Attesi. Riduzione dell'impatto socio-economico dei disturbi alimentari; riduzione diabete alimentare; prevenzione sindrome metabolica; prevenzione osteoporosi; prevenzione infertilità.

Organizzazione di un ambulatorio per la diagnosi ed il trattamento dei disturbi alimentari - Presidio di ASL RMB via di Torrenova-



Dott.ssa T.Fabbri (1), Dott.ssa Carla Conti (2), Dott. G.Nocita (3), Dott. G.Tesone (4), Dott.A.D'Auria (5)

(1) Direzione f.f. III Distretto
(2) Psichiatra DSM
(3) UOS Medicina Primaria III Distretto
(4) UOS Medici dei Servizi Territoriali
(5) Scuola Di Specializzazione Igiene e Med. Preventiva - Università Roma Tor Vergata



Introduzione.

Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento quantitativo e qualitativo dei disturbi alimentari, vale a dire le anoressie, le bulimie ed il comportamento incontrollato, all'interno del quale rientrano le obesità su base psicogena.

Parole chiave: anoressia, bulimia, obesità.

Obiettivi.

Attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare con psichiatra, psicologa ed eventuale collaborazioni esterne con altri professionisti su richiesta, finalizzato al trattamento dei disturbi alimentari, con conseguente riduzione del danno sociale e sanitario.

Indicatori di Priorità di Rischio.

Il danno sociale e sanitario di questa tipologia di disturbi è notevole. È cambiata la tipologia, si è passati infatti, da un disturbo tipicamente adolescenziale ad un problema che coinvolge l'intero arco della vita ed entrambi i sessi, tutti i livelli socio-economici ed anche persone di culture molto diverse, come gli immigrati di seconda generazione.

Per quanto riguarda l'obesità, i fenomeni più macroscopici nei disturbi da iperalimentazione sono rappresentati da un aumento clamoroso del diabete su base alimentare, ed ancora l'ipertensione (è appena il caso di ricordare che dimagrire significa diminuire i valori pressori), fino ad arrivare a sindromi metaboliche conclamate. Per quanto riguarda i disturbi da sottrazione il problema più drammatico è rappresentato dalle morti ma esiste una patologia cronica composta da disturbi gastrici, perdita dei denti, alopecia, irsutismo, osteoporosi, disturbi del ciclo con infertilità, impossibilità di parti naturali, fratture spontanee in seguito a lipotimie, assunzione di sostanze anoressizzanti e/o cocaina allo scopo di calmierare la fame, ed infine disturbi comportamentali con impossibilità di relazioni stabili e di capacità lavorativa.

Un aspetto interessante è quello del meccanismo della fame-sazietà, modulato in gran parte dalla dopamina. Tale delicato meccanismo viene profondamente alterato, sia nei disturbi da sottrazione che quelli da accumulo, e quindi viene ad essere lesa, spesso in modo definitivo, un meccanismo di feed-back necessario per il benessere ed il mantenimento della salute.

Complicanze mediche Anoressia:

- Leucopenia
- Anemia
- Ipercortisolemia (vd stress e lipolisi)
- Riduzione T-helper
- Atrofia cerebrale
- Osteoporosi (ridotta produzione di estrogeni, IL-6)

Complicanze mediche bulimia

- Squilibri elettrolitici (ipopotassemia, ipomagnesemia, disidratazione)
- Complicanze gastroenteriche (svuotamento gastrico rallentato con conseguente gonfiore)
- Erosione smalto dei denti, danni all'esofago
- Segno di Russel (callosità dorso della mano).



Materiali e Metodi.

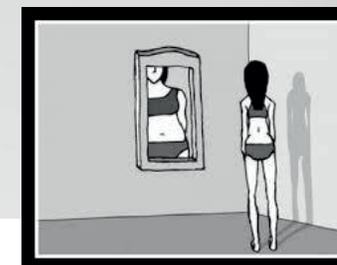
L'ambulatorio, nella sede ASL del terzo Distretto di via della Tenuta di Torrenova 138, ha iniziato la propria attività da un anno, due giorni alla settimana. Sono presenti due figure professionali, una psichiatra psicoterapeuta ed una psicologa. I pazienti sono inviati dai medici di base o possono accedere direttamente.

Dopo un primo colloquio clinico viene riempita una cartella specifica e viene somministrato il MMPI-II e il DERS, un test per la discriminazione delle emozioni che permette un inquadramento clinico e diagnostico più accurato. Viene quindi programmata la terapia vera e propria con frequenza settimanale con la definizione di obiettivi congrui e possibili.

Possono essere richieste indagini cliniche sia di laboratorio che strumentali, e visite specialistiche (ginecologo, endocrinologo, ortopedico, etc).

Risultati Attesi.

- Riduzione dell'impatto socio-economico dei disturbi alimentari.
- Riduzione diabete alimentare.
- Prevenzione sindrome metabolica.
- Prevenzione osteoporosi.
- Prevenzione infertilità.



AMBULATORIO INTEGRATO SINDROME FIBROMIALGICA: LA MULTIDISCIPLINARIETÀ COME STRUMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO AL SERVIZIO DEL MALATO

MC. Azzolina¹, M. Bruzzone², F. Colonna³, P. Leombruni³, L. Castelli³, M. Priora²,
M. Scarati², S. Parisi², E. Fusaro², R. Torta³, S. Falco¹

¹ Direzione Sanitaria; ² Struttura Complessa Reumatologia; ³ SC Psicologia Clinica e Oncologica
AO Città della Salute e della Scienza di Torino, Turin, Italy

La Sindrome Fibromialgica o Fibromialgia (FM) si caratterizza per una sintomatologia algica diffusa muscolo-scheletrica invalidante, associata ad astenia cronica, disturbi cognitivi, disturbi del sonno e della sfera affettiva, senza riscontri positivi né di tipo ematochimico che strumentali, e va considerata nell'ambito più vasto delle *sindromi da sensibilizzazione centrale*. Si tratta pertanto di una sindrome da *ipersensibilità del SNC* che colpisce quasi esclusivamente le donne (rapporto F/M 9:1) e si stima che solo in Italia ne siano colpite circa tre milioni. Al momento sono allo studio criteri diagnostici più precisi e definiti, nonché esami di laboratorio e strumentali in grado di accertare in modo puntuale lo stato di malattia.

Lo specialista di riferimento è il reumatologo che provvede alla diagnosi di FM attraverso un percorso diagnostico che mira ad escludere la presenza di patologie concomitanti che presentino sintomi simili o sovrapponibili oltre che riconoscere l'insieme dei segni clinici caratteristici del quadro fibromialgico.

Proprio dalla complessità dell'iter diagnostico e dalle strategie terapeutiche dedicate, soprattutto di tipo psicofarmacologico, nasce l'iniziativa di una collaborazione tra specialisti reumatologi e psichiatri e psicologi clinici, nell'ottica di una presa in carico completa del paziente fibromialgico, nella quale competenze reumatologiche e psichiatrico-psicologiche possano convergere in un sistema diagnostico-terapeutico integrato. Si è quindi costituita un'equipe multidisciplinare, che vede la presenza di due ricercatori universitari, di due clinici addetti alla gestione dell'Ambulatorio (un reumatologo e uno psichiatra/psicologo clinico), di psicologi psicoterapeuti e in formazione.

I pazienti afferenti alla SC Reumatologia con sospetta diagnosi di FM vengono indirizzati ad una prima visita collegiale, presenti lo specialista reumatologo e lo specialista psichiatra/psicologo clinico, nella quale viene confermata la diagnosi di FM e vengono fornite al paziente tutte le informazioni relative alla patologia stessa ed al proseguimento del percorso terapeutico. La visita collegiale ha soprattutto lo scopo di spiegare al paziente la necessità di affiancare alle terapie tipiche della reumatologia anche strategie farmacologiche e psicologiche dell'area neuropsichiatrica, sfruttando le competenze specifiche proprio dello psichiatra e dello psicologo. In effetti la presa in carico del paziente prosegue presso gli Ambulatori della SCU Psicologia Clinica e Oncologica, dove si provvede oltre che all'impostazione di terapie farmacologiche allo studio della personalità e delle caratteristiche psicologiche del paziente attraverso strumenti psicodiagnostici e colloqui.

L'attività clinica finora svolta è quantificabile in oltre mille visite annue (comprehensive delle visite collegiali, psichiatriche e dei colloqui psicologici) oltre all'attività di studio e ricerca testimoniata da una produzione scientifica caratterizzata da pubblicazioni, relazioni congressuali, comunicazioni orali e poster, tesi di laurea, organizzazione di convegni, rapporti con associazioni di malati.

L'Ambulatorio Integrato dedicato alla FM, l'unico attualmente attivo nella Regione Piemonte, si pone come punto di riferimento per pazienti affetti da un patologia complessa, spesso sottovalutata e di difficile trattamento.

Ambulatorio Integrato Sindrome Fibromialgica: la multidisciplinarietà come strumento diagnostico-terapeutico al servizio del malato

Azzolina MC¹, Bruzzone M², Colonna F², Leombruni P², Castelli L², Parisi S², Scarati M², Priora M²,
Fusaro E², Torta R², Falco S¹

¹Direzione Sanitaria

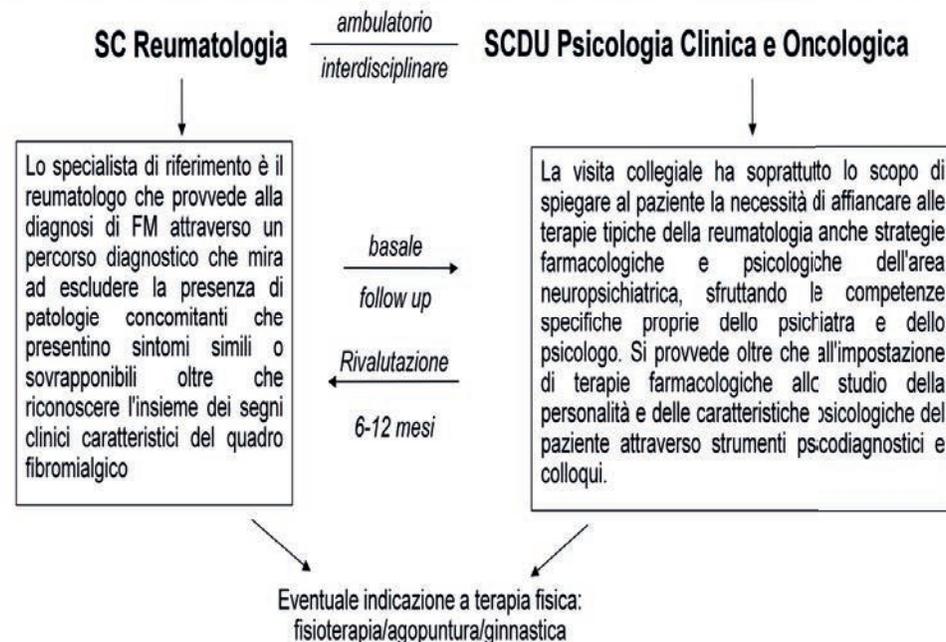
²SCD Psicologia Clinica e Oncologia U

³Struttura Complessa Reumatologia

AO Città della Salute e della Scienza di Torino, Turin, Italy



La **Sindrome Fibromialgica** si caratterizza per una sintomatologia algica diffusa muscoloscheletrica invalidante, associata ad astenia cronica, disturbi cognitivi, disturbi del sonno e della sfera affettiva, senza riscontri positivi né di tipo ematochimico né strumentale, e va considerata nell'ambito più vasto delle *sindromi da sensibilizzazione centrale*



L'attività clinica finora svolta è quantificabile in oltre mille visite annue (comprehensive delle visite collegiali, psichiatriche e dei colloqui psicologici). L'Ambulatorio Integrato dedicato alla Sindrome Fibromialgica si pone pertanto come centro clinico e di ricerca in evidente crescita, punto di riferimento per molti malati nel panorama sanitario nazionale.

LA QUALITÀ DELL'ACQUA IN OSPEDALE: L'IMPORTANZA DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA PER GARANTIRE STANDARD QUALITATIVI E DI SICUREZZA

Federica Fasanotti

(Marketing Manager BIOH Srl)

Parole chiave: disinfezione acqua, servizio *full-risk*, innovazione

Introduzione. L'esigenza attuale di tecnologie, i cui costi soddisfino le sempre più limitate risorse economiche a disposizione delle strutture ospedaliere e sanitarie, vede come relativa conseguenza il pericolo dell'abbassamento degli standard qualitativi e di sicurezza, nonostante essi siano dettati dalle correnti normative e linee guida ministeriali e istituzionali.

Soprattutto in aree ospedaliere critiche la combinazione costo/beneficio non deve ridurre i rigidi parametri d'igiene dell'acqua ed è pertanto importante e strettamente necessario che tale impegno aziendale a fornire innovazioni tecnologiche sia sempre più competitivo sul mercato, al fine di mantenere sempre elevati gli standard di qualità e di sicurezza al sistema sanitario nazionale.

Contenuti. Fin dalla sua nascita, la società BIOH s.r.l. si è impegnata alla fornitura di soluzioni sempre più innovative abbinate a un servizio completo *full-risk* al fine di garantire una flessibilità di azione per l'abbattimento delle infezioni di origine nosocomiale e il contenimento del rischio di esposizione per i soggetti presenti nelle strutture sanitarie. Tale flessibilità si concreta sia in termini di progressi tecnologici e di ricerca, sia in termini di vantaggi *cost-effective* in grado di agevolare il sempre più limitato budget ospedaliero nei tempi odierni. Dalle tecniche più consolidate a quelle più attuali, BIOH srl ha da sempre garantito sistemi dai più elevati standard d'igiene e sicurezza e in conformità alle normative nazionali e comunitarie. In ottemperanza alle Linee Guida regionali e ministeriali per la prevenzione e il controllo della Legionellosi e nel rispetto delle stringenti indicazioni normative del D. Lgs 81/2008 in materia di prevenzione del rischio biologico BIOH Srl è certificata UNI EN ISO 9001:2008 e OSHAS 18001:2007, per la commercializzazione, installazione e conduzione di sistemi di disinfezione, prevenzione e controllo Legionella nelle reti idriche.

Nello specifico BIOH srl, collaborando con la società Grundfos Pompe s.r.l., ha sviluppato una nuova tecnologia per la produzione in loco di Monoclorammine per la disinfezione dell'acqua a uso potabile e sanitario, attualmente presente e operativo presso il Policlinico San Matteo di Pavia.

Materiali e metodi. Tra gli altri impianti BIOH già installati sul territorio nazionale, il sistema per produzione e dosaggio di monoclorammine (NH₂Cl) per il contenimento e prevenzione dei rischi Legionella, è applicato e in funzione presso il Policlinico San Matteo di Pavia, dove è in corso uno studio prospettico di valutazione e di confronto con i sistemi di disinfezione classici e già utilizzati in passato, quali la ionizzazione e la disinfezione con biossido di cloro e l'attuale impianto a monoclorammina recentemente installato. I dati ancora preliminari saranno oggetto di successiva analisi e pubblicazione.

Conclusioni. I primi vantaggi del dosaggio delle monoclorammine rispetto al tradizionale cloro libero si riscontrano nella maggiore efficacia nella penetrazione del biofilm e in un minor effetto corrosivo del composto chimico sulle tubature degli impianti idrici della struttura ospedaliera. A ns. avviso pertanto, tale metodologia di trattamento, compatibilmente con un'attenta analisi e valutazione del rischio oltre che uno studio tecnico sulla composizione dei materiali e una comprovata sperimentazione sul campo, risulta essere allo stato dell'arte una concreta alternativa ai sistemi tradizionali di trattamento dell'acqua calda sanitaria per il contenimento delle infezioni da rete idrica.

LA QUALITÀ DELL'ACQUA IN OSPEDALE: L'IMPORTANZA DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA PER GARANTIRE STANDARD QUALITATIVI E DI SICUREZZA

Dott.ssa Federica Fasanotti (Marketing Manager BIOH Srl)

PAROLE CHIAVE

disinfezione acqua - servizio *full-risk* - innovazione

INTRODUZIONE

L'esigenza attuale di tecnologie, i cui costi soddisfino le sempre più limitate risorse economiche a disposizione delle strutture ospedaliere e sanitarie, vede come relativa conseguenza il pericolo dell'abbassamento degli standard qualitativi e di sicurezza, nonostante essi siano dettati dalle correnti normative e linee guida ministeriali e istituzionali.

Soprattutto in aree ospedaliere critiche la combinazione costo/beneficio non deve ridurre i rigidi parametri d'igiene dell'acqua ed è pertanto importante e strettamente necessario che tale impegno aziendale a fornire innovazioni tecnologiche sia sempre più competitivo sul mercato, al fine di mantenere sempre elevati gli standard di qualità e di sicurezza al sistema sanitario nazionale.

CONTENUTI

Fin dalla sua nascita, la società BIOH s.r.l. si è impegnata alla fornitura di soluzioni sempre più innovative abbinate a un servizio completo *full-risk* al fine di garantire una flessibilità di azione per l'abbattimento delle infezioni di origine nosocomiale e il contenimento del rischio di esposizione per i soggetti presenti nelle strutture sanitarie. Tale flessibilità si concreta sia in termini di progressi tecnologici e di ricerca, sia in termini di vantaggi *cost-effective* in grado di agevolare il sempre più limitato budget ospedaliero nei tempi odierni. Dalle tecniche più consolidate a quelle più attuali, BIOH srl ha da sempre garantito sistemi dai più elevati standard d'igiene e sicurezza e in conformità alle normative nazionali e comunitarie. In ottemperanza alle **Linee Guida regionali e ministeriali per la prevenzione e il controllo della Legionellosi** e nel rispetto delle stringenti indicazioni normative del D. Lgs 81/2008 in materia di prevenzione del rischio biologico BIOH Srl è certificata **UNI EN ISO 9001:2008** e **OSHAS 18001:2007**, per la commercializzazione, installazione e conduzione di sistemi di disinfezione, prevenzione e controllo Legionella nelle reti idriche.

Nello specifico BIOH srl, collaborando con la società Grundfos Pompe s.r.l., ha sviluppato una nuova tecnologia per la produzione in loco di Monoclorammine per la disinfezione dell'acqua a uso potabile e sanitario, attualmente presente e operativo presso il Policlinico San Matteo di Pavia.

MATERIALI E METODI

Tra gli altri impianti BIOH già installati sul territorio nazionale, il sistema per produzione e dosaggio di monoclorammine (NH₂Cl) per il contenimento e prevenzione dei rischi Legionella, è applicato e in funzione presso il Policlinico San Matteo di Pavia, dove è in corso uno studio prospettico di valutazione e di confronto con i sistemi di disinfezione classici e già utilizzati in passato, quali la ionizzazione e la disinfezione con biossido di cloro e l'attuale impianto a monoclorammina recentemente installato. I dati ancora preliminari saranno oggetto di successiva analisi e pubblicazione.

CONCLUSIONI

I primi vantaggi del dosaggio delle monoclorammine rispetto al tradizionale cloro libero si riscontrano nella maggiore efficacia nella penetrazione del biofilm e in un minor effetto corrosivo del composto chimico sulle tubature degli impianti idrici della struttura ospedaliera. A ns. avviso pertanto, tale metodologia di trattamento, compatibilmente con un'attenta analisi e valutazione del rischio oltre che uno studio tecnico sulla composizione dei materiali e una comprovata sperimentazione sul campo, risulta essere allo stato dell'arte una concreta alternativa ai sistemi tradizionali di trattamento dell'acqua calda sanitaria per il contenimento delle infezioni da rete idrica.

BATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMASI: FASE PILOTA DI UN PROGRAMMA DI SCREENING OSPEDALIERO

V. Fedele¹, S. Bacelli²

¹ Direttore Medico di Presidio - ASUR Marche Area Vasta 2 Ospedale di Jesi

² Direzione Medica di Presidio - ASUR Marche Area Vasta 2 Ospedale di Jesi

Parole chiave: sorveglianza, tampone rettale, batteri produttori di carbapenemasi

Introduzione. Negli ultimi anni, anche in Italia, è aumentata l'attenzione nei confronti della diffusione dei batteri gram negativi resistenti ai carbapenemi (CPE). La circolare del Ministero della Salute "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi" del 26 febbraio 2013 sottolinea come la diffusione di enterobatteri multiresistenti rappresenti una minaccia per la salute pubblica sia perché sono molto frequentemente causa di infezioni, in ambito ospedaliero e comunitario, anche con elevata mortalità, sia perché la diffusione clonale fra pazienti diversi si sviluppa con estrema facilità e la resistenza ai carbapenemi può essere trasmessa anche ad altri microrganismi.

La stessa circolare raccomanda di attivare una sorveglianza attiva delle colonizzazioni da CPE attraverso uno screening specifico tramite tampone rettale. Al fine di implementare questo tipo di sorveglianza nel nostro Ospedale, è stata recentemente effettuata una fase pilota, che ha coinvolto due reparti di Area Medica, e i cui risultati sono di seguito illustrati.

Contenuti. La sorveglianza è stata eseguita nella stessa giornata in tutti i reparti. Acquisito il consenso informato, i pazienti sono stati sottoposti a tampone rettale. Hanno partecipato allo studio 38 pazienti; per ognuno di essi sono stati raccolti i seguenti dati: data di nascita, data di ricovero e provenienza. Sono risultati positivi per colonizzazione/infezione da batteri resistenti alle carbapenemasi 6 pazienti. I germi isolati tramite esame culturale, eseguito successivamente, sono stati E. Coli (57%) e Klebsiella spp (43%). Nella tabella successiva è riportato il confronto fra le caratteristiche dei pazienti colonizzati/infetti rispetto a quelli dei pazienti negativi allo screening.

	Pazienti colonizzati/infetti n = 6	Pazienti negativi n = 32
Età media	76 anni	75 anni
Genere	Maschi = 83%	Maschi = 44%
Degenza media pre-screening	18 giorni	15 giorni
Provenienza	Domicilio = 67% Altro reparto = 16% Casa di riposo/RSA = 16%	Domicilio = 81% Altro reparto = 16% Casa di riposo/RSA = 3%

Conclusioni. Nonostante il campione sottoposto a indagine sia esiguo, la prevalenza di colonizzazione/infezione da batteri resistenti ai carbapenemi risulta comunque importante, pari al 16%. Questi risultati hanno quindi dimostrato l'importanza di attuare un programma di screening per tutti i pazienti che vengono ricoverati in ospedale, soprattutto nelle aree di maggior rischio, al fine di poter applicare tempestivamente le opportune misure di isolamento e limitare così la diffusione di tali germi all'interno della struttura.



Azienda Sanitaria Unica Regione Marche
Area Vasta 2 - Ospedale di Jesi

BATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI: FASE PILOTA DI UN PROGRAMMA DI SCREENING OSPEDALIERO

Fedele V.*, Bacelli S. **

*Direttore Medico di Presidio - ASUR Marche Area Vasta 2 Ospedale di Jesi

**Direzione Medica di Presidio - ASUR Marche Area Vasta 2 Ospedale di Jesi

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, anche in Italia, è aumentata l'attenzione nei confronti della diffusione dei batteri gram negativi resistenti ai carbapenemi (CPE). La circolare del Ministero della Salute "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi" del 26 febbraio 2013 sottolinea come la diffusione di enterobatteri multiresistenti rappresenti una minaccia per la salute pubblica sia perché sono molto frequentemente causa di infezioni, in ambito ospedaliero e comunitario, anche con elevata mortalità, sia perché la diffusione clonale fra pazienti diversi si sviluppa con estrema facilità e la resistenza ai carbapenemi può essere trasmessa anche ad altri microrganismi.

La stessa circolare raccomanda di attivare una sorveglianza attiva delle colonizzazioni da CPE attraverso uno screening specifico tramite tampone rettale. Al fine di implementare questo tipo di sorveglianza nel nostro Ospedale, è stata recentemente effettuata una fase pilota, che ha coinvolto due reparti di Area Medica, e i cui risultati sono di seguito illustrati.

CONTENUTI

La sorveglianza è stata eseguita nella stessa giornata in tutti i reparti. Acquisito il consenso informato, i pazienti sono stati sottoposti a tampone rettale. Hanno partecipato allo studio 38 pazienti; per ognuno di essi sono stati raccolti i seguenti dati: data di nascita, data di ricovero e provenienza. Sono risultati positivi per colonizzazione/infezione da batteri resistenti alle carbapenemasi 6 pazienti. I germi isolati tramite esame culturale, eseguito successivamente, sono stati E. Coli (57%) e Klebsiella spp (43%). Nella tabella successiva è riportato il confronto fra le caratteristiche dei pazienti colonizzati/infetti rispetto a quelli dei pazienti negativi allo screening.

	Pazienti colonizzati/infetti n = 6	Pazienti negativi n = 32
Età media	76 anni	75 anni
Genere	Maschi = 83%	Maschi = 44%
Degenza media pre-screening	18 giorni	15 giorni
Provenienza	Domicilio = 67% Altro reparto = 16% Casa di riposo/RSA = 16%	Domicilio = 81% Altro reparto = 16% Casa di riposo/RSA = 3%

CONCLUSIONI

Nonostante il campione sottoposto a indagine sia esiguo, la prevalenza di colonizzazione/infezione da batteri resistenti ai carbapenemi risulta comunque importante, pari al 16%. Questi risultati hanno quindi dimostrato l'importanza di attuare un programma di screening per tutti i pazienti che vengono ricoverati in ospedale, soprattutto nelle aree di maggior rischio, al fine di poter applicare tempestivamente le opportune misure di isolamento e limitare così la diffusione di tali germi all'interno della struttura.

POLITICA, ECONOMIA
E TECNE:
PER QUALE SANITÀ?



ROMA
25-27 SETTEMBRE 2013



INRCA: VALUTAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE IN UN OSPEDALE GERIATRICO SU PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA SEVERA

Ferrara Letizia¹, Mannello Lucia², Benedetti Alessandro³, Sorvillo Francesca⁴, David Serenella⁵

¹ Coordinatore Qualità-RischioClinico Direzione Medica Ospedaliera INRCA

² Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università Politecnica delle Marche

³ Infermiere Professionale, Unità Operativa Geriatria INRCA Fermo

⁴ Unità Operativa Geriatria INRCA Fermo

⁵ Direttore Medico di Presidio- Direzione Medica Ospedaliera INRCA

Parole chiave: Demenza, palliazione, *clinical pathways*

Introduzione. La demenza severa è una malattia terminale che raramente viene riconosciuta come tale, pertanto, soprattutto durante il ricovero ospedaliero, si ricorre a trattamenti aggressivi piuttosto che a Cure Palliative(CP). In questa fase l'obiettivo di cura è la massimizzazione del comfort.

Questo studio condotto sui pazienti affetti da demenza severa ricoverati all'INRCA ha l'obiettivo di descrivere l'assistenza ospedaliera e evidenziare il bisogno di CP come valutazione preliminare per una riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e la definizione di un Pathway "Profilo di assistenza per la gestione e il trattamento del paziente bisognoso di Cure Palliative".

Contenuti. Sono stati arruolati i pazienti affetti da demenza severa, definita come un punteggio della scala FAST (Functional Assessment Stages) $\geq 7(1)$, ricoverati il 24/04/2013 nei reparti di Geriatria, Clinica di Medicina Interna, Neurologia, Lungodegenza-Post-Acuzie. Successivamente è stato valutato il bisogno di cure palliative secondo i criteri di Weissman e Meier, l'esposizione a procedure invasive (Catetere Venoso Periferico/Centrale, Sondino Naso Gastrico, alimentazione parenterale, endoscopie, emogas-analisi, paracentesi, contenzione), l'appropriatezza della terapia farmacologica secondo la classificazione di Holmes e il livello di *discomfort* misurato con la Discomfort Scale-Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT).

Su 75 pazienti ricoverati, ne sono stati arruolati 18 con demenza severa (11 femmine, 7 maschi, età media 84 anni con DS \pm 5 anni, degenza media 12 giorni). Tutti i 18 pazienti necessitavano di CP in ambiente ospedaliero. Ogni paziente era sottoposto in media a 3 procedure invasive.

I pazienti assumevano in media 8.3 farmaci (DS \pm 2.87), 6 pazienti più di 10 farmaci. 14 pazienti sono stati sottoposti a trattamenti farmacologici "raramente appropriati" e "mai appropriati" secondo la classificazione sec. Holmes prescritti per patologie concomitanti.

Il valore medio del livello di *discomfort* è risultato 11,29 (DS \pm 5.03) su una scala da 0 a 27.

Nessun paziente aveva un tutore legale, né un Amministratore di Sostegno, né Direttive anticipate di Trattamento.

Conclusioni. Da questa indagine di prevalenza è emerso che tutti i pazienti arruolati erano meritevoli di CP, che gli strumenti utilizzati sono applicabili e idonei a rappresentare i vari aspetti di uno stesso fenomeno. Si possono definire prioritari i seguenti concetti. Aggiornare l'appropriatezza prescrittiva: focalizzando che l'obiettivo di cura è massimizzare il comfort attraverso la liberazione dal dolore e dalla sofferenza e che i farmaci prescritti per patologie concomitanti possono essere sospesi/non erogati per evitare trattamenti futili e ridurre effetti collaterali, oneri assistenziali e costi. Riconsiderare le procedure invasive (CVP, CVC, SNG, alimentazione parenterale, endoscopie, emogas-analisi, paracentesi, contenzione) sono aspetti comuni alla cura di malati fortemente compromessi ma in un paziente terminale possono considerarsi accanimento terapeutico. Condividere il decision making: il deterioramento cognitivo del paziente complica molte decisioni e in assenza di dichiarazioni anticipate per rispettare il principio di autonomia e l'interesse del malato è necessario condividere il decision making tra familiari e clinici. Realizzare un percorso clinico assistenziale che ridefinisca attività e interventi di ciascuna professionalità sanitaria per garantire cure ottimali (cl clinicamente appropriate ed eticamente doverose) rispetto alle mutate necessità anche con l'accompagnamento dignitoso alla morte. Non prolungare il processo del morire e non segnarlo di sofferenze indotte da trattamenti ormai futili. Questa indagine può essere considerata un punto di partenza per percorsi di miglioramento nell'efficacia e nell'efficienza dell'assistenza ospedaliera.

INRCA: VALUTAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE IN UN OSPEDALE GERIATRICO SU PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA SEVERA

Dott.ssa Ferrara Letizia-Coordinatore Qualità-RischioClinico Direzione Medica Ospedaliera INRCA

Dott.ssa Mannello Lucia Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università Politecnica delle Marche

Infermiere Professionale Benedetti Alessandro Unità Operativa Geriatria INRCA Fermo

Dott.ssa Sorvillo Francesca Unità Operativa Geriatria INRCA Fermo

Dott.ssa David Serenella Direttore Medico di Presidio- Direzione Medica Ospedaliera INRCA

Parole Chiave: Demenza, palliazione, *clinical pathways*

Introduzione

La demenza severa è una malattia terminale che raramente viene riconosciuta come tale, pertanto, soprattutto durante il ricovero ospedaliero, si ricorre a trattamenti aggressivi piuttosto che a Cure Palliative(CP). In questa fase l'obiettivo di cura è la massimizzazione del comfort.

Questo studio condotto sui pazienti affetti da demenza severa ricoverati all'INRCA ha l'obiettivo di descrivere l'assistenza ospedaliera e evidenziare il bisogno di CP come valutazione preliminare per una riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e la definizione di un Pathway "Profilo di assistenza per la gestione e il trattamento del paziente bisognoso di Cure Palliative".

Contenuti

Sono stati arruolati i pazienti affetti da demenza severa, definita come un punteggio della scala FAST(Functional Assessment Stages) $\geq 7(1)$, ricoverati il 24/04/2013 nei reparti di Geriatria, Clinica di Medicina Interna, Neurologia, Lungodegenza-Post-Acuzie. Successivamente è stato valutato il bisogno di cure palliative secondo i criteri di Weissman e Meier, l'esposizione a procedure invasive(Catetere Venoso Periferico/Centrale, Sondino Naso Gastrico, alimentazione parenterale, endoscopie, emogas-analisi, paracentesi, contenzione), l'appropriatezza della terapia farmacologica secondo la classificazione di Holmes e il livello di *discomfort* misurato con la Discomfort Scale-Dementia of Alzheimer Type(DS-DAT).

Su 75 pazienti ricoverati, ne sono stati arruolati 18 con demenza severa(11 femmine, 7 maschi, età media 84 anni con DS \pm 5 anni, degenza media 12 giorni). Tutti i 18 pazienti necessitavano di CP in ambiente ospedaliero. Ogni paziente era sottoposto in media a 3 procedure invasive.

I pazienti assumevano in media 8.3 farmaci(DS \pm 2.87), 6 pazienti più di 10 farmaci. 14 pazienti sono stati sottoposti a trattamenti farmacologici "raramente appropriati" e "mai appropriati" secondo la classificazione sec. Holmes prescritti per patologie concomitanti.

Il valore medio del livello di *discomfort* è risultato 11,29(DS \pm 5.03) su una scala da 0 a 27.

Nessun paziente aveva un tutore legale, né un Amministratore di Sostegno, né Direttive anticipate di Trattamento.

Conclusioni

Da questa indagine di prevalenza è emerso che tutti i pazienti arruolati erano meritevoli di CP, che gli strumenti utilizzati sono applicabili e idonei a rappresentare i vari aspetti di uno stesso fenomeno.

Si possono definire prioritari i seguenti concetti.

Aggiornare l'appropriatezza prescrittiva: focalizzando che l'obiettivo di cura è massimizzare il comfort attraverso la liberazione dal dolore e dalla sofferenza e che i farmaci prescritti per patologie concomitanti possono essere sospesi/non erogati per evitare trattamenti futili e ridurre effetti collaterali, oneri assistenziali e costi.

Riconsiderare le procedure invasive (CVP, CVC, SNG, alimentazione parenterale, endoscopie, emogas-analisi, paracentesi, contenzione) sono aspetti comuni alla cura di malati fortemente compromessi ma in un paziente terminale possono considerarsi accanimento terapeutico.

Condividere il decision making: il deterioramento cognitivo del paziente complica molte decisioni e in assenza di dichiarazioni anticipate per rispettare il principio di autonomia e l'interesse del malato è necessario condividere il decision making tra familiari e clinici.

Realizzare un percorso clinico assistenziale che ridefinisca attività e interventi di ciascuna professionalità sanitaria per garantire cure ottimali (cl clinicamente appropriate ed eticamente doverose) rispetto alle mutate necessità anche con l'accompagnamento dignitoso alla morte. Non prolungare il processo del morire e non segnarlo di sofferenze indotte da trattamenti ormai futili.

Questa indagine può essere considerata un punto di partenza per percorsi di miglioramento nell'efficacia e nell'efficienza dell'assistenza ospedaliera.

ACCENTRAMENTO DEI REGISTRI CARICO/SCARICO UN MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI

B. Fischer¹, M. Montedori², F. Tozzi³

¹Dirigente Medico Responsabile Aziendale Gestione Rifiuti Sanitari Area Città di Castello, Gubbio-Gualdo Tadino, USL Umbria 1; ²Coordinatore Infermieristico Flussi Informativi, Assistenza Farmaceutica Integrativa, Sistri Alto Tevere, USL Umbria 1; ³Coordinatore Infermieristico Flussi Informativi, Assistenza Farmaceutica Integrativa, Sistri Alto Chiascio, USL Umbria 1

Parole chiave: rifiuti sanitari, accentramento registri, ambulatori decentrati

Introduzione. Un accentramento dei registri carico scarico, consentito dalla vigente normativa, con conseguente riduzione del numero degli insediamenti produttivi di rifiuti sanitari permette una razionalizzazione nella gestione delle risorse con un migliore controllo del processo.

Contenuti. La previsione di un nuovo sistema di gestione dei rifiuti a livello nazionale (*SISTR*) ha reso necessaria una valutazione della fattibilità di possibilità di un accentramento dei registri di carico e scarico tramite la radicale riorganizzazione aziendale nell'ASL 1 dell'Umbria, che nel 2010 comprendeva trenta insediamenti territoriali, in parte produttori di quantità minima di rifiuti sanitari.

La nuova organizzazione nella azienda sanitaria consente una maggiore possibilità di controllo del processo, interpretando in modo funzionale ed efficiente la normativa di riferimento, con riduzione della probabilità di errori nella gestione della documentazione, correlata a delle responsabilità con conseguenze amministrative e penali imputabili. In tale modo viene garantita a livello territoriale una situazione gestionale più omogenea, che comporta, di conseguenza la necessità di addestrare un numero limitato di persone, con un'ulteriore razionalizzazione anche di risorse strutturali e tecnologiche impegnate.

Sono stati individuati, in seguito anche ad accordi con la Provincia di Perugia, Territorialmente Competente, n. 8 insediamenti produttivi-n.3 Ospedali e n.5 Centri di Salute territoriali – sedi di deposito temporaneo e registro, e le sedi ambulatoriali decentrate afferenti, in base a criteri lineari, quali dipendenza organizzativa, collocazione geografica, oltre a volume/quantità dei rifiuti da conferire.

Il movimento dei rifiuti sanitari viene garantito tramite operatori e mezzi aziendali secondo procedure tecniche e di sicurezza definite in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e protezione Aziendale. Il rifiuto è accompagnato da una scheda di movimentazione, dove sono riportati: sedi dell'ambulatorio decentrato e del deposito temporaneo, caratteristiche del rifiuto (CER e descrizione), numero dei colli trasportati, targa del mezzo di trasporto utilizzato, nominativo e firma dell'operatore addetto alla movimentazione.

Conclusioni. La movimentazione dei rifiuti sanitari da ambulatori decentralizzati al deposito temporaneo, senza obblighi di specifica autorizzazione e formulario, permette una gestione razionale ed efficace del processo, particolarmente difficile in strutture sanitarie dislocate sul territorio con personale in numero limitato e variabile, spesso non sufficientemente addestrato. Rappresenta un modello con i presupposti organizzativi per l'applicazione del sistema *SISTR*.



Accentramento Registri Carico Scarico: Un modello organizzativo per la gestione dei rifiuti sanitari

Fischer B. *, Montedori M.**, Tozzi F.***

* Dirigente Medico Responsabile Aziendale Gestione Rifiuti Sanitari Area Città di Castello, Gubbio-Gualdo Tadino, USL Umbria 1

** Coordinatore Infermieristico Flussi Informativi, Assistenza Farmaceutica Integrativa, Sistri Alto Tevere, USL Umbria 1

*** Coordinatore Infermieristico Flussi Informativi, Assistenza Farmaceutica Integrativa, Sistri Alto Chiascio, USL Umbria 1

Parole chiave: Rifiuti sanitari-Accentramento registri-Ambulatori decentrati

INTRODUZIONE

Un accentramento di registri carico scarico, consentito dalla vigente normativa, con conseguente riduzione del numero degli insediamenti produttivi di rifiuti sanitari, permette una razionalizzazione nella gestione delle risorse con un migliore controllo del processo.

CONTENUTO

La previsione di un nuovo sistema di gestione dei rifiuti a livello nazionale (*SISTR*) ha reso necessaria una valutazione della fattibilità di possibilità di un accentramento dei registri di carico e scarico tramite la radicale riorganizzazione aziendale nell'ASL 1 dell'Umbria, che nell'anno 2010 comprendeva trenta insediamenti territoriali, in parte produttori di quantità minima di rifiuti sanitari.

La nuova organizzazione nella azienda sanitaria consente una maggiore possibilità di controllo del processo, interpretando in modo funzionale ed efficiente la normativa di riferimento, con riduzione della probabilità di errori nella gestione della documentazione, correlata a delle responsabilità con conseguenze amministrative e penali imputabili. In tale modo viene garantita a livello territoriale una situazione gestionale più omogenea, che comporta, di conseguenza, la necessità di addestrare un numero limitato di persone, con un'ulteriore razionalizzazione anche di risorse strutturali e tecnologiche impegnate.

Sono stati individuati, in seguito anche ad accordi con la Provincia di Perugia, Territorialmente Competente, n. 8 insediamenti produttivi-n.3 Ospedali e n.5 Centri di Salute Territoriali – sedi di deposito temporaneo e registro, e le sedi ambulatoriali decentrate afferenti, in base a criteri lineari, quali dipendenza organizzativa, collocazione geografica, oltre a volume/quantità dei rifiuti da conferire.

Il movimento dei rifiuti sanitari viene garantito tramite operatori e mezzi aziendali secondo procedure tecniche e di sicurezza definite in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale. Il rifiuto è accompagnato da una scheda di movimentazione, dove sono riportati: sedi dell'ambulatorio decentrato e del deposito temporaneo, caratteristiche del rifiuto (CER e descrizione), numero dei colli trasportati, targa del mezzo di trasporto utilizzato, nominativo e firma dell'operatore addetto alla movimentazione.

CONCLUSIONE

La movimentazione dei rifiuti sanitari da ambulatori decentralizzati al deposito temporaneo, senza obblighi di specifica autorizzazione e formulario, permette una gestione razionale ed efficace del processo, particolarmente difficile in strutture sanitarie dislocate sul territorio con personale in numero limitato e variabile, spesso non sufficientemente addestrato.

Rappresenta un modello con i presupposti organizzativi per l'applicazione del sistema *SISTR*.

APPLICAZIONE DEL METODO TOYOTA PRESSO ISTITUTO NAZIONALE TUMORI “FONDAZIONE G. PASCALE” DI NAPOLI

A. Granata¹, G. Olivieri², S. Ricciardelli³, M.R. Esposito⁴, C. Napoli⁵, S. Lodato⁶

¹ Contrattista presso Direzione Sanitaria Aziendale INT Fondazione Pascale Napoli; ² Direttore Sanitario di Presidio INT Fondazione Pascale Napoli; ³ Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio INT Fondazione Pascale Napoli; ⁴ Coordinatore Infermieristico CIO INT Fondazione Pascale Napoli; ⁵ Posizione Organizzativa presso DSA INT Fondazione Pascale Napoli; ⁶ Direttore Sanitario Aziendale INT Fondazione Pascale di Napoli

Parole chiave: formazione, Lean Six Sigma

Introduzione. Negli ultimi anni per migliorare la qualità dei processi aziendali sono state introdotte varie metodologie che, nate in ambito industriale e manifatturiero, sono ormai diffuse anche in quello sanitario. Tali metodologie si propongono di unificare e rendere più efficiente il modo di lavorare nelle aziende allo scopo di avere obiettivi aziendali ambiziosi e sostenibili nel tempo e tenere conto dei bisogni del cliente/utente. Il Lean Six Sigma(LSS), grazie alla sinergia dei metodi *Lean* e *Six Sigma*, è uno degli approcci più innovativi ed efficaci per revisione e miglioramento dei processi operativi. Il LSS combina la potenza dell'analisi statistica dei dati del Six Sigma con principi e strumenti atti all'eliminazione di sprechi e riduzione dei tempi di attraversamento tipiche della Lean. Punto di forza del LSS è l'approccio pratico e operativo del sistema di formazione basato su Training e Coaching (arte di apprendere e di applicare introdotte contemporaneamente in azienda).

Contenuti. Presso l'INT Pascale di Napoli nell'ambito del progetto di *Ridefinizione e attuazione di percorsi diagnostico terapeutici in ambito oncologico* riferiti a tumori a maggiore prevalenza di ricovero (mammella, polmone, colon retto, prostata, melanoma e linfoma) è stata realizzata un' iniziativa di formazione con il metodo LLS. La formazione è stata curata da formatori esperti nel LSS per costruire un linguaggio comune nell'azienda e fornire agli operatori dei team gli strumenti del LSS. L'uso di tali strumenti permetterà di migliorare la qualità clinico organizzativa e attraverso la riduzione degli eventuali sprechi potrà contribuire al contenimento dei costi. La divulgazione dei concetti base del progetto "Percorsi" e della formazione è culminato in un convegno tenutosi nel gennaio 2013. Nell'ambito di questo progetto è stato avviato un evento formativo rivolto ai 6 team di percorso sul LSS per la revisione dei processi organizzativi. L'iniziativa ha previsto: analisi statistica dei dati relativi alle pratiche clinico organizzative in uso e formazione degli operatori dei team per individuazione e soluzione delle criticità prioritarie dei processi operativi messi in atto nei percorsi. Scopo della formazione è stato fornire un metodo per l'analisi dei processi per individuare attività che producono valore e attività che determinano sprechi e per misurare e controllare la variabilità ingiustificata. Obiettivi del progetto formativo sono stati: ottenere informazioni per verificare l'andamento dei percorsi e il quadro organizzativo generale; identificare criticità da affrontare in una logica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Nel corso degli incontri i gruppi di lavoro sono stati divisi in 6 tavoli dedicati ai singoli percorsi per elaborare un progetto di miglioramento da presentare nella giornata conclusiva alla Direzione Sanitaria Aziendale.

Conclusioni. Il progetto ha avuto il risultato di favorire l'integrazione tra le varie professionalità, aumentare la consapevolezza del ruolo svolto da ciascuno nel processo di attuazione e monitoraggio dei percorsi. Ciascun team ha individuato, attraverso il metodo LSS, i principali punti critici che hanno rappresentato il punto di partenza dell'analisi e sono stati sottoposti alla DSA per implementazione di misure correttive da mettere in atto nei prossimi mesi.

Applicazione del metodo Toyota presso Istituto Nazionale Tumori "Fondazione G. Pascale" di Napoli

Granata A.*, Olivieri G.**, Ricciardelli S.***, Esposito M. R.****, Napoli C.*****, Lodato S.*****
* Contrattista presso Direzione Sanitaria Aziendale INT Fondazione Pascale Napoli
** Direttore Sanitario di Presidio INT Fondazione Pascale Napoli
*** Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio INT Fondazione Pascale Napoli
**** Coordinatore Infermieristico CIO INT Fondazione Pascale Napoli
***** Posizione Organizzativa presso DSA INT Fondazione Pascale Napoli
***** Direttore Sanitario Aziendale INT Fondazione Pascale di Napoli

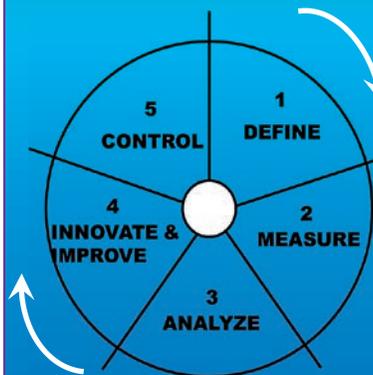


INTRODUZIONE

Negli ultimi anni per migliorare la qualità dei processi aziendali sono state introdotte varie metodologie che, nate in ambito industriale e manifatturiero, sono ormai diffuse anche in quello sanitario. Tali metodologie si propongono di unificare e rendere più efficiente il modo di lavorare nelle aziende allo scopo di avere obiettivi aziendali ambiziosi e sostenibili nel tempo e tenere conto dei bisogni del cliente/utente. Il Lean Six Sigma(LSS), grazie alla sinergia dei metodi *Lean* e *Six Sigma*, è uno degli approcci più innovativi ed efficaci per revisione e miglioramento dei processi operativi. Il LSS combina la potenza dell'analisi statistica dei dati del Six Sigma con principi e strumenti atti all'eliminazione di sprechi e riduzione dei tempi di attraversamento tipiche della Lean. Punto di forza del LSS è l'approccio pratico e operativo del sistema di formazione basato su Training e Coaching (arte di apprendere e di applicare introdotte contemporaneamente in azienda).

CONTENUTI

Presso l'INT Pascale di Napoli nell'ambito del progetto di *Ridefinizione e attuazione di percorsi diagnostico terapeutici in ambito oncologico* riferiti a tumori a maggiore prevalenza di ricovero (mammella, polmone, colon retto, prostata, melanoma e linfoma) è stata realizzata un' iniziativa di formazione con il metodo LLS. La formazione è stata curata da formatori esperti nel LSS per costruire un linguaggio comune nell'azienda e fornire agli operatori dei team gli strumenti del LSS. L'uso di tali strumenti permetterà di migliorare la qualità clinico organizzativa e attraverso la riduzione degli eventuali sprechi potrà contribuire al contenimento dei costi. La divulgazione dei concetti base del progetto "Percorsi" e della formazione è culminato in un convegno tenutosi nel gennaio 2013. Nell'ambito di questo progetto è stato avviato un evento formativo rivolto ai 6 team di percorso sul LSS per la revisione dei processi organizzativi. L'iniziativa ha previsto: analisi statistica dei dati relativi alle pratiche clinico organizzative in uso e formazione degli operatori dei team per individuazione e soluzione delle criticità prioritarie dei processi operativi messi in atto nei percorsi. Scopo della formazione è stato fornire un metodo per l'analisi dei processi per individuare attività che producono valore e attività che determinano sprechi e per misurare e controllare la variabilità ingiustificata. Obiettivi del progetto formativo sono stati: ottenere informazioni per verificare l'andamento dei percorsi e il quadro organizzativo generale; identificare criticità da affrontare in una logica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Nel corso degli incontri i gruppi di lavoro sono stati divisi in 6 tavoli dedicati ai singoli percorsi per elaborare un progetto di miglioramento da presentare nella giornata conclusiva alla Direzione Sanitaria Aziendale.



CONCLUSIONI

Il progetto ha avuto il risultato di favorire l'integrazione tra le varie professionalità, aumentare la consapevolezza del ruolo svolto da ciascuno nel processo di attuazione e monitoraggio dei percorsi. Ciascun team ha individuato, attraverso il metodo LSS, i principali punti critici che hanno rappresentato il punto di partenza dell'analisi e sono stati sottoposti alla DSA per implementazione di misure correttive da mettere in atto nei prossimi mesi.

PIANO DI CONTINUITA' OPERATIVA IN PRONTO SOCCORSO

L. Grapelli⁶, S. Passarella¹, F. Annunziata², G. Meregalli³, R. Guttadauro⁴, M. Trapani⁵, G. Cordani⁶, M. Baltrocchi⁷, P. Cavalli⁸, L. Cermesoni⁹, T. Caldarulo¹⁰

Azienda Ospedaliera G. Salvini

¹ Risk Manager; ² Responsabile della continuità operativa; ³ Responsabile Servizi Informativi e Informatici;

⁴ Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio Garbagnate Milanese; ⁵ Rho; ⁶ Bollate;

⁷ Responsabile Pronto Soccorso Bollate; ⁸ Rho; ⁹ Garbagnate Milanese; ¹⁰ Direttore Sanitario d'Azienda

Parole chiave: continuità operativa

Introduzione. L'articolo 50-bis del nuovo CAD, prevede per le Pubbliche Amministrazioni "la redazione di un piano di continuità operativa in cui siano fissati gli obiettivi e le procedure per la gestione della continuità operativa in grado di tenere conto delle potenziali criticità organizzative, strutturali e tecnologiche caratterizzanti le specifiche realtà in oggetto, definendo per ciascuna di esse delle misure correttive." Su mandato regionale, l'AO Salvini ha sviluppato un proprio piano, concentrandosi sulle attività di pronto soccorso.

L'Azienda ha 3 Presidi Ospedalieri con Pronto Soccorso/DEA di 1° livello. La gestione documentale è informatizzata da oltre 10 anni, consentendo la registrazione di tutta l'attività clinica svolta sul paziente. Il verbale di pronto soccorso viene firmato digitalmente dal medico dimettente e tutti i dati relativi alle prestazioni effettuate sono resi disponibili automaticamente per la rendicontazione in Regione con gli apposti flussi informatici previsti dalle norme regionali (circ. 28/san s.m.i. e 6/san). Una percentuale marginale della modulistica necessita di firma autografa e in misura ancora minore è prodotta in modo cartaceo. Un blocco informatico, pertanto, può avere un forte impatto organizzativo sul pronto soccorso e sui servizi ad esso collegati (laboratorio, radiologia, degenze).

Contenuti. Nel piano di continuità operativa sono state individuate le minacce che potrebbero mettere a rischio l'attività del pronto soccorso e definite le soluzioni tecnologiche, infrastrutturali ed organizzative necessarie a garantire la continuità d'esercizio: dall'attività clinica, per la sicurezza del paziente e dell'operatore, fino alla rendicontazione.

Partendo dai processi gestiti in pronto soccorso, per ciascuno di essi è stata condotta l'analisi delle minacce a cui è sottoposto e dei relativi impatti, analizzando gli effetti sull'operatività del processo, la stima del tempo di ripristino, le contromisure, le risorse umane da coinvolgere, le risorse tecnologiche e procedurali necessarie per il ripristino.

Passo successivo è stata la definizione della gestione della crisi, dalla notifica del problema, alla valutazione del danno, fino all'attivazione del piano, con il coinvolgimento dei diversi ruoli aziendali, secondo una graduazione di gravità del danno in base all'estensione del problema, ai tempi di risoluzione, all'impatto organizzativo.

Sono state definite le azioni necessarie a gestire il transitorio: predisposizione e messa a disposizione di una copia cartacea e informatizzata di tutta la modulistica sviluppo di un programma che ogni 5 minuti salva in pdf un file per ogni pz in carico al pronto soccorso, contenente tutte le informazioni inserite nel sistema fino a quel momento, oltre all'elenco dei pz presenti collegamento di almeno un PC per ogni pronto soccorso al sistema di continuità (UPS).

Risolto il problema, il ripristino della condizione iniziale viene verificato con apposita check-list.

Infine sono state definite le modalità di "recupero" dei dati necessari alla rendicontazione delle prestazioni.

Conclusioni. Stilare un piano di continuità operativa per l'attività di pronto soccorso è stato pertanto un'opportunità di crescita e miglioramento, che sarà successivamente esteso alle altre realtà che presentano un elevato livello di informatizzazione.



PIANO DI CONTINUITA' OPERATIVA IN PRONTO SOCCORSO

Autori: L. Grapelli⁶, Sabrina Passarella¹, F. Annunziata², G. Meregalli³, R. Guttadauro⁴, M. Trapani⁵, M. Baltrocchi⁷, P. Cavalli⁸, L. Cermesoni⁹, Tiziana Caldarulo¹⁰

*Risk Manager

**Responsabile della continuità operativa

***Responsabile Sistemi Informativi e Informatici

⁴Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio Garbagnate Milanese⁵, Rho⁶, Bollate⁶

⁷Responsabile Pronto Soccorso Bollate⁸, Rho⁹, Garbagnate Milanese⁹

¹⁰Direttore Sanitario d'Azienda

Parole chiave: continuità operativa

Introduzione

L'articolo 50-bis del nuovo CAD, prevede per le Pubbliche Amministrazioni "la redazione di un piano di continuità operativa in cui siano fissati gli obiettivi e le procedure per la gestione della continuità operativa in grado di tenere conto delle potenziali criticità organizzative, strutturali e tecnologiche caratterizzanti le specifiche realtà in oggetto, definendo per ciascuna di esse delle misure correttive."

Su mandato regionale, l'AO Salvini ha sviluppato un proprio piano, concentrandosi sulle attività di pronto soccorso.

L'Azienda ha 3 Presidi Ospedalieri con Pronto Soccorso/DEA di 1° livello. La gestione documentale è informatizzata da oltre 10 anni, consentendo la registrazione di tutta l'attività clinica svolta sul paziente. Il verbale di pronto soccorso viene firmato digitalmente dal medico dimettente e tutti i dati relativi alle prestazioni effettuate sono resi disponibili automaticamente per la rendicontazione in Regione con gli apposti flussi informatici previsti dalle norme regionali (circ. 28/san s.m.i. e 6/san). Una percentuale marginale della modulistica necessita di firma autografa e in misura ancora minore è prodotta in modo cartaceo. Un blocco informatico, pertanto, può avere un forte impatto organizzativo sul pronto soccorso e sui servizi ad esso collegati (laboratorio, radiologia, degenze).

Contenuti

Nel piano di continuità operativa sono state individuate le minacce che potrebbero mettere a rischio l'attività del pronto soccorso e definite le soluzioni tecnologiche, infrastrutturali ed organizzative necessarie a garantire la continuità d'esercizio: dall'attività clinica, per la sicurezza del paziente e dell'operatore, fino alla rendicontazione.

Partendo dai processi gestiti in pronto soccorso, per ciascuno di essi è stata condotta l'analisi delle minacce a cui è sottoposto e dei relativi impatti, analizzando gli effetti sull'operatività del processo, la stima del tempo di ripristino, le contromisure, le risorse umane da coinvolgere, le risorse tecnologiche e procedurali necessarie per il ripristino.

Passo successivo è stata la definizione della gestione della crisi, dalla notifica del problema, alla valutazione del danno, fino all'attivazione del piano, con il coinvolgimento dei diversi ruoli aziendali, secondo una graduazione di gravità del danno in base all'estensione del problema, ai tempi di risoluzione, all'impatto organizzativo.

Sono state definite le azioni necessarie a gestire il transitorio:

- predisposizione e messa a disposizione di una copia cartacea e informatizzata di tutta la modulistica
- sviluppo di un programma che ogni 5 minuti salva in pdf un file per ogni pz in carico al pronto soccorso, contenente tutte le informazioni inserite nel sistema fino a quel momento, oltre all'elenco dei pz presenti
- collegamento di almeno un PC per ogni pronto soccorso al sistema di continuità (UPS).

Risolto il problema, il ripristino della condizione iniziale viene verificato con apposita check-list.

Infine sono state definite le modalità di "recupero" dei dati necessari alla rendicontazione delle prestazioni.

Conclusioni

Stilare un piano di continuità operativa per l'attività di pronto soccorso è stato pertanto un'opportunità di crescita e miglioramento, che sarà successivamente esteso alle altre realtà che presentano un elevato livello di informatizzazione.

www.aogarbagnate.lombardia.it

CONSENSO INFORMATO: UNA CRITICITÀ ANCORA INCOMPRESA

A. Guaccero², A. Mundo, M.S. Fusano, A. Leaci¹

¹ Direttore Medico, Presidio Ospedaliero San Paolo, ASL BARI

² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bari "Aldo Moro"

Parole chiave: consenso informato, cartella clinica, qualità

Introduzione. Il Consenso Informato (CI) è la manifestazione della volontà del paziente e rappresenta un momento importante nel rapporto che il medico intrattiene con il paziente. Tale aspetto, nella attuale evoluzione sia della scienza medica che della legislazione, non si fonda più solo sulla maggiore o minore sensibilità del medico, ma si configura soprattutto come un preciso diritto del cittadino in qualità di paziente. Ricopre quindi un posizione di primo rilievo, dato che la sua assenza viene indicata quale fonte di responsabilità del medico, financo sotto il profilo penale, ove si ricorda che vi sono comportamenti, i quali, in mancanza di consenso, integrano gli estremi di reato.

Contenuti. La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero San Paolo ha incrementato nell'anno 2010 il controllo interno delle Cartelle Cliniche (CC), con l'intento di verificare la qualità dell'attività clinica e diffondere la cultura della CC come strumento essenziale per il lavoro dei clinici e per la prevenzione del rischio e del contenzioso.

In prima istanza è stata fatta una rilettura critica della letteratura e della normativa vigente per costruire uno strumento utile a misurare la qualità della CC.

È stata condotta una rilevazione sugli aspetti formali della compilazione della cartella clinica su un campione casuale pari al 5% circa di tutte le CC prodotte nel corso dell'anno 2010 (600 CC).

Il dato sulla correttezza compilativa del CI è risultato del 34%.

Nella seconda fase operativa è stato prodotto in stampa un opuscolo divulgativo sulla corretta compilazione della CC, distribuito a tutti i Dirigenti Medici delle Unità Operative dell'Ospedale; sono state organizzate 4 Giornate di Aggiornamento dedicate ai Dirigenti Medici per confrontarsi con le loro difficoltà operative e adottare soluzioni condivise; per tutto l'anno 2011 la Direzione Medica ha effettuato controlli a campione sulle CC per verificare l'attuazione delle disposizioni impartite ed evidenziarne le problematiche, attuando audit e redigendo verbali.

Nel periodo maggio-dicembre 2012 si è proceduto ad una nuova rilevazione a campione su 600 CC per verificare e confrontare i dati precedenti.

Il consenso informato era presente e corretto nel 37% dei casi, risultava completamente assente nel 34% dei casi, mentre era incompleto (solo la firma del paziente o solo la firma del medico) nel 29% dei casi.

Conclusioni. Nonostante il grande impegno della Direzione Medica del Presidio, il confronto dei dati tra le rilevazioni effettuate nel 2010 e nel 2012 si è dimostrato piuttosto deludente e preoccupante.

L'analisi ha dimostrato che l'acquisizione del CI è ancora visto dagli Operatori Sanitari come una mera prassi burocratica, che non riflette invece il rapporto relazionale col paziente, elemento imprescindibile a garantire il diritto all'autodeterminazione del paziente nelle scelte inerenti la propria salute.

L'analisi condotta ha evidenziato la necessità di avviare un processo di miglioramento nella compilazione del CI, rivedendo i moduli attualmente in uso, al fine di renderli essenziali, accurati e di facile lettura e comprensione per il paziente.

La validità del CI è raggiungibile solo quando tutti i professionisti sanitari comprenderanno a pieno la sua importanza non solo come strumento di lavoro, ma anche e soprattutto come strumento di tutela del medico e del paziente.

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

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

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



CONSENSO INFORMATO: una criticità ancora incompresa

INTRODUZIONE

Il Consenso Informato (CI) è la manifestazione della volontà del paziente e rappresenta un momento importante nel rapporto che il medico intrattiene con il paziente.

Tale aspetto, nella attuale evoluzione sia della scienza medica che della legislazione, non si fonda più solo sulla maggiore o minore sensibilità del medico, ma si configura soprattutto come un preciso diritto del cittadino in qualità di paziente.

Ricopre quindi un posizione di primo rilievo, dato che la sua assenza viene indicata quale fonte di responsabilità del medico, financo sotto il profilo penale, ove si ricorda che vi sono comportamenti, i quali, in mancanza di consenso, integrano gli estremi di reato.

CONTENUTI

La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero San Paolo ha incrementato nel 2010 il controllo interno delle Cartelle Cliniche (CC), con l'intento di verificare la qualità dell'attività clinica e diffondere la cultura della CC come strumento essenziale per il lavoro dei clinici e per la prevenzione del rischio e del contenzioso.

In prima istanza è stata fatta una rilettura critica della letteratura e

della normativa vigente per costruire uno strumento utile a misurare la qualità della CC.

È stato condotta una rilevazione sugli aspetti formali della compilazione della cartella clinica su un campione casuale pari al 5% circa di tutte le CC prodotte nel corso dell'anno 2010 (600 CC).

Il dato sulla correttezza compilativa del CI è risultato del 34%.

Nella seconda fase operativa è stato prodotto in stampa un opuscolo divulgativo sulla corretta compilazione della CC, distribuito a tutti i Dirigenti Medici delle Unità Operative dell'Ospedale; sono state organizzate 4 Giornate di Aggiornamento dedicate ai Dirigenti Medici per confrontarsi con le loro difficoltà operative e adottare soluzioni condivise; per tutto l'anno 2011 la Direzione Medica ha effettuato controlli a campione sulle CC per verificare l'attuazione delle disposizioni impartite ed evidenziarne le problematiche, attuando audit e redigendo verbali.

Nel periodo maggio-dicembre 2012 si è proceduto ad una nuova rilevazione a campione su 600 CC per verificare e confrontare i dati precedenti.

Il consenso informato era presente e

corretto nel 37% dei casi, risultava completamente assente nel 34% dei casi, mentre era incompleto (solo la firma del paziente o solo la firma del medico) nel 29% dei casi.

CONCLUSIONI

Nonostante il grande impegno della Direzione Medica del Presidio, il confronto dei dati tra le rilevazioni effettuate nel 2010 e nel 2012 si è dimostrato piuttosto deludente e preoccupante.

L'analisi ha dimostrato che l'acquisizione del CI è ancora visto dagli Operatori Sanitari come una mera prassi burocratica, che non riflette invece il rapporto relazionale col paziente, elemento

imprescindibile a garantire il diritto all'autodeterminazione del paziente nelle scelte inerenti la propria salute.

L'analisi condotta ha evidenziato la necessità di avviare un processo di miglioramento nella compilazione del CI, rivedendo i moduli attualmente

in uso, al fine di renderli essenziali, accurati e di facile lettura e comprensione per il paziente.

La validità del CI è raggiungibile solo quando tutti i professionisti sanitari comprenderanno a pieno la sua

importanza non solo come strumento di lavoro, ma anche e soprattutto come strumento di tutela del medico e del paziente.

“L'ISOLA CHE NON C'È?” LE MISURE DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

T. Iori*, G. Dicuonzo*, F. Moretti**, F. Bartolozzi***

* C.L.I.O., Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

** Corso di Laurea in Infermieristica, Università Campus Bio-Medico, Roma

*** Direttore Sanitario, Casa di Cura Marco Polo, Roma

Parole chiave: infezioni correlate all'assistenza; prevenzione

Introduzione. Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) colpiscono ancora oggi circa 100 milioni di persone; fra il 5-10% dei pazienti acquisisce una ICA nei paesi più sviluppati. Nel 2010 il “Compendio per le principali per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza” pubblicato a cura della Regione Emilia Romagna ha elencato le indicazioni su specifiche misure di base per il controllo delle ICA. L'adesione a queste misure risulta spesso non ottimale: sembra che erogare un'assistenza sicura, basandosi sulle evidenze e superando abitudini e convinzioni sia un pò come raggiungere l'isola che non c'è. Obiettivo di questo studio è stato identificare quali sono i motivi di non adesione alle principali misure per la prevenzione delle ICA.

Materiali e metodi. È stato utilizzato un questionario anonimo, a scelta multipla, validato, indirizzato a tutto il personale infermieristico di un Policlinico Universitario. Il questionario era composto di 22 domande che facevano riferimento specificatamente alle linee guide del Compendio.

Risultati. Hanno aderito alla ricerca 142 infermieri, pari 50% del campione coinvolto, con una adesione molto variabile nei vari reparti.

Gli operatori hanno riconosciuto, almeno a livello teorico, l'importanza delle linee guida nella prevenzione delle ICA (circa il 93%: somma delle risposte “d'accordo” e “totalmente d'accordo”). Il 60% degli intervistati è consapevole che aderire alle linee guida non significa aumentare i costi rispetto ai benefici. Tuttavia il 33% reputa non pratico seguire le linee guida nei reparti di degenza e attribuisce a questo uno dei principali motivi di non adesione. La mancata adesione alle principali misure di prevenzione risulta essere un atteggiamento di negligenza professionale solo per una parte del campione (“d'accordo” 38,4% “totalmente d'accordo” 29%). Riguardo l'utilizzo della soluzione alcolica solo il 21,6% dichiara di utilizzarla sempre. Nelle osservazioni fatte da alcuni infermieri sono stati identificati come principali motivi di non adesione: la mancanza di tempo per consultare le procedure e la sottostima del problema delle ICA. I rimedi più suggeriti per migliorare l'adesione sono stati l'utilizzo di reminders, poster o locandine per le procedure meno frequenti e corsi di aggiornamento/formazione relativi alle ultime indicazioni internazionali sulle ICA.

Conclusioni. La possibilità di prevenire le ICA si basa sull'adozione di misure note, dimostrate efficaci, ovvero evidence-based. In questa ricerca l'importanza delle linee guida non è riconosciuta da tutto il personale infermieristico come fondamentale durante l'assistenza clinica. Analizzando i risultati ottenuti da questa indagine con quelli di altri recenti pubblicazioni internazionali è emerso che i principali motivi di non adesione sono: mancanza di formazione/conoscenza del rischio di trasmissione e dell'impatto delle ICA; mancanza di tempo; mancanza materiali.

Il viaggio per arrivare alla “Isola che non c'è” è in corso ma l'approdo non è ancora vicino. La conoscenza dell'importanza delle misure di prevenzione delle ICA è presente, ma bisogna cercare di implementarle sempre di più anche nella pratica assistenziale affiancate da una adeguata e continua formazione in termini di ICA.



UNIVERSITÀ CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

39° Congresso Nazionale ANMDO
Roma, 25-27 settembre 2013



“L'ISOLA CHE NON C'È?” LE MISURE DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Iori T*; Dicuonzo G*; Moretti F**; Bartolozzi F***

* C.L.I.O., Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma
** Corso di Laurea in Infermieristica, Università Campus Bio-Medico, Roma
*** Direttore Sanitario, Casa di Cura Marco Polo, Roma
Contatti: t.iori@unicampus.it

Parole Chiave: infezioni correlate all'assistenza, prevenzione

Introduzione

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) colpiscono ancora oggi circa 100 milioni di persone; fra il 5-10% dei pazienti acquisisce una ICA nei paesi più sviluppati. Nel 2010 il “Compendio per le principali per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza” pubblicato a cura della Regione Emilia Romagna ha elencato le indicazioni su specifiche misure di base per il controllo delle ICA. L'adesione a queste misure risulta spesso non ottimale: sembra che erogare un'assistenza sicura, basandosi sulle evidenze e superando abitudini e convinzioni sia un pò come raggiungere l'isola che non c'è. Obiettivo di questo studio è stato identificare quali sono i motivi di non adesione alle principali misure per la prevenzione delle ICA.

Materiali e Metodi

È stato utilizzato un questionario anonimo, a scelta multipla, validato, indirizzato a tutto il personale infermieristico di un Policlinico Universitario. Il questionario era composto di 22 domande che facevano riferimento specificatamente alle linee guide del Compendio.

Risultati

Hanno aderito alla ricerca 142 infermieri, pari 50% del campione coinvolto, con una adesione molto variabile nei vari reparti.

Gli operatori hanno riconosciuto, almeno a livello teorico, l'importanza delle linee guida nella prevenzione delle ICA (circa il 93%: somma delle risposte “d'accordo” e “totalmente d'accordo”). Il 60% degli intervistati è consapevole che aderire alle linee guida non significa aumentare i costi rispetto ai benefici. Tuttavia il 33% reputa non pratico seguire le linee guida nei reparti di degenza e attribuisce a questo uno dei principali motivi di non adesione. La mancata adesione alle principali misure di prevenzione risulta essere un atteggiamento di negligenza professionale solo per una parte del campione (“d'accordo” 38,4% “totalmente d'accordo” 29%). Riguardo l'utilizzo della soluzione alcolica solo il 21,6% dichiara di utilizzarla sempre.

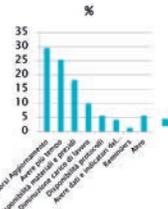
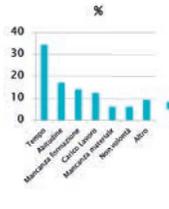
Nelle osservazioni fatte da alcuni infermieri sono stati identificati come principali motivi di non adesione: la mancanza di tempo per consultare le procedure e la sottostima del problema delle ICA. I rimedi più suggeriti per migliorare l'adesione sono stati l'utilizzo di reminders, poster o locandine per le procedure meno frequenti e corsi di aggiornamento/formazione relativi alle ultime indicazioni internazionali sulle ICA.

	Totale in disaccordo n (%)	In disaccordo n (%)	Parzialmente d'accordo n (%)	Parzialmente d'accordo n (%)	D'accordo n (%)	Totale d'accordo n (%)
1. Conosco bene le linee guida per la prevenzione delle ICA	1 (1)	5 (3,5)	34 (9,9)	33 (23,2)	69 (48,3)	20 (14,1)
3. Seguendo con attenzione la linea guida sull'igiene delle mani e la prevenzione delle ICA, il tasso di infezioni si abbasserà	1 (1)	1 (1)	2 (1,4)	6 (4,2)	60 (42,2)	72 (51)
11. Indipendentemente dalle raccomandazioni delle linee guida, io non ho voglia di cambiare le mie abitudini riguardo la prevenzione delle ICA	75 (52,9)	48 (33,8)	10 (7)	6 (4,2)	2 (1,4)	1 (1)
12. Conosco bene quando usare il prodotto alcolico in accordo con le linee guida sull'igiene delle mani	3 (2,1)	3 (2,1)	6 (4,2)	25 (17,6)	69 (48,6)	36 (25,3)
14. Ci sono altre linee guida sulla prevenzione delle ICA che sono in contrasto con quelle aziendali e dell'OMS	23 (18)	54 (42,1)	33 (25,8)	14 (11)	3 (2,3)	1 (1)
15. Non ho il tempo di usare queste linee guida	46 (32,6)	48 (34)	15 (10,6)	26 (18,4)	5 (3,5)	1 (1)
16. Ho regolarmente accesso a tutti i dispositivi, materiali di protezione necessarie per usare le linee guida sulla prevenzione delle ICA	2 (1,4)	4 (2,9)	12 (8,6)	29 (20,9)	64 (46)	28 (20)
17. Se non uso le linee guida, posso essere accusato di negligenza professionale	2 (1,4)	3 (2,1)	10 (7,2)	29 (21)	53 (38,4)	40 (29)
18. Le linee guida sono scomode da usare	42 (30,2)	48 (34,5)	27 (19,4)	19 (13,8)	2 (1,4)	1 (1)
19. Nella mia pratica cerco di implementare sempre le linee guida	3 (2,2)	1 (1)	0 (0)	26 (18,9)	82 (59,4)	26 (18,8)

	Mai n (%)	Raramente (<10% delle volte) n (%)	Qualche volta (10-50%) n (%)	Spesso (50%-90%) n (%)	Sempre (>90%) n (%)
22. Nella tua pratica lavorativa, percentualmente, quanto usi la soluzione alcolica per l'igiene delle mani?	1 (1)	9 (6,5)	22 (15,8)	77 (55,4)	30 (21,6)

Il fattore che mi può aiutare nell'implementazione delle linee guida è

La barriera più importante che impedisce l'implementazione delle linee guida è

Conclusioni

La possibilità di prevenire le ICA si basa sull'adozione di misure note, dimostrate efficaci, ovvero evidence-based. In questa ricerca l'importanza delle linee guida non è riconosciuta da tutto il personale infermieristico come fondamentale durante l'assistenza clinica. Analizzando i risultati ottenuti da questa indagine con quelli di altri recenti pubblicazioni internazionali è emerso che i principali motivi di non adesione sono: mancanza di formazione/conoscenza del rischio di trasmissione e dell'impatto delle ICA; mancanza di tempo; mancanza materiali.

Il viaggio per arrivare alla “Isola che non c'è” è in corso ma l'approdo non è ancora vicino. La conoscenza dell'importanza delle misure di prevenzione delle ICA è presente, ma bisogna cercare di implementarle sempre di più anche nella pratica assistenziale affiancate da una adeguata e continua formazione in termini di ICA.

Nel momento stesso in cui dubitate di poter volare, cessate anche di essere in grado di farlo!

(Lionel Barrymore, dal libro "L'Avventura di Peter Pan")

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI IN AMBITO ONCOLOGICO: ESPERIENZA DELL'I.N.T. "G.PASCALE" DI NAPOLI

S. Lodato*, A. Ambra**, P. Ciaramella***, S. D'Auria***, S. Gatti****, L. Giordano**, A. Granata**, V. Rossi*****

* Direttore Sanitario Aziendale INT Fondazione Pascale di Napoli

** Contrattista presso Direzione sanitaria Aziendale INT Fondazione Pascale Napoli

*** Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio INT Fondazione Pascale Napoli

**** Posizione Organizzativa Flussi Informatici INT Fondazione Pascale Napoli

***** Dirigente Servizio Infermieristico INT Fondazione Pascale Napoli

Parole chiave: PDTA, tumori

Introduzione. Il Piano oncologico nazionale 2010-2012 indica, tra gli obiettivi per il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti oncologici, lo sviluppo e la diffusione dei percorsi diagnostico terapeutici (pdt). Analogamente il vigente protocollo d'intesa tra INT e Regione e il programma di sviluppo delle attività dell'Istituto 2010-2011 indicano tra gli obiettivi dell'Istituto la definizione ed attuazione di pdt.

Contenuti. In coerenza con questi obiettivi l'Istituto Tumori ha assegnato al personale della dirigenza medica, tra gli obiettivi di risultato, la riorganizzazione e attuazione di 6 pdt relativi ai tumori a maggiore prevalenza di ricovero: mammella, polmone, colon retto, prostata, melanoma e linfoma. La progettazione e attuazione dei pdt costituisce un elemento essenziale per le organizzazioni sanitarie per migliorare: pratica clinica, comunicazione tra professionisti, lavoro di gruppo, outcome assistenziale e garantire un più efficiente utilizzo di risorse umane e strumentali. In ambito oncologico risulta determinate la definizione delle procedure e degli interventi a cui il paziente dovrà essere sottoposto e la relativa tempistica. Tale definizione lineare e standardizzata di tappe e obiettivi da perseguire determina un miglioramento dell'appropriatezza e un'ottimizzazione delle risorse disponibili. Inoltre l'esplicitazione dei pdt li rende trasparenti al paziente che potrà conoscere in anticipo il percorso e le modalità di presa in carico da parte della struttura. La costruzione dei suddetti 6 pdt ha previsto una serie di fasi così sintetizzate: identificazione dei tumori a maggiore prevalenza di ricovero; costituzione, per ciascuno dei problemi scelti, di un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, comprendente categorie di operatori coinvolti nel trattamento della condizione prescelta; revisione della letteratura scientifica sulle migliori pratiche per le patologie in esame, estrazione delle raccomandazioni e loro adattamento al contesto dell'Istituto, condivisione con il gruppo di lavoro; stesura provvisoria del pdt; analisi del confronto tra pratica corrente e pdt individuando i punti critici; analisi dei dati correlati alla condizione selezionata; per ciascun percorso è stato formalizzato un testo descrittivo e relativo diagramma di flusso da pubblicare, in forma divulgativa, sul sito del INT; identificazione di indicatori e definizione degli standard; condivisione e revisione del pdt e applicazione sperimentale; definizione di interventi correttivi, messa a regime del percorso e monitoraggio continuo mediante la costruzione di un data base dedicato.

Conclusioni. I vantaggi attesi sono: maggiore appropriatezza clinica in quanto un pdt ben organizzato permette di gestire al meglio il caso clinico intercettato, garantendo interventi efficaci, integrati ed eseguiti nei tempi giusti; maggiore appropriatezza organizzativo – gestionale mediante l'ottimizzazione delle risorse e riduzione di sprechi e ridondanze; maggiore garanzia di equità perchè l'articolazione per pdt standardizzati rappresenta l'impegno che l'istituto assume verso pazienti che si trovano in analoghe condizioni cliniche. Incremento della qualità percepita. L'adozione di pdt garantisce efficacia e trasparenza nella comunicazione con gli utenti migliorando l'impatto socio assistenziale. Inoltre essi rappresentano un contributo importante per la costruzione di pdt integrati ospedale territorio.

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI IN AMBITO ONCOLOGICO:

Esperienza dell'I.N.T. "G.Pascale" di Napoli

Lodato S.*, Ambra A.**, Ciaramella P.***, D'Auria S.***, Gatti S.****, Giordano L.**, Granata A.**, Rossi V.*****

* Direttore Sanitario Aziendale INT Fondazione Pascale di Napoli

** Contrattista presso Direzione sanitaria Aziendale INT Fondazione Pascale Napoli

*** Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio INT Fondazione Pascale Napoli

**** Posizione Organizzativa Flussi Informatici INT Fondazione Pascale Napoli

***** Dirigente Servizio Infermieristico INT Fondazione Pascale Napoli



INTRODUZIONE

Il Piano oncologico nazionale 2010-2012 indica, tra gli obiettivi per il miglioramento della qualità della assistenza ai pazienti oncologici, lo sviluppo e la diffusione dei percorsi diagnostico terapeutici (pdt). Analogamente il vigente protocollo d'intesa tra INT e Regione e il programma di sviluppo delle attività dell'Istituto 2010-2011 indicano tra gli obiettivi dell'Istituto la definizione ed attuazione di pdt.

CONTENUTI

In coerenza con questi obiettivi l'Istituto Tumori ha assegnato al personale della dirigenza medica, tra gli obiettivi di risultato, la riorganizzazione e attuazione di 6 pdt relativi ai tumori a maggiore prevalenza di ricovero: mammella, polmone, colon retto, prostata, melanoma e linfoma. La progettazione e attuazione dei pdt costituisce un elemento essenziale per le organizzazioni sanitarie per migliorare: pratica clinica, comunicazione tra professionisti, lavoro di gruppo, outcome assistenziale e garantire un più efficiente utilizzo di risorse umane e strumentali. In ambito oncologico risulta determinate la definizione delle procedure e degli interventi a cui il paziente dovrà essere sottoposto e la relativa tempistica. Tale definizione lineare e standardizzata di tappe e obiettivi da perseguire determina un miglioramento dell'appropriatezza e un'ottimizzazione delle risorse disponibili. Inoltre l'esplicitazione dei pdt li rende trasparenti al paziente che potrà conoscere in anticipo il percorso e le modalità di presa in carico da parte della struttura. La costruzione dei suddetti 6 pdt ha previsto una serie di fasi così sintetizzate: identificazione dei tumori a maggiore prevalenza di ricovero; costituzione, per ciascuno dei problemi scelti, di un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, comprendente categorie di operatori coinvolti nel trattamento della condizione prescelta; revisione della letteratura scientifica sulle migliori pratiche per le patologie in esame, estrazione delle raccomandazioni e loro adattamento al contesto dell'Istituto, condivisione con il gruppo di lavoro; stesura provvisoria del pdt; analisi del confronto tra pratica corrente e pdt individuando i punti critici; analisi dei dati correlati alla condizione selezionata; per ciascun percorso è stato formalizzato un testo descrittivo e relativo diagramma di flusso da pubblicare, in forma divulgativa, sul sito del INT; identificazione di indicatori e definizione degli standard; condivisione e revisione del pdt e applicazione sperimentale; definizione di interventi correttivi, messa a regime del percorso e monitoraggio continuo mediante la costruzione di un data base dedicato.

Le fasi del nostro progetto PDTA

- 1) Identificazione della patologia
- 2) Costituzione del gruppo di lavoro
- 3) Revisione della letteratura e delle linee guida
- 4) Stesura del percorso ispirato alle migliori pratiche cliniche
- 5) Compilazione dei diagrammi di flusso
- 6) Analisi della pratica corrente attraverso la costruzione di un data base dedicato
- 7) Confronto tra le migliori pratiche e quelle osservate e individuazione degli scostamenti
- 8) Formazione rivolta ai componenti dei team sulla metodologia di revisione dei processi organizzativi Lean Six Sigma
- 9) Individuazione delle criticità in termini di attese, ripetizioni, lentezze ecc.
- 10) Individuazione e applicazione delle soluzioni possibili alle principali criticità
- 11) Identificare gli indicatori e fissare gli standard
- 12) Condivisione del percorso
- 13) Applicazione del percorso e monitoraggio

CONCLUSIONI

I vantaggi attesi sono: maggiore appropriatezza clinica in quanto un pdt ben organizzato permette di gestire al meglio il caso clinico intercettato, garantendo interventi efficaci, integrati ed eseguiti nei tempi giusti; maggiore appropriatezza organizzativo – gestionale mediante l'ottimizzazione delle risorse e riduzione di sprechi e ridondanze; maggiore garanzia di equità perchè l'articolazione per pdt standardizzati rappresenta l'impegno che l'istituto assume verso pazienti che si trovano in analoghe condizioni cliniche. Incremento della qualità percepita. L'adozione di pdt garantisce efficacia e trasparenza nella comunicazione con gli utenti migliorando l'impatto socio assistenziale. Inoltre essi rappresentano un contributo importante per la costruzione di pdt integrati ospedale territorio.

SODDISFAZIONE LAVORATIVA INFERMIERI DEL P.O. SANTA MARIA DEL LORETO NUOVO ASL NAPOLI 1 CENTRO

W. Longanella°, E. Manzi°, L. Vittorioso°, M. Scolese^, G. Matarazzo*

* Direttore Sanitario P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

° Dirigente Medico di Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

^ Studentessa Corso di Laurea in Infermieristica

Parole chiave: soddisfazione lavorativa, infermiere, sistema premiante

Introduzione. L'infermiere professionale ha assunto un ruolo di rilevanza all'interno della organizzazione ospedaliera. Le maggiori opportunità educative, l'evoluzione tecnologica, lo sviluppo dell'informatica ed i rapidi cambiamenti socioeconomici hanno contribuito in maniera determinante alla modifiche dell'ambiente e del clima lavorativo. Grande attenzione è stata posta su innovazione, controlli di qualità, produttività, «gestione per obiettivi» e soddisfazione lavorativa. La soddisfazione lavorativa (job satisfaction) degli infermieri è uno dei fattori che può influenzare positivamente la qualità dei servizi sanitari. La direzione del Presidio Ospedaliero S.M. di Loreto Nuovo ha avviato un'indagine valutativa sul grado di soddisfazione degli infermieri.

Contenuti. Lo strumento impiegato è stato la McCloskey-Mueller Satisfaction Scale (MMSS), messa a punto dalla Iowa Nursing School negli Stati Uniti per le stesse finalità d'indagine (cfr. Calanchi, Chiarelli, Farinella, Martelli e Ruffini, 2002). Il questionario, che si compone di 31 items, tarati su scala Likert da 1 a 5 da molto insoddisfatto a molto soddisfatto, è stato somministrato a 200 infermieri del Presidio.

Le aree indagate con i relativi items sono:

Riconoscimento esplicito (1-3)

Equilibrio lavoro-famiglia (7, 10, 11, 12)

Organizzazione dell'orario di lavoro (4, 5, 6, 8, 9)

Collegli (13, 14)

Opportunità di interazioni sociale (15-18)

Opportunità professionali (19, 20, 27, 28)

Elogi riconoscimenti (22, 24,25,26, 31)

Controllo/Responsabilità (21, 23, 29, 30)

I risultati sono esposti nella sottostante tabella (Tabella 1)

Conclusioni. In sintesi prevale la soddisfazione per le facilitazioni offerte per maternità e per i figli, nonché per i rapporti con i colleghi e nella possibilità di integrarsi con altre figure professionali.

Vi è una moderata soddisfazione nell'organizzazione dell'orario di lavoro e per l'integrazione sociale. Vi è insoddisfazione per il trattamento economico, nella possibilità di interagire con l'università e nelle possibilità di carriera, e soprattutto per i riconoscimenti avuti dai superiori e nelle partecipazione alle decisioni. In periodo di spending review, non potendo garantire incrementi nei trattamenti economici, l'Amministrazione dovrà focalizzare la sua azione nel favorire l'interscambio culturale con l'Università e nel coinvolgere gli infermieri nei momenti decisionali, nella stesura di procedure e protocolli, garantendo gratificazioni e incoraggiamenti, con la collaborazione dei Direttori di Struttura Complessa e dei Coordinatori.

Bibliografia.

- AVALLONE, F. (1998). Psicologia del lavoro: storia modelli, applicazioni. Carocci, Roma.
 FISHER, C. D. (2003). Way do lay people believe that satisfaction and performance are correlated? Possible sources of commonsense theory. Journal of occupational behaviour, 24, 753-777.
 MAERAN, R.(2003). Gestione delle risorse umane nelle organizzazioni. Led, Milano.
 MAROCCI, G.(1996). Abitare l'organizzazione. Edizioni Psicologia, Roma.



REGIONE CAMPANIA
 ASL Napoli 1 Centro
 P.O. S.M. di Loreto Nuovo
 Direttore Sanitario Dr. Giuseppe Matarazzo
 Via A. Vespucci - 80142 Napoli
 Tel. 0812542713 - Fax 202015

SODDISFAZIONE LAVORATIVA INFERMIERI DEL P.O. SANTA MARIA DEL LORETO NUOVO ASL NAPOLI 1 CENTRO



°Longanella W. - °Manzi E. - °Vittorioso L. - ^Scolese M. - *Matarazzo G.

*Direttore Sanitario P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

° Dirigente Medico di Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

^ Studentessa Corso di Laurea in Infermieristica.

Parole chiave: soddisfazione lavorativa, infermiere, sistema premiante

Introduzione

L'infermiere professionale ha assunto un ruolo di rilevanza all'interno della organizzazione ospedaliera. Le maggiori opportunità educative, l'evoluzione tecnologica, lo sviluppo dell'informatica ed i rapidi cambiamenti socioeconomici hanno contribuito in maniera determinante alla modifiche dell'ambiente e del clima lavorativo. Grande attenzione è stata posta su innovazione, controlli di qualità, produttività, «gestione per obiettivi» e soddisfazione lavorativa. La soddisfazione lavorativa (job satisfaction) degli infermieri è uno dei fattori che può influenzare positivamente la qualità dei servizi sanitari. La direzione del Presidio Ospedaliero S.M. di Loreto Nuovo ha avviato un'indagine valutativa sul grado di soddisfazione degli infermieri.

Contenuti

Lo strumento impiegato è stato la McCloskey-Mueller Satisfaction Scale (MMSS), messa a punto dalla Iowa Nursing School negli Stati Uniti per le stesse finalità d'indagine (cfr. Calanchi, Chiarelli, Farinella, Martelli e Ruffini, 2002). Il questionario, che si compone di 31 items, tarati su scala Likert da 1 a 5 da molto insoddisfatto a molto soddisfatto, è stato somministrato a 200 infermieri del Presidio.

Le aree indagate con i relativi items sono:

Riconoscimento esplicito (1-3)

Equilibrio lavoro-famiglia (7, 10, 11, 12)

Organizzazione dell'orario di lavoro (4, 5, 6, 8, 9)

Collegli (13, 14)

Opportunità di interazioni sociali (15-18)

Opportunità professionali (19, 20, 27, 28)

Elogi riconoscimenti (22, 24,25,26, 31)

Controllo/Responsabilità (21, 23, 29, 30)

I risultati sono esposti nella sottostante tabella (Tabella 1)



k8793848 www.fotosearch.com

BIBLIOGRAFIA

- AVALLONE, F. (1998). Psicologia del lavoro: storia modelli, applicazioni. Carocci, Roma.
 FISHER, C. D. (2003). Way do lay people believe that satisfaction and performance are correlated? Possible sources of commonsense theory. Journal of occupational behaviour, 24, 753-777.
 MAERAN, R.(2003). Gestione delle risorse umane nelle organizzazioni. Led, Milano.
 MAROCCI, G.(1996). Abitare l'organizzazione. Edizioni Psicologia, Roma.

Scheda soddisfazione personale infermieristica P.O. Santa Maria Loreto Nuovo					
	molto soddisfatto	Moderatamente soddisfatto	Non soddisfatto/moderatamente	Moderatamente insoddisfatto	Molto insoddisfatto
1 Stipendio		35	30	40	95
2 Ferie	75	30	30	35	30
3 Benefici (assicurazioni, auto nido, pensione, etc.)	5	25	25	95	50
4 Ore di lavoro	25	30	55	10	
5 Flessibilità orario lavoro	30	40	65	15	
6 Flessibilità lavoro giorno	30	45	55	20	
7 Opportunità part-time	40	30	55	10	5
8 Programmazione orario lavoro	5	45	65	25	
9 Flessibilità pianificare fine settimana	5	45	90	20	
10 Incentivi lavoro festivo	15	40	45	30	30
11 Permessi per maternità	65	40	55	15	5
12 Permessi per i figli	100	45	30	20	5
13 Supervisione diretta (Coordinatore sat.)	115	45	15	5	
14 Collegli	45	75	20	20	
15 Medici con i quali lavori	55	30	50	10	5
16 Metodologie assistenziali in uso nel tuo reparto	30	70	70	5	5
17 Opportunità di avere contatti sociali durante il lavoro	10	70	95	20	5
18 Opportunità di avere contatti sociali con i colleghi fuori orario di lavoro	40	55	75	30	
19 Opportunità di integrarsi con altre figure professionali	40	75	65	10	20
20 Opportunità di interagire con Università e Centri di Formazione	20	50	45	20	65
21 Opportunità di far parte di progetti e gruppi di lavoro aziendali	15	60	50	35	50
22 Supervisione e controllo del tuo lavoro	20	30	30	30	70
23 Opportunità di avanzamento di carriera	5	45	25	30	75
24 Riconoscimento del tuo lavoro da parte dei diretti superiori	5	25	70	70	30
25 Riconoscimento tuo lavoro da parte dei colleghi		40	75	65	
26 Incoraggiamenti e rinforzi positivi	5	35	35	50	75
27 Opportunità di partecipare a ricerche o attività di aggiornamento/ formazione	15	40	50	35	70
28 Opportunità di scrivere e pubblicare articoli	5	20	20	65	90
29 Il tuo livello di responsabilità		55	75	50	20
30 Hai la possibilità di dare il tuo contributo alla soluzione di problemi lavorativi	15	60	65	25	25
31 Partecipazione alla presa di decisioni organizzative	10	40	30	40	90

Tabella 1

Conclusioni

In sintesi prevale la soddisfazione per le facilitazioni offerte per maternità e per i figli, nonché per i rapporti con i colleghi e nella possibilità di integrarsi con altre figure professionali. Vi è una moderata soddisfazione nell'organizzazione dell'orario di lavoro e per l'integrazione sociale. Vi è insoddisfazione per il trattamento economico, nella possibilità di interagire con l'università e nelle possibilità di carriera, e soprattutto per i riconoscimenti avuti dai superiori e nelle partecipazione alle decisioni.

In periodo di spending review, non potendo garantire incrementi nei trattamenti economici, l'Amministrazione dovrà focalizzare la sua azione nel favorire l'interscambio culturale con l'Università e nel coinvolgere gli infermieri nei momenti decisionali, nella stesura di procedure e protocolli, garantendo gratificazioni e incoraggiamenti, con la collaborazione dei Direttori di Struttura Complessa e dei Coordinatori.

IL PERCORSO ORTOGERIATRICO: MODELLO DI GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO COMPLESSO CON FRATTURA DI FEMORE

M.C. Manca, F. De Filippi^o, M. Menesatti^o, P. Floris^s, M. Passamonte^o, F. Timini^{*}, S. Scordari^{*},
 Direttore RSA S. Orsola Teglio (So); ^o S.C. R.G. Geriatria – Cure Sub Acute Presidio di Sondrio A.O. Valtellina e Valchiavenna; ^{*} S.C. Ortopedia e Traumatologia Presidio di Sondrio A.O. Valtellina e Valchiavenna;
^s Scuola di Specializzazione in Geriatria - Università degli Studi di Milano Bicocca

Parole chiave: anziano complesso, frattura di femore, percorso ortogeriatrico

Introduzione. Nell'anziano non sempre si raggiungono i livelli di efficacia che l'attuale tecnica chirurgica di trattamento della frattura di femore garantisce nelle fasce di età inferiori, in quanto la gestione delle complessità tipiche della età avanzata non è facilmente governabile. Abbiamo progettato un modello assistenziale interdipartimentale in grado di poter fornire una miglior assistenza globale all'anziano complesso con frattura di femore (HF) prossimale, ridurre le complicanze generali e locali, migliorare la qualità complessiva gestionale, favorire una ripresa possibilmente precoce del livello di autonomia, razionalizzare la durata della degenza, contrarre le spese improprie, identificare soluzioni assistenziali appropriate post dimissione mediante un corretto uso dei nodi della rete dei servizi.

Contenuto. È stato implementato un setting assistenziale dedicato al paziente anziano complesso con HF post-traumatica. Il percorso, operativo dal 2010, prevede 2 fasi distinte di degenza (ortopedica e geriatrica) ed è basato su un approccio condiviso, integrato, multidisciplinare e multidimensionale. Il paziente eleggibile viene quindi inizialmente ricoverato presso la S.C. di Ortopedia(OT) e trasferito nel post-intervento presso la Sezione di Ortogeriatrics (OG) della S.C. di Riabilitazione G. Geriatrica. Durante la degenza in OT è prevista la presa in carico da parte del geriatra con gestione ortopedica congiunta. Entro la 4^a giornata post-intervento viene attuato il trasferimento in OG per ottimizzare il percorso di stabilizzazione e di contemporanea riabilitazione sino ad ottenere le condizioni che ne permettano la dimissione per la più congrua destinazione.

Conclusioni. In 30 mesi di attività di questo setting assistenziale sono stati trattati 238 pazienti (Gruppo B). Gli indicatori individuati (Tabella) hanno mostrato andamento migliore rispetto ad un percorso tradizionale (Gruppo A). L'avvio del paziente eleggibile all'interno del percorso dedicato garantisce continuità assistenziale fin dall'ingresso in ospedale, elimina la frammentazione delle cure e gli inutili trasferimenti. L'approccio geriatrico permette di progettare un piano di trattamento personalizzato che tenga conto anche della fase seguente alla degenza ospedaliera, della continuità e dell'integrazione con le risorse disponibili. Elementi indispensabili per una corretta attuazione di questo percorso integrato e multidisciplinare sono il lavoro di gruppo da parte di tutti i professionisti coinvolti, nel rispetto di procedure condivise.

INDICATORE	GRUPPO A (32)	GRUPPO B (238)
ETA' MEDIA aa	84,5 (73-93)	85 (67-100)
DEGENZA TOTALE gg	58 (17-103)	39,3 (4-99)
DEGENZA ORTOPEDIA gg	17 (5-41)	6,34 (1-17)
DEGENZA GERIATRICA gg	58 (7-84)	33 (3-89)
TIMING gg	4	2,26 (0-8)
COMPLICANZE PRECOCI%	93,7	67,2

IL PERCORSO ORTOGERIATRICO: MODELLO DI GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO COMPLESSO CON FRATTURA DI FEMORE.

M.C. Manca , F. De Filippi^o, M. Menesatti^o, P. Floris ^s, M. Passamonte^o , F. Timini^{*}, S. Scordari^{*},
 Direttore RSA S. Orsola Teglio (So), ^oS.C. R.G. Geriatria – Cure Sub Acute Presidio di Sondrio A.O. Valtellina e Valchiavenna, ^{*}S.C. Ortopedia e Traumatologia Presidio di Sondrio A.O. Valtellina e Valchiavenna , ^sScuola di Specializzazione in Geriatria - Università degli Studi di Milano Bicocca.

Parole chiave: anziano complesso, frattura di femore, percorso ortogeriatrico.

Introduzione. Nell'anziano non sempre si raggiungono i livelli di efficacia che l'attuale tecnica chirurgica di trattamento della frattura di femore garantisce nelle fasce di età inferiori, in quanto la gestione delle complessità tipiche della età avanzata non è facilmente governabile. Abbiamo progettato un modello assistenziale interdipartimentale in grado di poter fornire una miglior assistenza globale all'anziano complesso con frattura di femore (HF) prossimale, ridurre le complicanze generali e locali, migliorare la qualità complessiva gestionale, favorire una ripresa possibilmente precoce del livello di autonomia, razionalizzare la durata della degenza, contrarre le spese improprie, identificare soluzioni assistenziali appropriate post dimissione mediante un corretto uso dei nodi della rete dei servizi.

Contenuto. È stato implementato un setting assistenziale dedicato al paziente anziano complesso con HF post-traumatica. Il percorso, operativo dal 2010, prevede 2 fasi distinte di degenza (ortopedica e geriatrica) ed è basato su un approccio condiviso, integrato, multidisciplinare e multidimensionale. Il paziente eleggibile viene quindi inizialmente ricoverato presso la S.C. di Ortopedia(OT) e trasferito nel post-intervento presso la Sezione di Ortogeriatrics (OG) della S.C. di Riabilitazione G. Geriatrica. Durante la degenza in OT è prevista la presa in carico da parte del geriatra con gestione ortopedica congiunta. Entro la 4^a giornata post-intervento viene attuato il trasferimento in OG per ottimizzare il percorso di stabilizzazione e di contemporanea riabilitazione sino ad ottenere le condizioni che ne permettano la dimissione per la più congrua destinazione.

Conclusioni. In 30 mesi di attività di questo setting assistenziale sono stati trattati 238 pazienti(Gruppo B).Gli indicatori individuati (Tab. I)hanno mostrato andamento migliore rispetto ad un percorso tradizionale (Gruppo A).L'avvio del paziente eleggibile all'interno del percorso dedicato garantisce continuità assistenziale fin dall'ingresso in ospedale, elimina la frammentazione delle cure e gli inutili trasferimenti.L'approccio geriatrico permette di progettare un piano di trattamento personalizzato che tenga conto anche della fase seguente alla degenza ospedaliera, della continuità e dell' integrazione con le risorse disponibili. Elementi indispensabili per una corretta attuazione di questo percorso integrato e multidisciplinare sono il lavoro di gruppo da parte di tutti i professionisti coinvolti, nel rispetto di procedure condivise.

Tabella I

INDICATORE	GRUPPO A (32)	GRUPPO B (238)
ETA' MEDIA aa	84,5 (73-93)	85 (67-100)
DEGENZA TOTALE gg	58 (17-103)	39,3 (4-99)
DEGENZA ORTOPEDIA gg	17 (5-41)	6,34 (1-17)
DEGENZA GERIATRICA gg	58 (7-84)	33 (3-89)
TIMING gg	4	2,26 (0-8)
COMPLICANZE PRECOCI %	93,7	67,2

LA CHECK -LIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA NEL PO INFANTILE REGINA MARGHERITA DI TORINO: VALUTAZIONE DEL SUO UTILIZZO AD UN ANNO DALL'INTRODUZIONE

M. Martinese*, F. Casassa[^], W. Cittaro**, N. Francesca**, S. Gattullo**, D. Tangolo^o, L. Odetto^{oo}

* Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino

[^] Direzione Sanitaria Presidio Sanitario Gradenigo, Torino

** Qualità PO Regina Margherita- Sant'Anna - Città della salute, Torino

^o Direzione medica di Presidio Regina Margherita - Città della salute, Torino

^{oo} Coordinatore infermieristico Dipartimento Chirurgia Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

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

Introduzione. Nel 2012 l'Azienda Ospedaliera Regina Margherita- Sant'Anna è stata coinvolta in un Progetto di Ricerca Ministeriale Multicentrico sulla Sicurezza in Pediatria che ha portato all'elaborazione di una check-list per la sicurezza del paziente pediatrico in sala operatoria. La check-list è composta da 6 Sezioni A, B, C, D, E, F, corrispondenti ciascuna ad una fase specifica del percorso del paziente:

- Sezione A: compilata in occasione del pre-ricovero
- Sezione B: compilata quando il paziente viene ricoverato;
- Sezione C: compilata al momento dell'accettazione nel blocco operatorio;
- Sezione D: compilata prima dell'esecuzione dell'intervento e al termine di esso;
- Sezione E: compilata in sala risveglio;
- Sezione F: compilata quando il paziente giunge in reparto, trasferito dalla sala operatoria.

Ogni sezione si conclude con la valutazione di completezza della check-list, cui segue una verifica all'inizio della sezione successiva. Le check-list sono state utilizzate in una fase di sperimentazione a partire dal 2 maggio 2012 sino al 30 settembre 2012; in questo periodo sono stati raccolti suggerimenti e indicazioni del personale sanitario utilizzatore che hanno determinato una prima revisione del documento emesso il 1 ottobre 2012 e la versione definitiva emessa il 4 giugno 2013. La check è attualmente parte integrante della cartella clinica.

Contenuti. Da marzo 2013 è stata valutata sistematicamente la completezza di compilazione delle check list utilizzando una scheda di valutazione costruita ad hoc. La scheda valuta, per ciascuna sezione, l'avvenuta o meno compilazione di campi ritenuti fondamentali, ovvero: reparto di provenienza, firma dell'operatore, etichetta identificativa del paziente per quelle sezioni che ne prevedono l'applicazione, presenza di voci indice, specifiche per ciascuna sezione, ritenute essere dal gruppo di lavoro con peso maggiore rispetto alle altre Completezza totale nella compilazione (numero di items compilati sul totale di items presenti) La valutazione è stata effettuata su un campione di 154 check-list archiviate nelle cartelle cliniche di pazienti operati da Settembre 2012 a Marzo 2013 su un numero totale di 1213 pazienti operati nel medesimo periodo. Dalla verifica effettuata emerge che la voce "Reparto di provenienza" è stata sempre compilata in tutte le Sezioni mentre la "Firma dell'operatore" è presente in modo variabile tra le varie così come la presenza dell'Etichetta identificativa del paziente e le "Voci indice". È però evidente che le Sezioni B - C - D - E che sono compilate in sala operatoria con maggiore accuratezza, a differenza della Sezioni A e F relative al pre-ricovero e post-intervento il cui livello di completezza può e deve essere migliorato.

Conclusioni. La media di compilazione delle check list è del 92% nell'ultimo trimestre anno 2012 e del 91% nel primo trimestre anno 2013 risulta più che soddisfacente e decisamente migliorata rispetto alla media emersa con la valutazione delle check list durante il periodo di prova pari al 24% svolto da Maggio ad Agosto 2012. La non completa compilazione delle voci soprattutto nelle sezioni compilate nella fase del pre-ricovero e post-operatorie mostrano come sia necessaria però necessaria una sorveglianza attiva e continua al fine di ottenere la completa compilazione in ogni fase del percorso del paziente. Inoltre nel Maggio 2013 le check-list sono state introdotte anche per gli interventi di emodinamica e di endoscopia nonché per tutti gli interventi eseguiti in regime d'urgenza. Il sistema di sorveglianza inerente la completa e corretta compilazione dovrà quindi essere esteso anche su queste nuove check-list.



La check -list per la sicurezza in sala operatoria nel PO Infantile Regina Margherita di Torino: valutazione del suo utilizzo ad un anno dall' introduzione

M. Martinese*, F. Casassa[^], W. Cittaro, ** N. Francesca**, S. Gattullo, **, D.Tangolo , L.Odetto

* Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino

[^] Direzione Sanitaria Presidio Sanitario Gradenigo, Torino

** Qualità PO Regina Margherita- Sant'Anna - Città della salute, Torino

Direzione medica di Presidio Regina Margherita - Città della salute, Torino

Coordinatore infermieristico Dipartimento Chirurgia Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Nel 2012 l' Azienda Ospedaliera Regina Margherita- Sant'Anna è stata coinvolta in un Progetto di Ricerca Ministeriale Multicentrico sulla Sicurezza in Pediatria che ha portato all' elaborazione di una check-list per la sicurezza del paziente pediatrico in sala operatoria. La check-list è composta da 6 Sezioni A, B, C, D, E, F, corrispondenti ciascuna ad una fase specifica del percorso del paziente:

- **Sezione A** : compilata in occasione del pre-ricovero
- **Sezione B**: compilata quando il paziente viene ricoverato;
- **Sezione C**: compilata al momento dell'accettazione nel blocco operatorio;
- **Sezione D**: compilata prima dell'esecuzione dell'intervento e al termine di esso;
- **Sezione E**: compilata in sala risveglio;
- **Sezione F**: compilata quando il paziente giunge in reparto, trasferito dalla sala operatoria.

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

Le check-list sono state utilizzate in una FASE DI SPERIMENTAZIONE a partire dal 2 maggio 2012 sino al 30 settembre 2012; in questo periodo sono stati raccolti suggerimenti e indicazioni del personale sanitario utilizzatore che hanno determinato una prima revisione del documento emesso il 1 ottobre 2012 e la versione definitiva emessa il 4 giugno 2013.

La check è attualmente parte integrante della cartella clinica.

VALUTAZIONE

La valutazione è stata effettuata su un campione di 154 check-list archiviate nelle cartelle cliniche di pazienti operati da Settembre 2012 a Marzo 2013 su un numero totale di 1213 pazienti operati nel medesimo periodo. E' stata valutata sistematicamente la completezza di compilazione delle check list utilizzando una scheda di valutazione costruita ad hoc che ha individuato per ciascuna sezione la compilazione di questi campi fondamentali:

- **REPARTO di provenienza**
- **FIRMA dell'operatore**
- **ETICHETTA identificativa del paziente**
- **VOCI INDICE** specifiche per ciascuna sezione ritenute dal gruppo di lavoro con peso maggiore rispetto alle altre
- **COMPLETEZZA TOTALE** nella compilazione (numero di items compilati sul totale di items presenti)

La seguente tabella riassume i risultati della valutazione effettuata nell'ultimo trimestre 2012 e nel primo trimestre 2013

SEZIONI	ULTIMO TRIMESTRE 2012						PRIMO TRIMESTRE 2013					
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F
REPARTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FIRMA	87%	91%	94%	92%	95%	82%	88%	95%	96%	95%	94%	83%
ETICHETTA	91%	94%	99%	non richiesta	non richiesta	74%	93%	96%	97%	non richiesta	non richiesta	72%
VOCI INDICE	90%	93%	100%	100%	95%	81%	91%	96%	97%	97%	92%	82%
COMPLETEZZA	86%	91%	100%	99%	95%	80%	89%	91%	96%	95%	92%	80%

La MEDIA COMPILAZIONE delle check list è del 92% nell' ultimo trimestre anno 2012 e del 91% nel primo trimestre anno 2013: decisamente migliorata rispetto alla media emersa durante il periodo di prova (Maggio- Agosto 2012) pari al 24%.

La non completa compilazione delle voci nelle sezioni compilate in fase pre-ricovero e post-operatoria (Sezioni A e F) rispetto alle sezioni compilate in sala operatoria mostrano come sia necessaria necessaria una sorveglianza attiva e continua. Nel Maggio 2013 le check-list sono state introdotte anche per gli interventi di emodinamica e di endoscopia e per tutti gli interventi d'urgenza. Il sistema di sorveglianza dovrà quindi essere esteso anche su queste nuove check-list.

FATTORI DI RISCHIO E PREVENZIONE DEI MALTRATTAMENTI DELL'INFANZIA

G. Matarazzo*, E. Manzi°, L. Vittorioso°, V. Nappo^, W. Longanella°, A. Vescuso°°

* Direttore Sanitario P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro; ° Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro; °° Responsabile U.O. Neonatologia P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro; ^ Dirigente Medico U.O. Neonatologia P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

Parole chiave: Rischio Maltrattamenti, Neonati, Condizioni Socioeconomiche

Introduzione. In Italia alle soglie del 2000 sui bambini si consumano ancora maltrattamenti attraverso il compimento di atti che ledono la loro integrità fisica e morale. L'indice tendenziale di nascite presso il P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo è di circa 1000 nati all'anno. Da alcuni anni il responsabile dell'U.O. Di Neonatologia in accordo con la Direzione Sanitaria presidiale, ha intrapreso un'iniziativa di studio sul contesto familiare dei bambini nati presso la struttura, per identificare i potenziali rischi di maltrattamento degli stessi.

Contenuti. La frequenza di maltrattamento neonatale è riconducibile all'interazione di alcuni fattori di rischio connessi alle condizioni socioeconomiche della famiglia e ad alterazioni caratteriali dei genitori. È stato stabilito che dopo il parto o alla dimissione del neonato venissero somministrati dei questionari (in modalità anonima) ai genitori per rilevare le caratteristiche comportamentali o socioeconomiche. Sono stati analizzati: reddito familiare, grado di istruzione dei genitori, stabilità del nucleo familiare, dati occupazionali dei genitori, modalità di possesso dell'abitazione di residenza, numero di gravidanze precedenti, con percentuale di gravidanze non desiderate. Inoltre sono stati analizzate caratteristiche caratteriali dei genitori mediante dei test per il grado di stress e di depressione, nonché è stato chiesto se avevano subito maltrattati da bambini, se avevano buone relazioni con i suoceri e se avevano fatto uso di droga o di alcol in quantità eccedenti la norma.

Dall'indagine effettuata su circa 1027 coppie di genitori, è stato rilevato che la media del reddito familiare è di circa € 1.350,00 mensili, che nel 7% dei casi il rapporto di coppia era instabile; nel 42 % dei casi i genitori avevano la licenza elementare, nel 43% quella media, 13% diploma e 2% la laurea; 5% erano disoccupati e 44% senza stabile lavoro, 35% operai, 9% impiegati, 9% libero professionisti e 4% commercianti; 24% erano proprietari dell'abitazione in cui vivevano, 60% l'avevano in fitto e il 16% coabitava o viveva in locali di fortuna; nell'8,6% dei casi la gravidanza non era desiderata; nel 4% dei casi uno o entrambi i genitori erano stati maltrattati da bambini; il 40% dei genitori risultava essere stressato; il 20% iracundi o autoritari; il 15% depressi ed il 16% risultava avere contrasti con i suoceri. Per quanto attiene l'uso di droga o alcol i soggetti in studio non si sono espressi.

Sono stati poi considerati quali bambini a rischio quelli i cui genitori presentavano almeno 2 dei fattori di rischio elencati. Ed il 15% dei neonati nati nell'anno 2012 presso il P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo lo era a rischio di maltrattamento.

Conclusioni. Un'azione decisa s'impone pertanto al momento in cui i fenomeni del tessuto familiare ed urbano spingono l'infanzia fuori da situazioni di legalità e del vivere civile. Il fine del nostro lavoro è quello di promuovere nelle istituzioni, nella società civile e soprattutto nelle famiglie, l'impegno e l'interesse a garantire lo sviluppo armonico psicofisico dell'infanzia. Potrebbe essere attivato uno sportello di assistenza ai genitori che fornisca agli stessi formazione su come devono aver cura dei propri bambini, iniziando nel periodo post partum. In tale periodo, una volta individuati i soggetti a rischio farli seguire presso i consultori o a domicilio da figure professionali idonee. La rimozione degli squilibri economici e sociali, la sensibilizzazione dell'opinione pubblica e una idonea campagna di prevenzione sono obiettivi da perseguire con l'aiuto della medicina territoriale, dei consultori, con una forte spinta degli organi di governo regionali, comunali ed aziendali nonché con il supporto degli organi di informazione.

La salute, la cultura, la dirittura morale delle future generazioni dipenderà molto dall'impegno che le istituzioni tutte produrranno nel prendersi cura dell'infanzia.



Fattori di Rischio e Prevenzione dei Maltrattamenti dell'Infanzia



*Matarazzo G. - °Longanella W. - °Manzi E. - °Vittorioso L. - ^Nappo V. - °Vescuso A.

*Direttore Sanitario P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

° Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

^ Dirigente Medico U.O. Neonatologia Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

° Responsabile U.O. Neonatologia Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

Parole chiave: Rischio Maltrattamenti, Neonati, Condizioni Socioeconomiche

Introduzione

In Italia alle soglie del 2000 sui bambini si consumano ancora maltrattamenti attraverso il compimento di atti che ledono la loro integrità fisica e morale. L'indice tendenziale di nascite presso il P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo è di circa 1000 nati all'anno. Da alcuni anni il responsabile dell'U.O. Di Neonatologia in accordo con la Direzione Sanitaria presidiale, ha intrapreso un'iniziativa di studio sul contesto familiare dei bambini nati presso la struttura, per identificare i potenziali rischi di maltrattamento degli stessi.

Contenuti

La frequenza di maltrattamento neonatale è riconducibile all'interazione di alcuni fattori di rischio connessi alle condizioni socioeconomiche della famiglia e ad alterazioni caratteriali dei genitori. È stato stabilito che dopo il parto o alla dimissione del neonato venissero somministrati dei questionari (in modalità anonima) ai genitori per rilevare le caratteristiche comportamentali o socioeconomiche. Sono stati analizzati: reddito familiare, grado di istruzione dei genitori, stabilità del nucleo familiare, dati occupazionali dei genitori, modalità di possesso dell'abitazione di residenza, numero di gravidanze precedenti, con percentuale di gravidanze non desiderate. Inoltre sono stati analizzate caratteristiche caratteriali dei genitori mediante dei test per il grado di stress e di depressione, nonché è stato chiesto se avevano subito maltrattati da bambini, se avevano buone relazioni con i suoceri e se avevano fatto uso di droga o di alcol in quantità eccedenti la norma.

Dall'indagine effettuata su circa 1027 coppie di genitori, è stato rilevato che la media del reddito familiare è di circa € 1.350,00 mensili, che nel 7% dei casi il rapporto di coppia era instabile; nel 42 % dei casi i genitori avevano la licenza elementare, nel 43% quella media, 13% diploma e 2% la laurea; 5% erano disoccupati e 44% senza stabile lavoro, 35% operai, 9% impiegati, 9% libero professionisti e 4% commercianti; 24% erano proprietari dell'abitazione in cui vivevano, 60% l'avevano in fitto e il 16% coabitava o viveva in locali di fortuna; nell'8,6% dei casi la gravidanza non era desiderata; nel 4% dei casi uno o entrambi i genitori erano stati maltrattati da bambini; il 40% dei genitori risultava essere stressato; il 20% iracundi o autoritari; il 15% depressi ed il 16% risultava avere contrasti con i suoceri. Per quanto attiene l'uso di droga o alcol i soggetti in studio non si sono espressi.

Sono stati poi considerati quali bambini a rischio quelli i cui genitori presentavano almeno 2 dei fattori di rischio elencati. Ed il 15% dei neonati nati nell'anno 2012 presso il P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo lo era a rischio di maltrattamento.

Conclusioni

Un'azione decisa s'impone pertanto al momento in cui i fenomeni del tessuto familiare ed urbano spingono l'infanzia fuori da situazioni di legalità e del vivere civile. Il fine del nostro lavoro è quello di promuovere nelle istituzioni, nella società civile e soprattutto nelle famiglie, l'impegno e l'interesse a garantire lo sviluppo armonico psicofisico dell'infanzia. Potrebbe essere attivato uno sportello di assistenza ai genitori che fornisca agli stessi formazione su come devono aver cura dei propri bambini, iniziando nel periodo post partum. In tale periodo, una volta individuati i soggetti a rischio farli seguire presso i consultori o a domicilio da figure professionali idonee. La rimozione degli squilibri economici e sociali, la sensibilizzazione dell'opinione pubblica e una idonea campagna di prevenzione sono obiettivi da perseguire con l'aiuto della medicina territoriale, dei consultori, con una forte spinta degli organi di governo regionali, comunali ed aziendali nonché con il supporto degli organi di informazione.

La salute, la cultura, la dirittura morale delle future generazioni dipenderà molto dall'impegno che le istituzioni tutte produrranno nel prendersi cura dell'infanzia.



STUDIO OSSERVAZIONALE INFORTUNI SUL LAVORO P.O. SANTA MARIA DEL LORETO NUOVO ASL NAPOLI 1 CENTRO

G. Matarazzo*, E. Manzi°, L. Vittorioso°, G. Granato^, W. Longanella°

* Direttore Sanitario P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

° Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

^ Medico Competente P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo

Parole chiave: sorveglianza sanitaria, infortuni sul lavoro, misure di prevenzione

Introduzione. In Italia gli addetti del comparto sanità sono circa 800mila e i rischi a cui sono esposti sono molteplici. La definizione del fenomeno implica la necessità di individuare in via preliminare gli aspetti che caratterizzano la sicurezza sul luogo di lavoro. Tali aspetti possono riguardare sia la struttura (spazi, etc.) che le procedure (organizzazione, presenza di protocolli e linee guida, identificazione dei ruoli etc.). Risulta inoltre importante identificare le aree dove la frequenza del fenomeno infortunistico si rivela più elevata, le procedure a rischio, le qualifiche del personale maggiormente colpito. Gli infortuni denunciati all'Inail nel 2010 sono stati 15.417, in calo del 2,5% rispetto all'anno precedente. Le modalità di accadimento più frequenti sono: scivolamento sul pavimento, movimentazione manuale dei carichi, contatto e puntura con aghi e oggetti taglienti, aggressione, uso di attrezzature, in itinere. Le professioni che hanno fatto registrare il maggior numero di denunce di infortunio sono quelle proprie del comparto: infermieri (46%), OSS (22%), i medici (poco meno del 6%), gli impiegati, operatori di riabilitazione.

Contenuti. Lo scopo del lavoro è quello di quantificare il fenomeno infortunistico all'interno del P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo, ASL Napoli 1 Centro, per verificare se negli anni vi siano state differenze e per identificare quali siano le azioni da intraprendere per ridurre al minimo gli eventi infortunistici. L'indagine condotta riguarda gli ultimi 10 anni di attività e i dati sono stati rilevati dal Registro Infortuni e dai fascicoli individuali del personale. I risultati sono esposti nelle tabelle 1 e 2.

Conclusioni. Non esiste una differenza statisticamente rilevante tra area medica e chirurgica. La qualifica dei soggetti maggiormente colpiti è stata quella degli infermieri professionali, in linea con il dato nazionale, seguita dai medici per valore assoluto e dagli OSS in percentuale (gli OSS sono in numero di gran lunga inferiore ai medici).

La prevalenza delle ferite da punta e/o taglio quale primo infortunio a rischio biologico, conferma i dati presenti in letteratura. Non risulta sostanzialmente modificata l'occorrenza di eventi infortunistici legata alla movimentazione manuale dei carichi ed ai vari traumatismi non comportanti rischio biologico.

Nel Pronto Soccorso si è registrata una riduzione dell'evento infortunistico nell'ultimo anno di rilevazione rispetto al precedente. Questo è dovuto presumibilmente ai cambiamenti organizzativi avutisi e all'aumento del personale ivi assegnato. Risulta quindi evidente la necessità non solo di approfondire l'informazione e la formazione dei lavoratori sul tema specifico della sicurezza nei luoghi di lavoro, soprattutto per quanto attiene il rischio biologico e la movimentazione dei carichi, ma anche di intervenire sull'organizzazione del lavoro, e di verificare il corretto utilizzo dei DPI e degli ausili per la movimentazione dei carichi.



REGIONE CAMPANIA
ASL Napoli 1 Centro
P.O. S. M. di Loreto Nuovo
Direttore Sanitario Dr. Giuseppe Matarazzo
Via A. Vesputio - 80142 Napoli
Tel. 081.5424713 - Fax 081.542471

STUDIO OSSERVAZIONALE INFORTUNI SUL LAVORO P.O. SANTA MARIA DEL LORETO NUOVO ASL NAPOLI 1 CENTRO



°Longanella W. - °Manzi E. - °Vittorioso L. - ^ Granato G. - *Matarazzo G.

*Direttore Sanitario P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

° Dirigente Medico di Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo Asl Napoli 1 Centro

^ Medico Competente P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo ASL Napoli 1 Centro

Parole chiave:
Sorveglianza sanitaria, Infortuni sul lavoro, Misure di prevenzione

Introduzione

In Italia gli addetti del comparto sanità sono circa 800mila e i rischi a cui sono esposti sono molteplici. La definizione del fenomeno implica la necessità di individuare in via preliminare gli aspetti che caratterizzano la sicurezza sul luogo di lavoro. Tali aspetti possono riguardare sia la struttura (spazi, etc.) che le procedure (organizzazione, presenza di protocolli e linee guida, identificazione dei ruoli etc.). Risulta inoltre importante identificare le aree dove la frequenza del fenomeno infortunistico si rivela più elevata, le procedure a rischio, le qualifiche del personale maggiormente colpito. Gli infortuni denunciati all'Inail nel 2010 sono stati 15.417, in calo del 2,5% rispetto all'anno precedente. Le modalità di accadimento più frequenti sono: scivolamento sul pavimento, movimentazione manuale dei carichi, contatto e puntura con aghi e oggetti taglienti, aggressione, uso di attrezzature, in itinere. Le professioni che hanno fatto registrare il maggior numero di denunce di infortunio sono quelle proprie del comparto: infermieri (46%), OSS (22%), i medici (poco meno del 6%), gli impiegati, operatori di riabilitazione.

Infertuni occorsi	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
Per Unità Operativa	37	54	58	45	39	33	45	55	56	64
Neurochirurgia	5	2	1	4	3	3	2		4	1
Neurologia	1	5	2		1	1	1	2	2	
Maternità	4	5	4	1	2	2	4	4	3	5
Cardiologia - Uric	1	2	2	3	3	4	4	3	5	3
Riabilitazione	2	2	2	8	3	3	4	4	4	7
Salte Operatorie	1	2	4	5	4	3	4	2	10	8
Oncologia	2	4	2	3	2	3	7	5	3	11
Nido	1	2								
Medicina	5	7	3	5	4	3	3	4	1	4
Chirurgia	2	2	5	7	5	4	3	5	11	9
Pronto Soccorso	9	15	10	4	9	8	10	17	9	9
Radiologia	1	3	1	1	2			2	1	1
Laboratorio di Analisi				1	1		2	1		2
Altro	3	1	2	2		2	2	3	3	3
Per modalità di infortunio										
Ferite da punta e/o tagliente	9	19	13	14	22	18	18	22	23	27
Traumatismi, contusioni, escorrazioni	19	22	19	21	15	14	21	23	22	20
Lombalgia da sforzo	5	6	2	1	2		1		3	6
Schizzi di sangue o altri liquidi biologici	4	4					2	6	2	6
Fratture	2	3	4	2		1	3	4	4	5
Altro	2					2			2	

Tabella 2

Conclusioni

Non esiste una differenza statisticamente rilevante tra area medica e chirurgica. La qualifica dei soggetti maggiormente colpiti è stata quella degli infermieri professionali, in linea con il dato nazionale, seguita dai medici per valore assoluto e dagli OSS in percentuale (gli OSS sono in numero di gran lunga inferiore ai medici).

La prevalenza delle ferite da punta e/o taglio quale primo infortunio a rischio biologico, conferma i dati presenti in letteratura. Non risulta sostanzialmente modificata l'occorrenza di eventi infortunistici legata alla movimentazione manuale dei carichi ed ai vari traumatismi non comportanti rischio biologico.

Nel Pronto Soccorso si è registrata una riduzione dell'evento infortunistico nell'ultimo anno di rilevazione rispetto al precedente. Questo è dovuto presumibilmente ai cambiamenti organizzativi avutisi e all'aumento del personale ivi assegnato. Risulta quindi evidente la necessità non solo di approfondire l'informazione e la formazione dei lavoratori sul tema specifico della sicurezza nei luoghi di lavoro, soprattutto per quanto attiene il rischio biologico e la movimentazione dei carichi, ma anche di intervenire sull'organizzazione del lavoro, e di verificare il corretto utilizzo dei DPI e degli ausili per la movimentazione dei carichi.



Contenuti

Lo scopo del lavoro è quello di quantificare il fenomeno infortunistico all'interno del P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo, ASL Napoli 1 Centro, per verificare se negli anni vi siano state differenze e per identificare quali siano le azioni da intraprendere per ridurre al minimo gli eventi infortunistici. L'indagine condotta riguarda gli ultimi 10 anni di attività e i dati sono stati rilevati dal Registro Infortuni e dai fascicoli individuali del personale. I risultati sono esposti nelle tabelle 1 e 2.

Infortuni P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo: distribuzione per sesso e per qualifica											
Infertuni occorsi	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	TOT
Totale Infortuni	37	54	58	45	39	35	45	55	56	64	468
Distribuzione per sesso											
Maschi	20	33	20	26	29	19	26	36	37	39	285
Femmine	17	21	18	19	10	16	19	19	19	25	183
Distribuzione per qualifica											
Infermieri	20	34	23	30	24	17	33	28	31	28	268
OSS	6	8	6	4	5	7	2	10	5	8	61
Medici	6	7	6	8	6	7	8	13	14	24	99
Omnica	2	1		1	2	1	1	1	2	1	12
Tecnici Laboratorio		1	1							2	4
Tecnici Radiologia	1	1			1	1		1	1		6
Vigilanti/Psicofisici	1	1		1				2		1	6
Amministrativi			1	1	1	2			2		7
Tecnico Manutenzioni	1		1				1				3
Fisioterapista			1						1		2

Tabella 1



LA CARTELLA CLINICA INTEGRATA, UNO STRUMENTO DEL CAMBIAMENTO: L'ESPERIENZA DEI PP.OO. VITTORIO EMANUELE E FERRAROTTO DI CATANIA

A.R. Mattaliano*, R. Cunsolo**, M.G. Torre[~], G. Saglimbeni[^], V. Parrinello[°]

* Direttore medico di Presidio PP.OO. V.Emanuele-Ferrarotto; ** Dirigente medico di Presidio PP.OO. V.Emanuele-Ferrarotto; [~] Responsabile Servizio Infermieristico PP.OO. Vittorio Emanuele-Ferrarotto; [^] Referente aziendale Rischio clinico; [°] Responsabile Qualità e Rischio clinico
Direttore Generale ff: dr Antonio Lazzara – AOU “Policlinico Vittorio Emanuele” di Catania

Parole chiave: documentazione, cartella clinica integrata, gestione del rischio clinico

Introduzione. La cartella clinica (CC) è uno strumento finalizzato a governare ed a soddisfare esigenze diverse: didattica e ricerca; finanziamento e remunerazione delle prestazioni; comunicazione efficace tra professionisti che intervengono nel processo di diagnosi e cura; continuità assistenziale e follow up; esercizio di diritti rispetto alla tutela degli interessi della persona assistita, dell'Azienda che eroga l'assistenza, degli operatori che agiscono in suo nome; prevenzione di errori ed eventi avversi dovuti ad un difetto di comunicazione.

L'esigenza di aggiornare il format della CC (con indicazione a costruire un modello di CC integrata per la parte medica e infermieristica) rientra tra le priorità dell'AOU nell'ambito di politiche sanitarie orientate alla gestione del rischio clinico e costituisce, al tempo stesso, l'espressione della necessità di cambiamento dell'organizzazione del processo clinico assistenziale che, nel recente passato, gravava solo sul singolo professionista, ma che oggi è centrato sul lavoro di squadra e sulla multidisciplinarietà degli interventi assistenziali.

Contenuti. È stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha definito ed analizzato requisiti e standard della documentazione sanitaria, tratti dalla norma cogente, dalle sentenze della corte di cassazione, dalle raccomandazioni del Ministero della Salute e dal manuale per l'accreditamento degli ospedali di Joint Commission International, da disposizioni regionali (non ultima la redazione della scheda unica di terapia).

È stato quindi predisposto un format di CC delle parti comuni a tutte le discipline specialistiche ad alla professione infermieristica, comprendente: la sezione anagrafica; la valutazione iniziale infermieristica (parametri vitali, screening del dolore, esame dei fattori sociali, economici, fisici e psicologici, screening del rischio di caduta e di lesioni da decubito); la valutazione iniziale medica (anamnesi fisiologica, patologica remota e prossima, anamnesi farmacologica e riconciliazione della terapia, esame obiettivo generale); infine la scheda di diario clinico, con un campo per le valutazioni mediche ed uno per quelle infermieristiche. Il modello è stato sperimentato in 8 Unità Operative (UO), rappresentative delle diverse specialità, ed applicato sull'assistenza resa a 10 pazienti. Al termine, sono state raccolti e inserite osservazioni e suggerimenti nel format di CC. Attualmente le UO stanno elaborando la parte specialistica della cartella clinica integrata, componendo le sezioni di valutazione iniziale infermieristica e medica specifiche della disciplina.

Conclusioni. La redazione del nuovo format di CC integrata è stata accolta con favore ed interesse da tutte le professionalità coinvolte dal processo di cura dei PP.OO. Vittorio Emanuele e Ferrarotto, e riconosciuta come uno strumento efficace per integrare le professionalità e per migliorare la sicurezza del paziente. L'esperienza sinora maturata circa l'utilizzo di un format generale, comune a tutte le discipline, ed una sezione specialistica modulare, si ritiene possa rappresentare una soluzione utile per garantire l'omogeneità delle valutazioni iniziali e il rispetto dei requisiti e degli standard, nazionali e regionali, relativi CC.

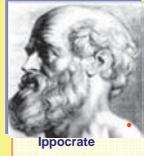


**Azienda Ospedaliera Universitaria
“Policlinico - Vittorio Emanuele”
Catania**
Direttore Generale f.f.: **Dr. Antonio Lazzara**



La cartella clinica integrata, uno strumento del cambiamento: l'esperienza dei PP.OO. Vittorio Emanuele e Ferrarotto di Catania

A.R. Mattaliano*, R.Cunsolo**, M.G. Torre[~], G. Saglimbeni[^], V.Parrinello[°]
* Direttore medico di Presidio PP.OO. V.Emanuele-Ferrarotto - ** Dirigente medico di Presidio PP.OO. V.Emanuele-Ferrarotto - [~] Responsabile Servizio Infermieristico PP.OO. Vittorio Emanuele-Ferrarotto - [^] Referente aziendale Rischio clinico - [°] Responsabile Qualità e Rischio clinico



**Cartella Clinica,
strumento per:**

- **Didattica e ricerca**
- **Finanziamento e remunerazione**
- **Comunicazione efficace tra professionisti per diagnosi e cura**
- **Continuità assistenziale e follow-up**
- **Esercizio di diritti: persona assistita, Azienda; Operatori**
- **Prevenzione di errori ed eventi avversi per difetto di comunicazione**

CARTELLA CLINICA INTEGRATA



GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE PER:

- **Definire requisiti e standard** derivanti da Sentenze, Raccomandazioni ministeriali, Manuale per l'accreditamento Joint Commission, Norme nazionali e regionali (come nel caso della **scheda unica di terapia**)
- **Predisporre un format di CC** delle parti comuni a tutte le discipline specialistiche ad alla professione infermieristica circa: anagrafica; valutazione iniziale infermieristica e medica; scheda di diario clinico comune

RISULTATI ATTESI CON LA REDAZIONE DEL NUOVO FORMAT DI CC INTEGRATA

GOALS

- **COMPLIANCE** di tutte le **professionalità** coinvolte nel processo di diagnosi e cura dei PP.OO. Vittorio Emanuele e Ferrarotto
- **RICONOSCIMENTO** della CC integrata come strumento efficace per integrare le **professionalità** e per migliorare la **sicurezza** del paziente
- **SOLUZIONE UTILE** per garantire **l'omogeneità** delle valutazioni iniziali e il rispetto dei requisiti e degli standard, nazionali e regionali

Format di CC:

- **Sperimentato** in 8 UO rappresentative delle specialità
- **Applicato** sull'assistenza resa a 10 pazienti
- **Integrato** con osservazioni e suggerimenti
- **Revisionato** nella parte specialistica per le sezioni di valutazione iniziale infermieristica e medica



DA PICCOLO OSPEDALE A CASA DELLA SALUTE: UN ESEMPIO CONSOLIDATO E UNA STRUTTURA IN FIERI

C. Bagalini, E. Bianchini, E. Borghini, N. Damiani, B.M. Gentilozzi, G. Scaloni, M.R. Mazzocanti

Direzione Medica, Strutture Ospedaliere Macerata-Tolentino-Treia, Area Vasta 3 - ASUR Marche

Parole chiave: piccolo ospedale, riorganizzazione

Introduzione. I baby boomers stanno invecchiando i nati dopo la seconda guerra mondiale sono entrati nel mondo del lavoro nel periodo della ricostruzione e della crescita economica, ora sono pensionati o si avviano al pensionamento. Nella provincia di Macerata, Area Vasta 3, la popolazione con età superiore a 65 anni sul totale è del 24%; è del 20% il valore nazionale.

L'invecchiamento della popolazione ha, tra le sue conseguenze, anche un aumento significativo dei ricoveri ospedalieri di pazienti anziani; rispetto alla media dei soggetti ricoverati, gli anziani trascorrono in ospedale un numero di giorni più di tre volte maggiore (Quaderni del Ministero della Salute n.6).

Il piano sanitario Regione Marche individua nelle "cure intermedie" l'area delle cure sub-intensive, fra l'intensività assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività assistenziale per la cronicità garantita a domicilio o nelle strutture residenziali.

Contenuti. Alla fine degli anni '90 è iniziata la trasformazione del "piccolo ospedale" di Treia in Casa della Salute, portandolo agli attuali 40 posti letto, 20 di lungodegenza e 20 di riabilitazione. Nel 1998 i ricoveri erano stati 1529, 970 di chirurgia e 559 di medicina. Nel 1999 è iniziata l'attività di lungodegenza con 433 ricoveri e di riabilitazione con 88 ricoveri; rimanevano 7 ricoveri di chirurgia. Nel 2000 i ricoveri erano 494 suddivisi tra lungodegenza e riabilitazione. L'accesso alla lungodegenza avviene previa valutazione multidimensionale geriatrica e valutazione dell'outcome finale. I piani di Area Vasta odierni confermano la realtà assistenziale di Treia.

La Determina 639 ASURDG del 31/7/2012, in accordo con il PSR ridefinisce la rete ospedaliera al fine di renderla coerente con i veri bisogni di salute, ponendo la base per la costruzione di una rete integrata, rivolta a pazienti sempre più anziani, con polipatologie, con cronicità che tendono a riaccutizzarsi, che copra l'intero percorso acuzie/postacuzie/residenzialità/domiciliarità. Particolare valore assumono le azioni di riorganizzazione delle piccole strutture ospedaliere, per destinarle a fornire il supporto indispensabile alla rete nella fase della post-acuzie, con la possibilità di recuperare risorse professionali dalle discipline per acuti, non più previste dai LEA, da destinare a migliorare la continuità assistenziale nelle 24 ore negli ex ospedali di rete. La stessa Determina individua nel "modello Treia" il riferimento per le altre realtà territoriali. Risultati: Il potenziamento di modelli di lungodegenza e cure intermedie decongestiona le strutture ospedaliere per acuti; garantisce la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera; favorisce il recupero funzionale, soddisfa i bisogni dei cittadini che presentano una patologia che richiede un elevato grado di protezione, ma non necessariamente un ricovero ospedaliero; favorisce infine la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri. In analogia con le cure mediche, si potrebbero ipotizzare sempre meno letti per malati acuti nei reparti chirurgici, prevedendo un rapido passaggio in reparti di post-acuzie per le finalità riabilitative. Data la tipologia di pazienti, il modello organizzativo non può essere che internistico. I modelli assistenziali per essere validi e accettati da utenti ed operatori dovranno derivare da considerazioni cliniche e non esclusivamente soggetti a necessità di natura contabile.

Da piccolo ospedale a Casa della Salute: un esempio consolidato e una struttura in fieri



C. Bagalini, E. Bianchini, E. Borghini, N. Damiani, B.M. Gentilozzi, G. Scaloni, M.R. Mazzocanti
Direzione Medica, Strutture Ospedaliere Macerata-Tolentino-Treia, Area Vasta 3 - ASUR Marche

Parole chiave: piccolo ospedale, riorganizzazione

Introduzione

I baby boomers stanno invecchiando; i nati dopo la seconda guerra mondiale sono entrati nel mondo del lavoro nel periodo della ricostruzione e della crescita economica, ora sono pensionati o si avviano al pensionamento. Nella provincia di Macerata, Area Vasta 3, la popolazione con età superiore a 65 anni sul totale è del 24%; è del 20% il valore nazionale.

Contenuti

Alla fine degli anni '90 è iniziata la trasformazione del "piccolo ospedale" di Treia in Casa della Salute, portandolo agli attuali 40 posti letto, 20 di lungodegenza e 20 di riabilitazione. Nel 1998 i ricoveri erano stati 1529, 970 di chirurgia e 559 di medicina. Nel 1999 è iniziata l'attività di lungodegenza con 433 ricoveri e di riabilitazione con 88 ricoveri; rimanevano 7 ricoveri di chirurgia. Nel 2000 i ricoveri erano 494 suddivisi tra lungodegenza e riabilitazione. L'accesso alla lungodegenza avviene previa valutazione multidimensionale geriatrica e valutazione dell'outcome finale. I piani di Area Vasta odierni confermano la realtà assistenziale di Treia.

La Determina 639 ASURDG del 31/7/2012, in accordo con il PSR ridefinisce la rete ospedaliera al fine di renderla coerente con i veri bisogni di salute, ponendo la base per la costruzione di una rete integrata, rivolta a pazienti sempre più anziani, con polipatologie, con cronicità che tendono a riaccutizzarsi, che copra l'intero percorso acuzie/postacuzie/residenzialità/domiciliarità. Particolare valore assumono le azioni di riorganizzazione delle piccole strutture ospedaliere, per destinarle a fornire il supporto indispensabile alla rete nella fase della post-acuzie, con la possibilità di recuperare risorse professionali dalle discipline per acuti, non più previste dai LEA, da destinare a migliorare la continuità assistenziale nelle 24 ore negli ex ospedali di rete. La stessa Determina individua nel "modello Treia" il riferimento per le altre realtà territoriali. L'invecchiamento della popolazione ha, tra le sue conseguenze, anche un aumento significativo dei ricoveri ospedalieri di pazienti anziani; rispetto alla media dei soggetti ricoverati, gli anziani trascorrono in ospedale un numero di giorni più di 3 volte maggiore (Quaderni del Ministero della Salute n.6).

Il piano sanitario Regione Marche individua nelle "cure intermedie" l'area delle cure sub-intensive, fra l'intensività assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività assistenziale per la cronicità garantita a domicilio o nelle strutture residenziali.

Il potenziamento di modelli di lungodegenza e cure intermedie decongestiona le strutture ospedaliere per acuti; garantisce la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera; favorisce il recupero funzionale, soddisfa i bisogni dei cittadini che presentano una patologia che richiede un elevato grado di protezione, ma non necessariamente un ricovero ospedaliero; favorisce infine la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri. In analogia con le cure mediche, si potrebbero ipotizzare sempre meno letti per malati acuti nei reparti chirurgici, prevedendo un rapido passaggio in reparti di post-acuzie per le finalità riabilitative. Data la tipologia di pazienti, il modello organizzativo non può essere che internistico. I modelli assistenziali per essere validi e accettati da utenti ed operatori dovranno derivare da considerazioni cliniche e non esclusivamente soggetti a necessità di natura contabile.



PERCORSO INTRAOSPEDALIERO LATEX-SAFE

G. Micolucci¹, L. Pelino², F. Santilli², A.R. Lepore¹, M.V. Mucciante¹, C. Di Stanislao³, L. Fabiani²

¹ Direzione Sanitaria P.O. "S.Salvatore" di L'Aquila, ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila

² Scuola Di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi Di L'Aquila "UNIVAQ"

³ U.O. Allergologia P.O. "S.Salvatore" di L'Aquila, ASL 1 Avezzano- Sulmona-L'Aquila

Parole chiave: latex-safe

Introduzione. L'allergia al lattice è molto diffusa ed in continuo aumento. Si scatena per contatto diretto o indiretto con tale materiale e può dare reazioni immediate o ritardate con diversa intensità. Il lattice è presente sia in diversi oggetti ad uso domestico sia in svariati presidi medico-chirurgici.

Contenuti. In ambiente ospedaliero non è possibile evitare completamente il contatto di un paziente con il lattice, perciò si parla di percorso intraospedaliero latex-safe. È indispensabile redigere delle procedure accurate circa la gestione di un paziente allergico, specie se questo deve sottoporsi ad interventi chirurgici, siano essi programmati o eseguiti in condizioni di urgenza. Vanno infatti allertati: il Blocco Operatorio, il reparto di degenza, la Sala Parto (in caso di paziente ostetrica) e la dietista. Prima di ogni intervento è opportuno contattare il Centro di Allergologia per verificare sospette allergie o per pianificare una adeguata terapia in caso di allergia conclamata. L'intervento deve essere programmato almeno 72ore prima ed inserito come primo nella seduta operatoria. I materiali e i dispositivi utilizzati devono essere controllati attentamente utilizzando una check-list e la sala operatoria deve essere sigillata per evitare possibili contaminazioni. Durante la seduta operatoria deve essere sempre seguita una check-list ad hoc e far sì che sia presente il minor numero di operatori possibile. I controlli proseguono poi nel post intervento e nel trasferimento e permanenza del paziente nel reparto di degenza.

Conclusioni. In ambito ospedaliero, per scongiurare il rischio di eventi avversi maggiori in pazienti con sospetta o diagnosticata allergia al lattice, è necessario instaurare una stretta collaborazione tra le varie figure specialistiche. È opportuno elaborare e seguire pedissequamente delle procedure che consentano al paziente/utente di usufruire di tutti i servizi ospedalieri in piena tranquillità e al massimo dell'efficienza operativa degli stessi.



PERCORSO INTRAOSPEDALIERO LATEX-SAFE

Micolucci G¹, Pelino L², Santilli F², Lepore AR¹, Mucciante MV¹, Di Stanislao C³, Fabiani L².

¹ Direzione Sanitaria P.O. "S.Salvatore", ASL 1 L'Aquila

² Scuola di Specializzazione di Igiene, Università degli studi di L'Aquila "UNIVAQ"

³ U.O. Allergologia P.O. "S.Salvatore", ASL 1 L'Aquila



INTRODUZIONE

L'Allergia al lattice è una risposta del sistema immunitario ad alcune proteine in esso contenute. La quantità di sostanza allergizzante necessaria per scatenare la reazione non è nota, ma l'esposizione prolungata alle proteine del lattice aumenta il rischio di sviluppare i sintomi, i quali possono essere legati sia al contatto cutaneo diretto con prodotti di gomma naturale sia all'inalazione di particelle veicolate nell'aria ambiente. L'allergia al lattice può presentarsi con sintomi immediati, cioè entro un'ora dal contatto, oppure ritardati, entro 24-72 ore dal contatto; in ogni caso questi possono essere molto diversi per caratteristiche e intensità. Attualmente la frequenza di allergia al lattice nella popolazione generale è inferiore all'1% nella popolazione adulta e al 2% nei bambini. Il contatto con il lattice è assai frequente in questo materiale è presente sia in prodotti ad uso tipicamente domestico che in presidi medico-chirurgici (VEDI TAB 1).

TABELLA 1: Oggetti che contengono lattice

OGGETTI DI USO MEDICO ED ODONTOIATRICO	guanti, cerotti, contagocce per colliri, tappi dei flaconi di farmaci, componenti di siringhe, lacci emostatici, cateteri vescicali, cateteri per clisteri, maschere anestesiolgiche, circuiti per anestesia, tubi endotracheali e per drenaggi, ago cannula, bracciale dello sfingomanometro, barriere interdentali, elastici per apparecchi dentali, bende elastiche.
DISPOSITIVI ANTICONCEZIONALI	preservativi, diaframmi.
OGGETTI PER L'INFANZIA	tettarelle dei ciucci e dei biberon, palloncini, molti giocattoli
EQUIPAGGIAMENTI SPORTIVI	pinne, maschere e occhiali da subacqueo, muta da subacqueo, accessori per la vela, palle e palloni
INDUMENTI	scarpe di gomma, impermeabili, tessuti elastici, guanti, tende per docce, cuffie da bagno.
ARREDI	rinforzi per tappeti, isolanti per porte e finestre.
ALTRI OGGETTI	francobolli, gomme per cancellare

CONTENUTI

Nel nostro Presidio Ospedaliero, per scongiurare il rischio di eventi avversi da tale allergia, sono state elaborate diverse procedure. Poiché in ambiente ospedaliero non è possibile evitare completamente il contatto del paziente con il lattice è corretto definire il percorso intraospedaliero "latex-safe". Una volta stabilito che un paziente è a rischio, occorre che la sua permanenza all'interno dell'ospedale, dall'accettazione alla sala operatoria, sia la più sicura possibile. È necessario sottolineare che fondamentali per l'organizzazione sono il materiale e il carrello.

MATERIALE: - lacci emostatici in silicone; - ago cannule senza gommino; - sacche per infusione senza gommino; - deflussori con terminale senza gommino; - cerotti di carta; cateteri vescicali in silicone o PVC; - guanti sterili e non in vinile; - set per ventilazione (pallone e tubi in PVC o vinile, maschere e cannule di Mayo in PVC); - siringhe con pistone in PVC; - manico per rilevazione P.A. in goretex (se in lattice, i tubi vanno ricoperti con cerotto di carta); - drenaggi chirurgici in PVC o silicone; - sonde rettili in PVC o silicone; - elettrodi di carta.

Ogni singolo reparto ha stilato un elenco più specifico proprio, e lo ha allegato al carrello, sotto forma di check-list, in modo da poter spuntare quello che si usa di volta in volta. Ovviamente, la creazione di un percorso latex-safe, non si identifica solo con un semplice elenco del materiale privo di lattice, ma significa acquisire una mentalità.

In ogni reparto viene individuato un responsabile che controlla periodicamente la presenza e l'integrità del materiale latex-free preoccupandosi del relativo rifornimento. Sulla cartella del ricoverato allergico al lattice, deve essere applicato un segnale di allerta. La dietista del P.O. va informata del ricovero, al fine di evitare che dalla cucina provengano alimenti che crocino con il lattice.

Nelle sale di attesa del Pronto soccorso, sale prelievi, cardiologia, radiologia, e ambulatori vari sono esposti cartelli informativi sull'allergia al lattice in modo tale da facilitare il riconoscimento e la segnalazione dei relativi sintomi. (VEDI TAB 2)

TABELLA 2: Sintomatologia

SINTOMI LIEVI	prurito, rossore (eruzioni cutanee localizzate o generalizzate), orticaria, edema, eritema dermatite da contatto.
SINTOMI MODERATI	Stamuti, congiuntiviti, raffreddore, difficoltà a respirare, asma, tosse.
SINTOMI GRAVI	Edema angioneurotico al volto, asma grave, shock anafilattico (difficoltà a respirare grave, aumento delle pulsazioni, abbassamento della pressione, confusione, perdita dei sensi, reazioni cutanee importanti).

Nel particolare ambito della sala operatoria, l'elenco è personalizzato per ogni singolo paziente con una check-list che contiene il nome del paziente, la data e la firma di chi prepara il materiale per quell'intervento. Quando un paziente con allergia al lattice sospetta o diagnosticata oppure portatore di patologie/fattori di rischio, deve essere sottoposto ad intervento chirurgico, vengono allertati: il Blocco Operatorio, il reparto di degenza, la Sala Parto (in caso di paziente ostetrica).

PROCEDURA IN SALA OPERATORIA:

LIVELLO PRE-OPERATORIO:

In caso di intervento programmato in pazienti che riferiscono una anamnesi positiva di allergia, bisogna allertare il centro di Allergologia, che nel giro di 48 ore può stabilire se si tratta di un'allergia vera o presunta.

L'intervento, programmato almeno 72 ore prima, sui soggetti allergici ad alto rischio va eseguito come primo intervento della giornata.

La pulizia e la preparazione della sala operatoria il giorno precedente vanno effettuate da personale che non indossi guanti di lattice.

La sala operatoria e la relativa pre-sala devono essere svuotate e verificato che il materiale riammesso sia privo di lattice.

Occorre identificare eventuali dispositivi e oggetti contenenti lattice con i quali il paziente potrebbe venire a contatto e se non sostituibili, ricoprirli con pellicole trasparenti.

Sigillare con cerotto la sala operatoria fino all'intervento.

Apporre un cartello di attenzione all'esterno della sala operatoria fino alla fine dell'intervento.

L'operatore che prepara il materiale deve utilizzare la check-list, intestandola al paziente, completandola con data e firma.

In caso di intervento d'urgenza su soggetti allergici, va scelta la sala più pulita.

LIVELLO INTRA-OPERATORIO:

Il paziente deve entrare direttamente nella sala operatoria preparata senza passare dal passamalai.

Far accedere alla sala operatoria il minor numero di operatori possibile, con abbigliamento idoneo (privo di lattice), richiamando costantemente l'attenzione di tutto il personale circa l'intervento.

Ad ogni intervento controllare la checklist del materiale da utilizzare.

LIVELLO POST-OPERATORIO

Il paziente viene controllato fino a completo risveglio all'interno della sala operatoria e viene ricondotto nel reparto di degenza senza passare dal passamalai.

Apporre un segnale di attenzione sulla barella su cui viene trasferito il paziente operato.

CONCLUSIONI

Punto centrale della problematica legata alla allergia al lattice è costituito dalla possibilità di anafilassi in occasione di interventi chirurgici.

Il pericolo di insorgenza di quest'ultima condizione è uno degli elementi che deve spingere a stretti legami di collaborazione fra numerosi specialisti, per identificare e salvaguardare i pazienti a rischio, attraverso l'informazione riguardo ai pericoli legati a questo tipo di allergia e la scelta di una gestione perioperatoria il più possibile esente da rischi.

Per definire un percorso perioperatorio di tutela per i pazienti allergici al lattice, anziché utilizzare il termine latex-free, risulta più corretto impiegare il termine "latex-safe", in quanto si è osservato che ai fini pratici è forse impossibile eliminare completamente il contatto del paziente con il lattice all'interno dell'ospedale, ma è fondamentale ridurre la carica allergica del lattice ad un livello tale da non innescare reazioni di nessun tipo. Si ritiene più giusto riservare il termine "latex-free" ai materiali utilizzati, per i quali è possibile ottenere una certificazione di assoluta assenza di lattice nel prodotto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ASL 1 L'Aquila, Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero, "Percorso intraospedaliero latex-safe".
- 2) ASL 1 L'Aquila, U.O.C. di Anestesia e rianimazione, "L'assistenza del paziente allergico al lattice o ad alto rischio".
- 3) Turi A, Berluti B., Pompilio A., Franceschini F., Tranquilli A.L., "L'allergia al lattice in ambito ostetrico-ginecologico" Riv. It. Ost. Gin. 2008, num 20 – Allegato

NUOVI DISPOSITIVI MEDICI DALLA RAZIONALIZZAZIONE ALL'APPROPRIATEZZA: UN ESEMPIO DI PERCORSO OPERATIVO

P. Monti (Direttore Sanitario), E. Spreafico (Farmacista), C. Tentori (Inf. Controllo Infezioni), M. Morlotti - M.Castoldi (Ingegneri Clinici), C. Baggio (Amministrativo), G. Pontoriero (Direttore Nefrologia e Dialisi), D. Bolis (Coord. Neuroranimazione)
A.O. della Provincia di Lecco

Parole chiave: dispositivi medici, commissione, efficacia clinica

Introduzione. La normativa vigente D.lgs 37/2010 non privilegia la verifica degli aspetti di efficacia clinica né esiste un organo centrale autorizzativo per il rilascio del marchio CE dei dispositivi medici (DM) di nuova commercializzazione. Considerate anche le pressioni di mercato, occorre presidiare l'introduzione di nuovi DM e valutarne il corretto utilizzo.

Da qualche anno l'A.O. Lecco si è dotata di una Commissione che sovrintende all'introduzione dei DM attraverso una valutazione basata su efficacia dimostrata, sicurezza, economicità, vantaggio per il paziente e confronto con altri metodi. Questo lavoro illustra l'attività della Commissione nel 2012, proponendo un percorso facilmente attuabile che ha permesso all'A.O. di Lecco di affrontare e risolvere criticità anche importanti.

Contenuti. La Commissione DM dell'AO Lecco rivista nei componenti alla fine del 2011, è composta dal DSA, dai Direttori Medici dell'Azienda, dai Direttori del Servizio Ingegneria Clinica, del Provveditorato e del Controllo di gestione, dai Direttori dei Dipartimenti Sanitari, del SITRA e della Farmacia e dai cinque componenti del gruppo operativo (GoDM) di cui ci si avvale per le attività di istruttoria e segreteria. Nel GoDM sono presenti le competenze per un corretto inquadramento delle richieste: farmacista, ingegnere clinico, specialista, infermiere, componente CIO e Struttura Acquisti. Attraverso il GoDM si sovrintende agli aspetti relativi ai DM già in uso in Azienda (campionatura gratuita, gare, eventi avversi) e si regola l'introduzione dei nuovi DM. Le richieste di nuovi DM nonché le dichiarazioni d'uso di campioni e le segnalazioni di difetti e incidenti pervengono attraverso una facile modulistica dedicata e vengono tracciati attraverso un database di excel.

Nel 2012 sono stati gestiti 45 reclami per DM difettosi e 3 segnalazioni al MinSal per incidenti con DM, 45 FSCA di cui 4 riguardanti campionatura; si sono svolte 31 riunioni di GoDM e 6 riunioni di Commissione. Il GoDM ha esaminato in totale 126 richieste approvandone il 53% e rinviandone 20 alla valutazione della Commissione che ne ha approvate 15.

L'analisi della letteratura e il confronto con il clinico richiedente hanno permesso di affrontare alcune situazioni più complesse, di seguito riportate come esempi, che hanno costituito occasione di miglioramento delle procedure di reparto.

L'analisi della documentazione e soprattutto la verifica degli aspetti regolatori di un DM per la produzione di concentrato midollare da cresta iliaca ha portato ad una richiesta di parere al CAT dell'EMA che ha chiarito come questo DM produca un medicinale per terapie avanzate che necessita di autorizzazione ad hoc.

La discussione per lo stent coronarico riassorbibile Absorb^R che ha coinvolto anche il fornitore, ha portato ad una riduzione di costi e all'utilizzo in un registro di sorveglianza post marketing.

La richiesta di fasce compressive refrigeranti per la riduzione delle complicanze post impianto AICD, non documentata in letteratura, è stata autorizzata solo per un periodo limitato, all'interno di un progetto pilota messo a punto con la Struttura qualità dopo una completa revisione delle procedure già in atto in reparto.

Conclusioni. La Commissione DM utilizzando mezzi semplici (ricerche bibliografiche e strumenti elettronici facilmente accessibili), risorse esigue, ha evidenziato e risolto situazioni critiche grazie ad un metodo basato principalmente su chiarezza del percorso e delle competenze, franca discussione tra professionisti e collaborazione tra figure professionali diverse. L'obiettivo futuro è di approfondire ulteriormente la reciproca interazione per risultati sempre più incisivi.

Sistema Sanitario  Regione Lombardia



NUOVI DISPOSITIVI MEDICI DALLA RAZIONALIZZAZIONE ALL'APPROPRIATEZZA: UN ESEMPIO DI PERCORSO OPERATIVO

P. Monti (Direttore Sanitario), E. Spreafico (Farmacista), C. Tentori (Inf. Controllo Infezioni), M. Morlotti - M.Castoldi (Ingegneri Clinici), C.Baggio (Amministrativo), G. Pontoriero (Direttore Nefrologia e Dialisi), D.Bolis (Coord. Neuroranimazione), AO Provincia di Lecco

DISPOSITIVI MEDICI, COMMISSIONE, EFFICACIA



INTRODUZIONE

Le pressioni di mercato rendono indispensabile presidiare l'introduzione di nuovi DM per autorizzarne l'utilizzo dopo una valutazione basata su efficacia dimostrata, sicurezza, economicità, vantaggio per il paziente e confronto con altri metodi.



STRUMENTO

La Commissione DM dell'AO Lecco ha composizione multidisciplinare: DSA, DMP, Ingegneria Clinica, Provveditorato, Controllo di Gestione, Direttori Dipartimenti Sanitari, SITRA, Farmacia, i 5 componenti del gruppo operativo (GoDM) di cui ci si avvale per le attività di istruttoria e segreteria.



ATTIVITA'

Nel 2012 sono stati gestiti 45 reclami per DM difettosi e 3 segnalazioni al MinSal per incidenti con DM, 45 FSCA di cui 4 riguardanti campionatura. Si sono svolte 31 riunioni di GoDM e 6 riunioni di Commissione. Il GoDM ha esaminato in totale 126 richieste approvandone il 53% e rinviandone 20 alla valutazione della commissione che ne ha approvate 15.



FUNZIONI

Il GoDM sovrintende agli aspetti relativi ai DM già in uso in Azienda (campionatura gratuita, gare, eventi avversi), alle segnalazioni di difetti e incidenti e istruisce per Commissione DM la valutazione dei nuovi DM, la cui richiesta arriva con una modulistica dedicata.

METODO

L'analisi della letteratura e il confronto con il clinico richiedente hanno permesso di affrontare alcune situazioni più complesse che hanno costituito occasione di miglioramento delle procedure di reparto.

RISULTATI

Alcuni i risultati come esempi

L'analisi della documentazione e soprattutto la verifica degli aspetti regolatori di un DM per la produzione di concentrato midollare da cresta iliaca ha portato ad una richiesta di parere al CAT dell'EMA che ha chiarito come questo DM produca un medicinale per terapie avanzate che necessita di autorizzazione ad hoc.

La discussione per lo stent coronarico riassorbibile Absorb^R che ha coinvolto anche il fornitore, ha portato ad una riduzione di costi e all'utilizzo in un registro di sorveglianza post marketing.

La richiesta di fasce compressive refrigeranti per la riduzione delle complicanze post impianto AICD, non documentata in letteratura, è stata autorizzata solo per un periodo limitato, all'interno di un progetto pilota messo a punto con la Struttura qualità dopo una completa revisione delle procedure già in atto in reparto.

LE CONCLUSIONI

La Commissione DM utilizzando mezzi semplici (ricerche bibliografiche e strumenti elettronici facilmente accessibili), risorse esigue, ha evidenziato e risolto situazioni critiche grazie ad un metodo basato principalmente su chiarezza del percorso e delle competenze, franca discussione tra professionisti e collaborazione tra figure professionali diverse. L'obiettivo futuro è di approfondire ulteriormente la reciproca interazione per risultati sempre più incisivi.

ANALISI DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI CON DRG 183 E 189: DEFINIZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE

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

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

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

Parole chiave: appropriatezza, DRG, dolore addominale

Introduzione. Valutare l'appropriatezza dei ricoveri ha assunto notevole rilevanza per l'attenzione alla riduzione della spesa sanitaria: ciò comporta per la Direzione Medica un continuo monitoraggio sugli indicatori tradizionalmente in uso per la misura di efficacia ed efficienza dell'attività ospedaliera.

Il Patto per la Salute 2010-2012 ha posto tra gli indicatori per misurare l'appropriatezza organizzativa di un Ospedale la riduzione dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e dei ricoveri con DRG medici in ambito chirurgico. La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero San Paolo ha analizzato i DRG medici 183 (Esofagite, gastroenterite e miscelanea di mal. dell'app. digerente) e 189 (Altre diagnosi relative all'app. digerente), confrontando i ricoveri delle Unità Operative di Gastroenterologia e Chirurgia Generale degli anni 2011-2012.

Contenuti. I dati analizzati provenivano dal sistema di Reporting elaborato dal Controllo di Gestione Aziendale e dal controllo delle Cartelle Cliniche e delle SDO. Nell'anno 2011 i ricoveri ordinari con DRG 183 e 189 sono risultati nell'U.O. di Gastroenterologia 110 e nell'U.O. di Chirurgia Generale 150, nell'anno 2012 nell'U.O. medica 114 e nell'U.O. chirurgica 144. Comparando i dati del biennio in esame, i ricoveri risultavano essere effettuati in regime d'urgenza tramite Pronto Soccorso per il 97%, la degenza media era di 5 giorni, la degenza dei ricoveri inferiori a 2 giorni era dell'8,7%, l'età media di 49 anni, il 48,5% dei pazienti presentava una diagnosi secondaria (vedi tabella).

DRG 183 - 189		UU.OO. CHIRURGIA GENERALE - GASTROENTEROLOGIA	
		ANNO 2011	ANNO 2012
TIPO RICOVERO	URGENTE	100%	94%
	PROGRAMMATO	-	6%
N° GIORNI DEGENZA MEDIA		5,1	5,0
PAZIENTI DIMESSI < 2 GIORNI		10%	7,5%
ETA' MEDIA		50	47,8
SESSO	M	47%	46%
	F	53%	54%
PRESENZA DIAGNOSI SECONDARIA		53%	44%

Al fine di trasferire tali ricoveri in altro setting assistenziale si è ritenuto indispensabile, congiuntamente ai Direttori delle UU.OO. di Pronto Soccorso, Gastroenterologia e Chirurgia Generale, definire un Percorso diagnostico-terapeutico per i pazienti che giungono in Pronto Soccorso per Dolore Addominale. L'iter assistenziale, definito in Pronto Soccorso con l'integrazione dello specialista gastroenterologo e chirurgo, stabilisce le indagini in regime d'urgenza, la prescrizione terapeutica a domicilio, il successivo percorso diagnostico e relativo follow-up ambulatoriale.

Conclusioni. I dati analizzati hanno sottolineato la numerosità di pazienti in giovane età e senza complicanze che dimostra una inadeguata risposta territoriale alle esigenze del cittadino. Infatti l'esecuzione di prestazioni diagnostiche ambulatoriali è affidata esclusivamente all'interno dell'Ospedale con presenza di liste d'attesa. L'attivazione del percorso diagnostico consentirà di deospedalizzare e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse ospedaliere, riducendo la spesa e migliorando la qualità delle cure.

La prosecuzione dello studio va orientata all'ottimizzazione ed integrazione dei percorsi organizzativi tra Ospedale e Territorio.



Analisi dell' appropriatezza dei ricoveri con D.R.G. 183 e 189: definizione di un percorso assistenziale

Mundo A., Guaccero A°, Fusano MS, Leaci A°
 *Direttore Medico, Direzione Medica - Presidio Ospedaliero "San Paolo" "A.S.L. BARI"
 ° Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università di Bari "Aldo Moro"



INTRODUZIONE



CONTENUTI




Valutare l'appropriatezza dei ricoveri ha assunto notevole rilevanza per l'attenzione alla riduzione della spesa sanitaria: ciò comporta per la Direzione Medica un continuo monitoraggio sugli indicatori tradizionalmente in uso per la misura di efficacia ed efficienza dell'attività ospedaliera. Il Patto per la Salute 2010-2012 ha posto tra gli indicatori per misurare l'appropriatezza organizzativa di un Ospedale la riduzione dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e dei ricoveri con DRG medici in ambito chirurgico. La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero San Paolo ha analizzato i DRG medici 183 (Esofagite, gastroenterite e miscelanea di mal. dell'app. digerente) e 189 (Altre diagnosi relative all'app. digerente), confrontando i ricoveri delle Unità Operative di Gastroenterologia e Chirurgia Generale degli anni 2011-2012.

Nell'anno 2011 i ricoveri ordinari con DRG 183 e 189 sono risultati nell'U.O. di Gastroenterologia 110 e nell'U.O. di Chirurgia Generale 150, nell'anno 2012 nell'U.O. medica 114 e nell'U.O. chirurgica 144. Comparando i dati del biennio in esame, i ricoveri risultavano essere effettuati in regime d'urgenza tramite Pronto Soccorso (97%), la degenza media era di 5 giorni, nell'8,7% dei ricoveri la degenza inferiore a 2 giorni, l'età media di 49 anni, il 48,5% dei pazienti presentava una diagnosi secondaria (vedi tabella).

D.R.G. 183 - 189		UU.OO. CHIRURGIA GENERALE - GASTROENTEROLOGIA	
		ANNO 2011	ANNO 2012
TIPO RICOVERO	URGENTE	100%	94%
	PROGRAMMATO	-	6%
N° GIORNI DEGENZA MEDIA		5,1	5,0
PAZ. on DEGENZA < 2 GIORNI		10%	7,5%
ETA' MEDIA		50	47,8
SESSO	M	47%	46%
	F	53%	54%
PRESENZA DIAGNOSI SECONDARIA		53%	44%



Al fine di trasferire tali ricoveri in altro setting assistenziale si è ritenuto indispensabile, congiuntamente ai Direttori delle UU.OO. di Pronto Soccorso, Gastroenterologia e Chirurgia Generale, definire un Percorso diagnostico-terapeutico per i pazienti che giungono in Pronto Soccorso per Dolore Addominale. L'iter assistenziale, definito in Pronto Soccorso con l'integrazione dello specialista gastroenterologo e chirurgo, stabilisce le indagini in regime d'urgenza, la prescrizione terapeutica a domicilio, il successivo percorso diagnostico e relativo follow-up ambulatoriale.

I dati analizzati hanno sottolineato la numerosità di pazienti in giovane età e senza complicanze che dimostra una inadeguata risposta territoriale alle esigenze del cittadino. Infatti l'esecuzione di prestazioni diagnostiche ambulatoriali è affidata esclusivamente all'interno dell'Ospedale con presenza di liste d'attesa. L'attivazione del percorso diagnostico consentirà di deospedalizzare e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse ospedaliere, riducendo la spesa e migliorando la qualità delle cure. La prosecuzione dello studio va orientata all'ottimizzazione ed integrazione dei percorsi organizzativi tra Ospedale e Territorio.

CONCLUSIONI

39° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. - Roma, 25-27 Settembre 2013

PAZIENT SATISFACTION E DIFFERENZE DI GENERE: INDAGINE IN UN'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

I. Mura¹, A. Azara¹, P. Castiglia¹, A. Piana¹, L. Saderi¹, E. Pisone¹, M.A. Pes²

¹Dipartimento di Scienze Biomediche – Sez. Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari

²Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, Direzione Sanitaria

Parole chiave: qualità, valutazione, genere

Introduzione. Nei modelli multidimensionali di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie, la rilevazione della qualità percepita è uno strumento ordinario di autovalutazione, ricompresa tra gli obiettivi assegnati dalle Regioni ai D.G. Nell'ambito del processo di umanizzazione/personalizzazione dei servizi erogati, l'attuale dibattito sulla medicina di genere suggerisce l'importanza di valutare i risultati delle indagini di patient satisfaction anche secondo questa prospettiva, visto che eventuali differenze rilevate possono offrire preziose indicazioni per implementare la qualità dei servizi erogati.

Contenuti. L'indagine è stata condotta su un campione di circa 1800 dimessi dai reparti dell'AOU di Sassari mediante somministrazione di un questionario anonimo di 50 domande "chiuso" con 6 possibili gradi di valutazione, 3 negativi e 3 positivi distribuite su 5 aree prioritarie di percezione (personale sanitario, organizzazione, ambienti, servizi di contorno, stato di salute percepita al termine del ricovero) e una domanda finale "aperta".

Relativamente ai risultati, il questionario è stato compilato da 1.051 utenti (59,4% sesso femminile). La fascia di età più rappresentata tra le donne (età media 41 anni) è ricompresa tra 25 e 44 anni (51%), tra gli uomini (età media 48 anni) è quella di 65 anni e oltre (30,2%). Relativamente al titolo di studio, le donne presentano maggiore scolarità col 17,38% provvisto di laurea o titolo superiore, a fronte del 9,43% del campione maschile. La valutazione della propria condizione di salute, è uguale per entrambi i sessi, col voto massimo dichiarato dal 37,6% delle donne e dal 36,4% degli uomini. Nella valutazione complessiva del servizio ricevuto rispetto alle aspettative, il 46% delle donne e il 50% degli uomini dichiara che è stato migliore delle attese, il 48% delle donne e il 46% degli uomini uguale alle aspettative. Il giudizio nei confronti del personale medico e infermieristico è positivo per il 98% degli uomini e per il 96% delle donne, ma solo il 35% delle donne assegna il voto più alto a fronte del 44% degli uomini. I maschi dichiarano di aver ricevuto un'adeguata terapia del dolore nel 99% dei casi, a fronte del 95,22% delle donne. Le informazioni fornite dal personale sono considerate inadeguate dal 4,7% delle donne e 2,4% degli uomini. L'organizzazione complessiva dell'ospedale viene valutata negativamente dal 15,6% delle donne e dall'8,3% degli uomini, positivamente dall'84,4% delle donne e dal 91,7% degli uomini.

La valutazione degli ambienti riceve un giudizio positivo dal 63,2% delle donne e dall'80% dei maschi, negativo dal 36,8% delle donne contro il 20% del sesso opposto. Per quanto riguarda i servizi accessori, la qualità dei pasti, che ha riportato la valutazione peggiore su tutti gli aspetti indagati in entrambi i sessi, viene definita inadeguata dal 43,89% delle donne e dal 37,44% dei maschi.

Conclusioni. L'analisi della qualità percepita non ha evidenziato differenze di genere per i giudizi strettamente legati al trattamento assistenziale, come il comportamento del personale medico e infermieristico, l'adeguatezza della terapia del dolore, gli esiti delle cure. Per contro, le donne esprimono un giudizio, ancorché positivo, significativamente peggiore rispetto agli uomini sull'organizzazione e fortemente critico su tutti gli aspetti alberghieri del ricovero. L'analisi ha fornito informazioni estremamente utili per azioni correttive di miglioramento.



POLITICA, ECONOMIA E TECNÈ: PER QUALE SANITÀ?
ROMA 25-27 SETTEMBRE 2013



PAZIENT SATISFACTION E DIFFERENZE DI GENERE: INDAGINE IN UN'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

Mura I.¹, Azara A.¹, Castiglia P.¹, Piana A.¹, Saderi L.¹, Pisone E.¹, Pes M.A.²

¹Dipartimento di Scienze Biomediche – Sez. Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari

²Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, Direzione Sanitaria

Introduzione: Nei modelli multidimensionali di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie, la rilevazione della qualità percepita è uno strumento ordinario di autovalutazione, ricompresa tra gli obiettivi assegnati dalle Regioni ai D.G. Nell'ambito del processo di umanizzazione/personalizzazione dei servizi erogati, l'attuale dibattito sulla medicina di genere suggerisce l'importanza di valutare i risultati delle indagini di patient satisfaction anche secondo questa prospettiva, visto che eventuali differenze rilevate possono offrire preziose indicazioni per implementare la qualità dei servizi erogati.



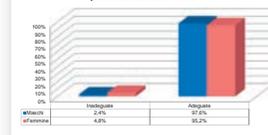
QUESTIONARIO	
QUESTIONARIO ANONIMO DI 50 DOMANDE SULLA QUALITÀ DEL SERVIZIO OSPEDALIERO E CIVILE	
1. Come valuta la propria condizione di salute? (da un punteggio da 1 a 5)	
1. Peggiora	2. Buono
3. Buono	4. Buono
5. Buono	6. Buono
2. Come valuta il personale medico e infermieristico?	
1. Buono	2. Buono
3. Buono	4. Buono
5. Buono	6. Buono
3. Come valuta la terapia del dolore che ha ricevuto?	
1. Buono	2. Buono
3. Buono	4. Buono
5. Buono	6. Buono
4. Come valuta, nel complesso, gli ambienti (camere, corridoi, altri locali) del reparto?	
1. Buono	2. Buono
3. Buono	4. Buono
5. Buono	6. Buono
5. Come valuta, nel complesso, la qualità dei pasti?	
1. Buono	2. Buono
3. Buono	4. Buono
5. Buono	6. Buono

Contenuti: L'indagine è stata condotta su un campione di circa 1800 dimessi dai reparti dell'AOU di Sassari mediante somministrazione di un questionario anonimo di 50 domande "chiuso" con 6 possibili gradi di valutazione, 3 negativi e 3 positivi distribuite su 5 aree prioritarie di percezione (personale sanitario, organizzazione, ambienti, servizi di contorno, stato di salute percepita al termine del ricovero) e una domanda finale "aperta".

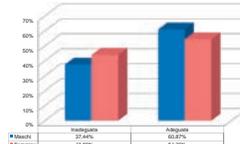
Relativamente ai risultati, il questionario è stato compilato da 1.051 utenti (59,4% sesso femminile). La fascia di età più rappresentata tra le donne (età media 41 anni) è ricompresa tra 25 e 44 anni (51%), tra gli uomini (età media 48 anni) è quella di 65 anni e oltre (30,2%). Relativamente al titolo di studio, le donne presentano maggiore scolarità col 17,38% provvisto di laurea o titolo superiore, a fronte del 9,43% del campione maschile. La valutazione della propria condizione di salute, è uguale per entrambi i sessi, col voto massimo dichiarato dal 37,6% delle donne e dal 36,4% degli uomini. Nella valutazione complessiva del servizio ricevuto rispetto alle aspettative, il 46% delle donne e il 50% degli uomini dichiara che è stato migliore delle attese, il 48% delle donne e il 46% degli uomini uguale alle aspettative. Il giudizio nei confronti del personale medico e infermieristico è positivo per il 98% degli uomini e per il 96% delle donne, ma solo il 35% delle donne assegna il voto più alto a fronte del 44% degli uomini. I maschi dichiarano di aver ricevuto un'adeguata terapia del dolore nel 99% dei casi, a fronte del 95,22% delle donne. Le informazioni fornite dal personale sono considerate inadeguate dal 4,7% delle donne e 2,4% degli uomini. L'organizzazione complessiva dell'ospedale viene valutata negativamente dal 15,6% delle donne e dall'8,3% degli uomini, positivamente dall'84,4% delle donne e dal 91,7% degli uomini.

La valutazione degli ambienti riceve un giudizio positivo dal 63,2% delle donne e dall'80% dei maschi, negativo dal 36,8% delle donne contro il 20% del sesso opposto. Per quanto riguarda i servizi accessori, la qualità dei pasti, che ha riportato la valutazione peggiore su tutti gli aspetti indagati in entrambi i sessi, viene definita inadeguata dal 43,89% delle donne e dal 37,44% dei maschi.

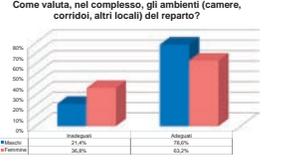
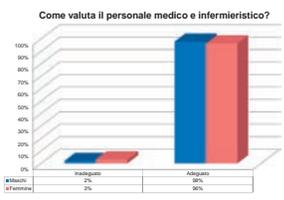
Nel complesso, come valuta le informazioni che il personale Le ha fornito?



Qualità dei pasti



Conclusioni: L'analisi della qualità percepita non ha evidenziato differenze di genere per i giudizi strettamente legati al trattamento assistenziale, come il comportamento del personale medico e infermieristico, l'adeguatezza della terapia del dolore, gli esiti delle cure. Per contro, le donne esprimono un giudizio, ancorché positivo, significativamente peggiore rispetto agli uomini sull'organizzazione e fortemente critico su tutti gli aspetti alberghieri del ricovero. L'analisi ha fornito informazioni estremamente utili per azioni correttive di miglioramento.



INTEGRAZIONE SOCIO-CULTURALE E SANITARIA: EDUCAZIONE ALLA SALUTE PER LE DONNE IMMIGRATE

G. Nasi*, P. Cecchi*, G. Amorfini*, M. Falagario*, L. Forte*, T. Gerace*,
M.C. Macciomei*, A.M. Mastromatteo*[^], M. Mostardi*, M.E. Positano*, P.M. Risi*,
F. Rossi*, S. Soldano*, G. Valle*, C. Di Mauro*

* AIDM Roma Centro

^o Direttore Sanitario "Villa Betania", Presidio Polo Ospedaliero S. Spirito ASL Roma E

[^] Direttore Sanitario 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:

1. Il lavaggio rituale e il lavaggio igienico: origini, significati, modalità e motivazioni
2. La maternità e l'allattamento al seno: quando l'educazione è prevenzione e cura
3. La nostalgia: un sentimento che va coltivato per prevenire una malattia
4. La campagna perduta: cosa si è perso nella città, cosa possiamo trovare e cosa dobbiamo riscoprire nella città (tradizioni, calendari, costumi)
5. 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. Inoltre, l'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.

Conclusioni. L'attività educativa del programma già iniziato nell'anno 2012 sta dando i suoi frutti e ci spinge ad esportare il progetto in altri consultori.

ANMDO Associazione Nazionale dei Medici della Direzione Ospedaliera

POLITICA, ECONOMIA E TECHNE: ROMA
PER QUALE SANITÀ? 25-27 SETTEMBRE 2013

39° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

Integrazione socio-culturale e sanitaria: Educazione alla salute per le donne immigrate

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.

Le conferenze vengono offerte gratuitamente presso il Consultorio dei Condottieri in Roma nel quartiere Ila ASL RMC di Piazza 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. Inoltre, l'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.

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:

1. IL LAVAGGIO RITUALE E IL LAVAGGIO IGIENICO: ORIGINI, SIGNIFICATI, MODALITÀ E MOTIVAZIONI
2. LA MATERNITÀ E L'ALLATTAMENTO AL SENO: QUANDO L'EDUCAZIONE È PREVENZIONE E CURA
3. LA NOSTALGIA: UN SENTIMENTO CHE VA COLTIVATO PER PREVENIRE UNA MALATTIA
4. LA CAMPAGNA PERDUTA: COSA SI È PERSO NELLA CITTÀ, COSA POSSIAMO TROVARE E COSA DOBBIAMO RISCOPRIRE NELLA CITTÀ (TRADIZIONI, CALENDARI, COSTUMI)
5. IL MATRIMONIO NELLA SOCIETÀ MULTICULTURALE

In conclusione
Nasi G, Cecchi P, Amorfini G, Falagario M, Forte L, Gerace T, Macciomei MC, Mastromatteo AM, Mostardi M, Positano ME, Risi PM, Rossi F, Soldano S, Valle G, Di Mauro C
SI PUO' FARE
Associazione Italiana Donne Medico Sezione Roma Centro

L'ANZIANO CHE RITORNA: EPIDEMIOLOGIA DELLE INFEZIONI DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMICI IN VALLE D'AOSTA

Roberto Novati, Marisa Mastaglia, Claudio Giacomazzi*, Gianluca Del Vesco, Riccardo Papalia, Maria Grazia Canta, Pier Giorgio Montanera*, Chiara Galotto[§]
 Direzione Medica; * Laboratorio di Microbiologia, Ospedale regionale di Aosta; [§] Corresponding author

Parole chiave: enterobatteri, carbapenemasi, Klebsiella

Introduzione. le infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemici (CRE) e/o produttori di carbapenemasi (CPE) costituiscono come è noto un importante problema di sanità pubblica. Da giugno 2012 abbiamo attivato la sorveglianza di tutti gli isolati ospedalieri di CRE/CPE; in questo studio abbiamo analizzato le cartelle cliniche dei pazienti positivi da giugno 2012 a giugno 2013 con l'obiettivo di descrivere la casistica e di identificare possibili fattori di rischio per l'acquisizione e la trasmissione di questi batteri.

Contenuti. l'infezione da CRE /CPE è stata diagnosticata in 52 pazienti (F 55,8%), età media 77,8 anni (range 51-93). Il 65,4% dei casi proviene dal domicilio e il 15,4% da una struttura assistenziale non ospedaliera. Il 34,6% dei casi è diagnosticato in Geriatria, il 17,3% in Rianimazione e l'11,5% in Medicina; la degenza media è di 43 giorni, l'isolamento del germe avviene in media alla ventunesima giornata. Solo il 30% dei pazienti ha avuto un solo ricovero nel periodo considerato, negli altri la media è di 1,6 ricoveri nel periodo di follow-up e il 26,9% dei casi ha avuto un ricovero nei 30 giorni precedenti la diagnosi di CRE/CPE. Il 46,2% dei casi cambia reparto durante la degenza, e un ulteriore 19,2% ne cambia due. Sono prevalenti i segni di fragilità clinica e i fattori di rischio infettivo: allettamento o deambulazione supportata nel 93,8%, dipendenza nelle cure igieniche nel 84,6%, incontinenza fecale nel 50%, urinaria nel 36,5%, solo il 42,3% dei casi si alimenta naturalmente, il 28,8% ha supporto enterale e il 23,1% parenterale. Il catetere vescicale è presente nel 67,3% dei casi, un dispositivo venoso centrale (CVC o PICC) nel 50%, la tracheostomia nel 9,6%, un drenaggio nel 19,2%, la tracheo aspirazione bronchiale è effettuata nel 30,8% dei pazienti, il 26,9% dei quali ha subito un intervento chirurgico durante il ricovero in studio e prima dell'isolamento del microrganismo CRE. Abbiamo isolato *Klebsiella pneumoniae* nell'80,8% dei casi ed *Escherichia coli* nel 19,2%, prevalentemente da urine (46,2% dei casi) e apparato respiratorio (13,5%); gli isolati da sangue e punte di CVC sono solo il 7,6%, tuttavia il 67,3% dei casi presenta segni clinici d'infezione, assenti nel 21,2% dei pazienti (colonizzazione certa). Non ultimo, la letalità al 1° giugno 2013 è del 48,1%.

Conclusioni. Abbiamo identificato una popolazione, per ora poco descritta, di pazienti molto anziani, spesso colonizzati, ad alto tasso di rientro ospedalieri, in condizioni clinico-assistenziali molto gravi, a forte impatto gestionale. Occorre secondo noi:

1. supportare le politiche di screening dei casi anche colonizzati
2. rafforzare la prevenzione dei casi secondari ospedalieri
3. contrastare i ricoveri inappropriati degli anziani e le lungodegenze sociali. Il nostro studio sarà allargato a una popolazione di controllo, omogenea per età e DRG, per valutare innanzitutto eventuali differenze di letalità e degenza media.



L'ANZIANO CHE RITORNA

rnovati@ausl.vda.it

EPIDEMIOLOGIA DELLE INFEZIONI DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMICI IN VALLE D'AOSTA

Le infezioni da enterobatteri (*Klebsiella spp* e *Escherichia coli*) resistenti ai carbapenemici (CRE) e/o produttori di carbapenemasi (CPE) costituiscono come è noto un importante problema di sanità pubblica. Il fenomeno è in aumento in molti paesi, rendendo la terapia antibiotica problematica, anche per la mancanza di nuovi antibiotici disponibili o in sperimentazione. Da giugno 2012 abbiamo attivato la sorveglianza di tutti gli isolati ospedalieri di CRE/CPE, compresi i campioni di dubbia significatività clinica, indicativi di colonizzazione. In questo studio abbiamo analizzato le cartelle cliniche dei pazienti positivi per CRE/CPE fino a giugno 2013, con l'obiettivo di descrivere la popolazione e identificare eventuali fattori di rischio di infezione e trasmissione dei batteri in esame.



RISULTATI 1

- l'infezione da CRE /CPE è stata diagnosticata in 52 pazienti (F 155,8%), età media 77,8 anni (range 51-93)
- il 65,4% dei casi proviene dal domicilio e il 15,4% da una struttura assistenziale non ospedaliera.
- il 34,6% dei casi è diagnosticato in Geriatria, il 17,3% in Rianimazione e l'11,5% in Medicina
- la degenza media è di 43 giorni, l'isolamento del germe avviene in media alla ventunesima giornata.
- Solo il 30% dei pazienti ha avuto un solo ricovero nel periodo considerato, negli altri la media è di 1,6 ricoveri nel periodo di follow-up e il 26,9% dei casi ha avuto un ricovero nei 30 giorni precedenti la diagnosi di CRE/CPE.
- il 46,2% dei casi cambia reparto durante la degenza, e un ulteriore 19,2% ne cambia due



RISULTATI 2

Sono prevalenti i segni di fragilità clinica e i fattori di rischio infettivo:

- allettamento o deambulazione supportata nel 93,8%,
- dipendenza nelle cure igieniche nel 84,6%,
- incontinenza fecale nel 50%, urinaria nel 36,5%,
- solo il 42,3% dei casi si alimenta naturalmente, il 28,8% ha supporto enterale e il 23,1% parenterale
- il catetere vescicale è presente nel 67,3% dei casi,
- un dispositivo venoso centrale (CVC o PICC) nel 50%,
- la tracheostomia nel 9,6%,
- un drenaggio nel 19,2%,
- la tracheo aspirazione bronchiale è effettuata nel 30,8% dei pazienti, il 26,9% dei quali ha subito un intervento chirurgico durante il ricovero in studio e prima dell'isolamento del microrganismo CRE.



RISULTATI 3

- Abbiamo isolato *Klebsiella pneumoniae* nell' 80,8% dei casi ed *Escherichia coli* nel 19,2%
- gli isolati da sangue e punte di CVC sono solo il 7,6%,
- tuttavia il 67,3% dei casi presenta segni clinici d'infezione, assenti nel 21,2% dei pazienti (colonizzazione certa)
- Non ultimo, la letalità tra i casi diagnosticati al 1° giugno 2013 è del 48,1%

da dove abbiamo isolato CRE/CPE		
CAMPIONE	frequenza	percentuale
Altri (spec)	7	13,5%
App. respir.	11	21,2%
Cute	6	11,5%
Punta catetere	2	3,8%
Sangue	2	3,8%
Urina	24	46,2%
Totale	52	100,0%

Il microrganismo CRE più frequentemente isolato è *Klebsiella pneumoniae* (80,8)

CONCLUSIONI:

abbiamo identificato una popolazione, per ora poco descritta, di pazienti molto anziani, spesso colonizzati, ad alto tasso di rientro ospedalieri, in condizioni clinico-assistenziali molto gravi, a forte impatto gestionale.

Occorre secondo noi

1. supportare le politiche di screening dei casi anche colonizzati
2. rafforzare la prevenzione dei casi secondari ospedalieri
3. contrastare i ricoveri inappropriati degli anziani e le lungodegenze sociali

Elevata percentuale di pazienti con più di un ricovero nel periodo considerato (giugno 2012-giugno 2013)

N° RICOVERI ULTIMO ANNO oltre a quello diagnostico di infezione da CRE/CPE	frequenza	percentuale
0	15	28,8%
1	16	30,8%
2	10	19,2%
3	3	5,8%
4	5	9,6%
5	1	1,9%
7	1	1,9%
8	1	1,9%
Totale	52	100,0%

Il nostro studio sarà allargato a una popolazione di controllo, omogenea per età e DRG, per valutare innanzitutto eventuali differenze di letalità e degenza media

Roberto Novati, Marisa Mastaglia, Claudio Giacomazzi*, Gianluca Del Vesco, Riccardo Papalia, Maria Grazia Canta, Pier Giorgio Montanera*, Chiara Galotto. Direzione Medica, *Laboratorio di Microbiologia, Ospedale regionale di Aosta

CONGRUITÀ ED APPROPRIATEZZA DEI FLUSSI SDO/DRG ED EFFICIENZA GESTIONALE

M. Papa*, R. Lanzetta**, V. Giordano°, A. Granata°, F. Savoia°, A. Russo°,
S. Moretta°, A. Germano°, R. Palladino°, A. Guida^^

* UOC Pianificazione e Programmazione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro; ** Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; ° UOSD Pianificazione Ospedaliera – Settore SDO-DRG - ASL Napoli 1 Centro; °° Medici di Sanità Pubblica area ospedaliera; ^ Direzione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro

Parole chiave: SDO/DRG, codifica, cartella clinica

Introduzione. Il sistema dei DRGs (Diagnosis-related groups) è stato sviluppato agli inizi degli anni '70 con l'obiettivo di meglio definire le prestazioni sanitarie e misurare quanto viene fatto negli Ospedali per il pagamento dei ricoveri. Oggi il sistema è sottostimato rispetto all'importanza che riveste da parte dei clinici ed i medici in generale. I medici ospedalieri sono pagati in base al salario concordato nei contratti e non in base ai DRGs, ma le loro decisioni cliniche, spesso incongruamente riportate sulle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), in gran parte influenzano il budget degli Ospedali e delle AASSLL.

La programmazione e l'organizzazione delle attività ospedaliere secondo logiche gestionali, non può prescindere dalla conoscenza del livello di produzione degli ospedali.

Attraverso la verifica del flusso e le caratteristiche di compilazione della SDO e l'attribuzione del DRG è possibile valutare l'attività ospedaliera e specificamente:

- il livello di utilizzo appropriato delle strutture di ricovero;
- la casistica trattata;
- la qualità delle codifiche ed il loro grado di affidabilità ai fini di analisi statistiche e di programmazione sanitaria;
- il confronto tra ospedali diversi per evidenziare le differenze operative e le cause all'origine di ciò;
- i fenomeni distorsivi/opportunistici di vario tipo;
- i punti di forza e di debolezza del sistema ospedaliero di riferimento.

Contenuti. Il sistema SDO/DRG, ha contribuito a migliorare la trasparenza delle azioni sanitarie svolte, in quanto il grande numero di pazienti presi in cura è convertito in gruppi omogenei sotto il profilo clinico ed economico. Ne consegue che è possibile definire con precisione i "prodotti sanitari" erogati, consentendo un confronto realistico delle attività sanitarie ed il consumo di risorse economiche. È grazie al sistema SDO/DRG, se si considera la qualità delle prestazioni, che è possibile in termini reali, il confronto tra un ospedale e l'altro, consentendo di valutare il grado di efficienza nelle modalità di produzione delle prestazioni. Tra gli obblighi normativi rientra l'attento monitoraggio di indicatori generali quali:

- completezza della compilazione dei campi e regolare tempistica della trasmissione delle SDO;
 - monitoraggio delle codifiche a rischio di inappropriatazza
 - monitoraggio dei tempi di degenza
 - monitoraggio del tasso di ri-ospedalizzazione a 30 giorni
 - monitoraggio di fenomeni opportunistici quali la selezione dei pazienti affetti da patologie meno costose, trasferendo presso altri ospedali i malati che offrono minor profitto
 - monitoraggio della rispondenza tra complicanze nelle diagnosi e procedure effettive riportate sulla SDO e quanto riportato in Cartella Clinica
 - monitoraggio dei DRG ad elevato rischio di inappropriato trattamento in determinati regimi assistenziali.
- Tutte queste analisi consentono di verificare l'efficienza della produzione ospedaliera e l'appropriatezza delle prestazioni erogate senza trascurare la verifica di fenomeni opportunistici.

Conclusioni. La valutazione delle attività ospedaliere continuerà ad avere grande importanza per sviluppare e migliorare la qualità delle cure, ma anche per valutare le reali necessità del sistema ospedaliero rispetto al contesto di riferimento. Una corretta gestione del flusso SDO/DRG rappresenta il primo momento per medici e professionisti della sanità, per esser certi di non incorrere in tagli spesso motivati da ciò che impropriamente viene riportato sulle SDO.



Congruienza ed appropriatezza dei flussi SDO/DRG ed efficienza gestionale



Papa M*, Lanzetta R**, Giordano V°, Granata A°, Savoia F°, Russo A°, Moretta S°, Germano A°, Palladino R°, Guida A^^

*UOC Pianificazione e Programmazione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro
** Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro
° UOSD Pianificazione Ospedaliera – Settore SDO-DRG - ASL Napoli 1 Centro
°° Medici di Sanità Pubblica area ospedaliera
^ Direzione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro

Introduzione

Il sistema dei DRGs (Diagnosis-related groups) è stato sviluppato agli inizi degli anni '70 con l'obiettivo di meglio definire le prestazioni sanitarie e misurare quanto viene fatto negli Ospedali per il pagamento dei ricoveri. Oggi il sistema è sottostimato rispetto all'importanza che riveste da parte dei clinici ed i medici in generale. I medici ospedalieri sono pagati in base al salario concordato nei contratti e non in base ai DRGs, ma le loro decisioni cliniche, spesso incongruamente riportate sulle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), in gran parte influenzano il budget degli Ospedali e delle AASSLL.

La programmazione e l'organizzazione delle attività ospedaliere secondo logiche gestionali, non può prescindere dalla conoscenza del livello di produzione degli ospedali.

Attraverso la verifica del flusso e le caratteristiche di compilazione della SDO e l'attribuzione del DRG è possibile valutare l'attività ospedaliera e specificamente:

1. il livello di utilizzo appropriato delle strutture di ricovero;
2. la casistica trattata;
3. la qualità delle codifiche ed il loro grado di affidabilità ai fini di analisi statistiche e di programmazione sanitaria;
4. il confronto tra ospedali diversi per evidenziare le differenze operative e le cause all'origine di ciò;
5. i fenomeni distorsivi/opportunistici di vario tipo;
6. i punti di forza e di debolezza del sistema ospedaliero di riferimento.

Contenuti

Il sistema SDO/DRG, ha contribuito a migliorare la *trasparenza* delle azioni sanitarie svolte, in quanto il grande numero di pazienti presi in cura è convertito in gruppi omogenei sotto il profilo clinico ed economico. Ne consegue che è possibile definire con precisione i "prodotti sanitari" erogati, consentendo un confronto realistico delle attività sanitarie ed il consumo di risorse economiche. E' grazie al sistema SDO/DRG, se si considera la qualità delle prestazioni, che è possibile in termini reali, il confronto tra un ospedale e l'altro, consentendo di valutare il grado di *efficienza* nelle modalità di produzione delle prestazioni.

Tra gli obblighi normativi rientra l'attento monitoraggio di indicatori generali quali:

- completezza della compilazione dei campi e regolare tempistica della trasmissione delle SDO;
 - **monitoraggio delle codifiche a rischio di inappropriatazza**
 - **monitoraggio dei tempi di degenza**
 - **monitoraggio del tasso di ri-ospedalizzazione a 30 giorni**
 - **monitoraggio di fenomeni opportunistici quali la selezione dei pazienti affetti da patologie meno costose, trasferendo presso altri ospedali i malati che offrono minor profitto**
 - **monitoraggio della rispondenza tra complicanze nelle diagnosi e procedure effettive riportate sulla SDO e quanto riportato in Cartella Clinica**
 - **monitoraggio dei DRG ad elevato rischio di inappropriato trattamento in determinati regimi assistenziali.**
- Tutte queste analisi consentono di verificare l'efficienza della produzione ospedaliera e l'appropriatezza delle prestazioni erogate senza trascurare la verifica di fenomeni opportunistici.

Conclusioni

La valutazione delle attività ospedaliere continuerà ad avere grande importanza per sviluppare e migliorare la qualità delle cure, ma anche per valutare le reali necessità del sistema ospedaliero rispetto al contesto di riferimento. Una corretta gestione del flusso SDO/DRG rappresenta il primo momento per medici e professionisti della sanità, per esser certi di non incorrere in tagli spesso motivati da ciò che impropriamente viene riportato sulle SDO.

Parole chiave: SDO/DRG; codifica; cartella clinica.

ESPERIENZA DI ACCREDITAMENTO DEL BLOCCO OPERATORIO (BO) DELLA WEEK SURGERY DEL PADIGLIONE LEONARDO DA VINCI, OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO DI FIRENZE

Elettra Pellegrino*, **Antonella Alessandri****, **Andrea Bassetti****, **Rosalba Calderoni****, **Sara Brugnoli****, **Sonia Bianchi§**, **Stefano Michelagnoli§§**, **Walter Cocchi§§§**, **Guglielmo Bonaccorsi°**, **Elio Mugnaini°°**

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

** Direzione Sanitaria P.O. San Giovanni di Dio, Azienda Sanitaria Firenze

§ Coordinatrice Infermieristica Blocco Operatorio P.O. San Giovanni di Dio, Azienda Sanitaria Firenze

§§ Responsabile del Dipartimento Chirurgico, Azienda Sanitaria Firenze

§§§ Infermiere Professionale Blocco Operatorio P.O. San Giovanni di Dio

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

°° Coordinatore del Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione, Regione Toscana

Parole chiave: accreditamento Istituzionale, requisiti, qualità

Introduzione. L'Accreditamento Istituzionale è uno strumento di regolazione dell'accesso al mercato sanitario, introdotto in Italia dal DLgs.502/92; si può definire come "il processo di autovalutazione e di revisione esterna fra pari utilizzato 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". Il DLgs. 502/92 introduce anche il concetto di autorizzazione obbligatoria intesa come corrispondenza, periodicamente verificata, ad una serie di requisiti minimi indicati a livello nazionale, obbligatori per tutti coloro, pubblici o privati, che vogliono erogare prestazioni sanitarie.

La Regione Toscana con la Legge Regionale n° 1 del 5 agosto 2009 ha introdotto un modello di Accredimento Istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private orientato alla valutazione dei percorsi assistenziali, e la sua applicazione (Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 61/R, 24 dicembre 2010) costituisce un'opportunità per orientare i processi assistenziali verso un elevato livello di qualità e sicurezza delle prestazioni erogate.

Contenuti. L'esperienza di accreditamento è relativa al BO della Week Surgery del Padiglione Leonardo da Vinci, Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze. In primo luogo abbiamo verificato l'ottemperanza ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi previsti dalla normativa vigente, quindi abbiamo analizzato i requisiti di accreditamento e i relativi indicatori del percorso organizzativo chirurgico, facendo focus sul blocco operatorio; la logica è quella del BO come "fornitore interno" di prestazioni. Dopo aver sinteticamente descritto il modello di Accredimento Istituzionale della Regione Toscana, individuandone le caratteristiche peculiari, abbiamo individuato e analizzato i requisiti obbligatori.

I requisiti considerati sono i seguenti:

- requisito CM11.*: la qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza;
- requisito C3.2. (M47)*: esiste un sistema di gestione del rischio correlato all'uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili;
- requisito C3.2.2.: l'organizzazione si dota di un sistema adeguato di gestione della sicurezza in sala operatoria.

Successivamente abbiamo considerato i riferimenti documentali e le evidenze, strumenti necessari insieme alla verifica sul campo per testare l'aderenza ai requisiti.

Conclusioni. Lo scopo del lavoro è quello di analizzare un percorso che garantisca adeguati standard di sicurezza al paziente e al contempo appropriatezza e flessibilità organizzativa, in un contesto come quello chirurgico caratterizzato da una significativa complessità dal punto di vista dell'integrazione contemporanea di più professionalità e di più discipline.



Esperienza di accreditamento del Blocco Operatorio (BO) della Week Surgery del Padiglione Leonardo da Vinci, Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze.



Elettra Pellegrino*, Antonella Alessandri**, Andrea Bassetti**, Rosalba Calderoni**, Sara Brugnoli**, Sonia Bianchi§, Stefano Michelagnoli§§, Walter Cocchi§§§, Guglielmo Bonaccorsi°, Elio Mugnaini°°
 * Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Firenze. ** Direzione Sanitaria P.O. San Giovanni di Dio - Azienda Sanitaria Firenze. § Coordinatrice Infermieristica Blocco Operatorio P.O. San Giovanni di Dio - Azienda Sanitaria Firenze. §§ Responsabile del Dipartimento Chirurgico - Azienda Sanitaria Firenze. §§§ Infermiere Professionale Blocco Operatorio P.O. San Giovanni di Dio. ° Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica - Università degli Studi di Firenze. °° Coordinatore del Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione, Regione Toscana

Introduzione

L'Accreditamento Istituzionale è uno strumento di regolazione dell'accesso al mercato sanitario, introdotto in Italia dal DLgs.502/92; si può definire come "il processo di autovalutazione e di revisione esterna fra pari utilizzato 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". La Regione Toscana con la Legge Regionale n°51 del 5 agosto 2009 ha introdotto un modello di Accredimento Istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private orientato alla valutazione dei percorsi assistenziali, e la sua applicazione costituisce un'opportunità per orientare i processi assistenziali verso un elevato livello di qualità e sicurezza delle prestazioni erogate.

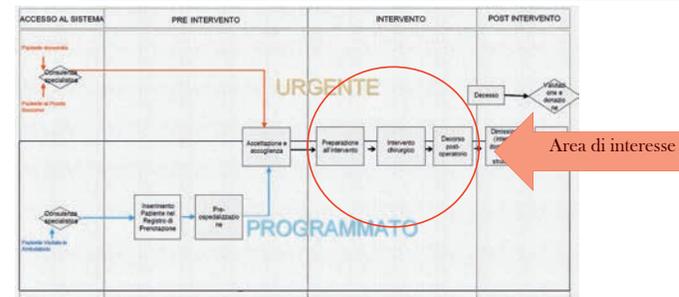
La nostra esperienza di accreditamento è relativa al BO della Week Surgery del Padiglione Leonardo da Vinci, Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze. In primo luogo abbiamo verificato l'ottemperanza ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi previsti dalla normativa vigente, quindi abbiamo analizzato i requisiti di accreditamento e i relativi indicatori del percorso organizzativo chirurgico, facendo focus sul blocco operatorio; la logica è quella del BO come "fornitore interno" di prestazioni. Dopo aver sinteticamente descritto il modello di Accredimento Istituzionale della Regione Toscana, individuandone le caratteristiche peculiari, abbiamo individuato e analizzato i requisiti obbligatori.



I requisiti considerati nel nostro lavoro sono i seguenti:

- **requisito CM11.*:** la qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza;
- **requisito C3.2. (M47)*:** esiste un sistema di gestione del rischio correlato all'uso dei farmaci, dei dispositivi medici e degli impiantabili;
- **requisito C3.2.2.:** l'organizzazione si dota di un sistema adeguato di gestione della sicurezza in sala operatoria.

Successivamente abbiamo considerato i **riferimenti documentali** e le **evidenze**, strumenti necessari insieme alla verifica sul campo per testare l'aderenza ai requisiti.



L'aderenza ai requisiti quindi viene verificata attraverso due modalità: la presenza delle evidenze documentali - verifica oggettiva (procedure, protocolli...) e la verifica sul campo (sopralluogo - verifica soggettiva esperta).

Riferimenti documentali ed evidenze

Buone Pratiche RT

«La check list (CL) di sala operatoria»

EVIDENZA:

- Presenza della CL nella cartella clinica;
- verifica diretta della modalità di utilizzo della CL (il paziente viene seguito dal reparto al BO e fino all'uscita: rispetto delle fasi di sign in, time out, sign out).

Procedure in uso

Procedure di sterilizzazione:

EVIDENZA: procedura in uso (aziendale) e tracciabilità dello strumentario.

Tracciabilità dei dispositivi medici impiantati (es. protesi)

EVIDENZA: procedura in uso e tracciabilità dei dispositivi medici impiantati. La cartella clinica deve contenere le etichette relative alla tracciabilità di strumentario, impiantabili, biancheria sterile.

Raccomandazioni Ministeriali (31 marzo 2008)

Raccomandazione n°2 - "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico"

EVIDENZA: presenza di scheda (cartacea, informatizzata) che renda evidente la conta garze e strumentario.

Raccomandazione n°3 - "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura"

EVIDENZA: check list (riferimento alla buona pratica regionale).

Conclusioni

Lo scopo del lavoro è quello di analizzare un percorso che garantisca adeguati standard di sicurezza al paziente e al contempo appropriatezza e flessibilità organizzativa, in un contesto come quello chirurgico caratterizzato da una significativa complessità dal punto di vista dell'integrazione contemporanea di più professionalità e di più discipline.

39° Congresso Nazionale ANMDO - Roma, 25-27 Settembre 2013

QUANTO SI FUMA IN OSPEDALE? LE OPINIONI DI MEDICI, INFERMIERI ED OPERATORI

A. Penna***, P. Trevisan*, M. Bacchi°, A. Coppo", C. De Marchi^, R. Cerri**, B. Bragante*, A. Tedesco*, D. Bertacin, F. D'Aloia*, C. Becchi* C. Piccinelli"

*** Direttore DMO(Direzione Medica Ospedaliera) Biella; *Dirigente Medico DMO Biella, **Dirigente Amm. Ufficio Qualità Ospedale Molinette Torino; ° Direttore S.C. Igiene-Sanità Pubblica; ^Dirigente Medico Sert, Epidemiologo- Psicologo CPO Piemonte.

Parole chiave: fumo in ospedale, promozione salute, divieto di fumo

Introduzione. È noto come negli ospedali il divieto di fumare sia scarsamente rispettato e come tra gli operatori sanitari la prevalenza dell'abitudine al fumo sia superiore a quello della popolazione generale. Oggi gli ospedali si stanno trasformando da meri "luoghi di cura" a strutture che promuovono il benessere e la salute di pazienti ed operatori. Per tutti questi motivi l'Ospedale di Biella ha aderito al progetto "In rete per un ambiente sanitario senza fumo" promosso dalla Rete Oncologica di Piemonte e Valle d'Aosta, dalla Rete HPH-Cipes e dal CPO Piemonte e che ha coinvolto 8 ospedali.

Contenuti. Allo scopo di disporre di una fotografia su opinioni, conoscenze e attitudini dei dipendenti ospedalieri e territoriali è stato predisposto un questionario simile a quello adottato in precedenza dall'ASOU S. Giovanni Battista di Torino.

Il questionario esplora le seguenti aree:

- percezione delle politiche antifumo (rispetto del divieto, promozione della salute, offerta terapeutica)
- abitudini personali al tabagismo (fumo attivo, fumo passivo)

Hanno risposto al questionario 900 operatori pari al 47,5% dei dipendenti (1892). La maggioranza pressoché assoluta dei rispondenti (98%) ritiene che le politiche di promozione della salute siano strategiche per un'azienda sanitaria. Il numero dei fumatori sul totale del campione è risultato pari al 16%, di questi il 25% appartiene alla dirigenza sanitaria, il 50% al comparto, il 5% all'area amministrativa e il 20% ad altre professioni. I luoghi preferiti per fumare sono risultati le aree esterne (50%), i corridoi (12%) e i servizi igienici (10%). 243 rispondenti pari al 27% hanno dichiarato che il divieto del fumo sia poco o per nulla rispettato, il 32% ha dichiarato di essere stato esposto almeno una volta al fumo passivo e il 42% dei rispondenti hanno dichiarato di non conoscere i trattamenti ambulatoriali offerti dall'ASL.

Conclusioni. Dalla ricerca emerge un numero di fumatori attivi inferiori a quello documentato da precedenti indagini (20-22%); la percentuale dei rispondenti all'indagine è stata superiore a precedenti rilevazioni documentando una particolare sensibilità ed attenzione al problema. Meritevole è anche il dato riguardante la sensibilità degli operatori alla promozione della salute. La partecipazione al progetto regionale e la condivisione delle iniziative con altri ospedali, nonché la prossima apertura del nuovo ospedale di Biella consentiranno di dare piena attuazione agli spunti offerti dalla rilevazione.



Immagine della campagna di sensibilizzazione in Regione Piemonte

INTRODUZIONE

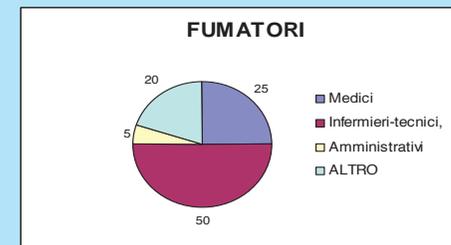
È noto come negli ospedali il divieto di fumare sia scarsamente rispettato e come tra gli operatori sanitari la prevalenza dell'abitudine al fumo sia superiore a quello della popolazione generale. Oggi gli ospedali si stanno trasformando da meri "luoghi di cura" a strutture che promuovono il benessere e la salute di pazienti ed operatori. Per tutti questi motivi l'Ospedale di Biella ha aderito al progetto "In rete per un ambiente sanitario senza fumo" promosso dalla Rete Oncologica di Piemonte e Valle d'Aosta, dalla Rete HPH-Cipes e dal CPO Piemonte e che ha coinvolto 8 ospedali.

CONTENUTI

Allo scopo di disporre di una fotografia su opinioni, conoscenze e attitudini dei dipendenti ospedalieri e territoriali è stato predisposto un questionario simile a quello adottato in precedenza dall'ASOU S. Giovanni Battista di Torino.

Il questionario esplora le seguenti aree:

- percezione delle politiche antifumo (rispetto del divieto, promozione della salute, offerta terapeutica)
- abitudini personali al tabagismo (fumo attivo, fumo passivo)



Hanno risposto al questionario 900 operatori pari al 47,5% dei dipendenti (1892). La maggioranza pressoché assoluta dei rispondenti (98%) ritiene che le politiche di promozione della salute siano strategiche per un'azienda sanitaria. Il numero dei fumatori sul totale del campione è risultato pari al 16%, di questi il 25% appartiene alla dirigenza sanitaria, il 50% al comparto, il 5% all'area amministrativa e il 20% ad altre professioni. I luoghi preferiti per fumare sono risultati le aree esterne (50%), i corridoi (12%) e i servizi igienici (10%). 243 rispondenti pari al 27% hanno dichiarato che il divieto del fumo sia poco o per nulla rispettato, il 32% ha dichiarato di essere stato esposto almeno una volta al fumo passivo e il 42% dei rispondenti hanno dichiarato di non conoscere i trattamenti ambulatoriali offerti dall'ASL.

CONCLUSIONI

Dalla ricerca emerge un numero di fumatori attivi inferiori a quello documentato da precedenti indagini (20-22%); la percentuale dei rispondenti all'indagine è stata superiore a precedenti rilevazioni documentando una particolare sensibilità ed attenzione al problema. Meritevole è anche il dato riguardante la sensibilità degli operatori alla promozione della salute. La partecipazione al progetto regionale e la condivisione delle iniziative con altri ospedali, nonché la prossima apertura del nuovo ospedale di Biella consentiranno di dare piena attuazione agli spunti offerti dalla rilevazione.

IMPATTO ECONOMICO NELL'UTILIZZO DEI TESSUTI TTR VS I TESSUTI TNT

V. Raffone*, A. Russo**, E. Ottaiano***, M. Passaro****, P. Carrozza*****

* Direttore Sanitario Clinica Mediterranea S.p.A.

** Vice Direttore Sanitario Clinica Mediterranea S.p.A.

*** Igienista Direzione Sanitaria Clinica Mediterranea S.p.A.

**** Specializzando Dip. Sanità Pubblica A.O.U. Federico II di Napoli

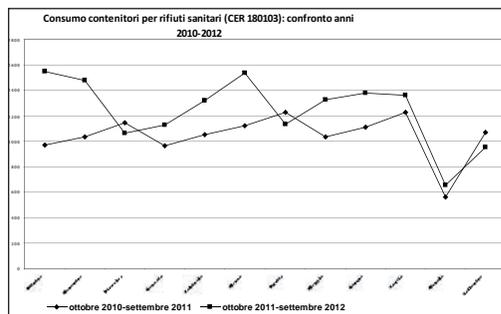
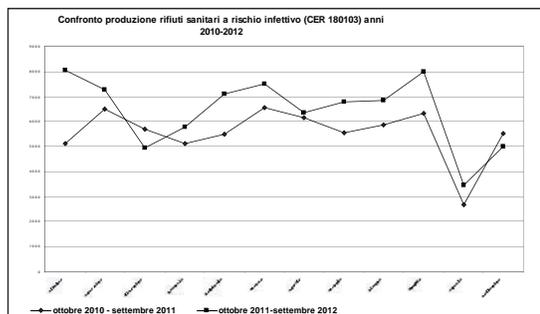
***** Coord. Inf. Blocco Operatorio Clinica Mediterranea

Parole chiave: TTR, TNT, costi

Introduzione. Secondo la normativa tecnica UNI EN 13795 in materia di requisiti essenziali dei tessuti chirurgici riutilizzabili (TTR) e monouso (TNT), i teli chirurgici, i camici chirurgici, e le divise filtro devono soddisfare un elevato livello di protezione per la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari. La Clinica Mediterranea fino all'anno 2010 aveva un contratto d'appalto di lavanoio, tessuti in cotone per le degenze e TTR per le sale operatorie invece dal 2011, per le sole sale operatorie si è optato per l'utilizzo di "Teleria Monouso" (TNT). Il presente studio ha lo scopo di valutare l'impatto economico del passaggio dal TTR al TNT considerando il costo dei singoli appalti e la maggior produzione di rifiuti nell'utilizzo del TNT nel primo anno d'appalto.

Contenuti. Premettendo che, dal 2010 al 2012, si è osservato un aumento del numero di interventi chirurgici del 6,3%, il passaggio dal TTR al TNT ha comportato un miglioramento nella programmazione e nella tempistica degli interventi chirurgici; tuttavia dall'analisi dei dati risulta un incremento della quantità di rifiuti speciali prodotti del 16% e dei contenitori del 19%. Nel periodo ottobre 2010- settembre 2011, sono stati utilizzati tessuti TTR con una produzione di rifiuti speciali (CER 180103) pari a 66.547 kg; il trend temporale di riferimento mostra un andamento costante con picchi nei periodi di maggior attività chirurgica (marzo, luglio, novembre) e un decremento nei mesi di minor attività operatoria (agosto, dicembre). Nel periodo ottobre 2011-settembre 2012 è stato utilizzato unicamente teleria in TNT con una produzione di rifiuti speciali (CER 180103) pari a 77.103 kg; il trend temporale è analogo a quello del periodo di utilizzo del tessuto TTR (Grafico 1). Relativamente ai contenitori per rifiuti CER 180103, sono stati consumati un numero pari a 12.521 nel periodo ottobre 2010- settembre 2011 e un numero pari a 14.874 nel periodo ottobre 2011-settembre 2012 (Grafico 2).

Conclusioni. Il ricorso all'utilizzo dei tessuti TNT ha determinato in termini di impatto economico un incremento dei costi dovuto da un lato al nuovo contratto d'appalto per il TNT (+11%) e dall'altro alla maggior quantità di rifiuti prodotti e contenitori consumati. Tuttavia se si considerano i dati del II periodo di appalto, anno in cui è stato notevolmente migliorato l'impiego della teleria in TNT, l'impatto economico risulta trascurabilmente invariato rispetto ai benefici ottenuti.



IMPATTO ECONOMICO NELL'UTILIZZO DEI TESSUTI TNT VS I TESSUTI TTR

Raffone V.*, Russo A.***, Ottaiano E.***, Passaro M.****, Carrozza P.*****.

*Direttore Sanitario Clinica Mediterranea S.p.A.,** Vice Direttore Sanitario Clinica Mediterranea S.p.A.,*** Igienista Direzione Sanitaria Clinica Mediterranea S.p.A.,****Specializzando Dip. Sanità Pubblica A.O.U. Federico II di Napoli, *****Coord. Inf. Blocco Operatorio Clinica Mediterranea.

PAROLE CHIAVE: TTR, TNT, costi.

INTRODUZIONE

Secondo la normativa tecnica UNI EN 13795 in materia di requisiti essenziali dei tessuti chirurgici riutilizzabili (TTR) e monouso (TNT), i teli chirurgici, i camici chirurgici, e le divise filtro devono soddisfare un elevato livello di protezione per la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari. La Clinica Mediterranea fino all'anno 2010 aveva un contratto d'appalto di lavanoio, tessuti in cotone per le degenze e TTR per le sale operatorie invece dal 2011, per le sole sale operatorie si è optato per l'utilizzo di "Teleria Monouso" (TNT). Il presente studio ha lo scopo di valutare l'impatto economico del passaggio dal TTR al TNT considerando il costo dei singoli appalti e la maggior produzione di rifiuti nell'utilizzo del TNT.

CONTENUTI

Premettendo che, dal 2010 al 2012, si è osservato un aumento del numero di interventi chirurgici del 6,3%, il passaggio dal TTR al TNT ha comportato un miglioramento nella programmazione e nella tempistica degli interventi chirurgici; tuttavia dall'analisi dei dati risulta un incremento della quantità di rifiuti speciali prodotti del 16% e dei contenitori del 19%. Nel periodo ottobre 2010- settembre 2011, sono stati utilizzati tessuti TTR con una produzione di rifiuti speciali (CER 180103) pari a 66.547 kg; il trend temporale di riferimento mostra un andamento costante con picchi nei periodi di maggior attività chirurgica (marzo, luglio, novembre) e un decremento nei mesi di minor attività operatoria (agosto, dicembre). Nel periodo ottobre 2011-settembre 2012 è stato utilizzato unicamente teleria in TNT con una produzione di rifiuti speciali (CER 180103) pari a 77.103 kg; il trend temporale è analogo a quello del periodo di utilizzo del tessuto TTR (Grafico 1). Relativamente ai contenitori per rifiuti CER 180103, sono stati consumati un numero pari a 12.521 nel periodo ottobre 2010- settembre 2011 e un numero pari a 14.874 nel periodo ottobre 2011-settembre 2012. (Grafico 2).

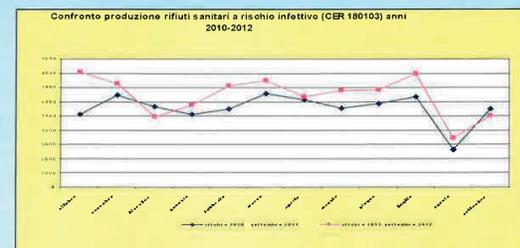


Grafico 1

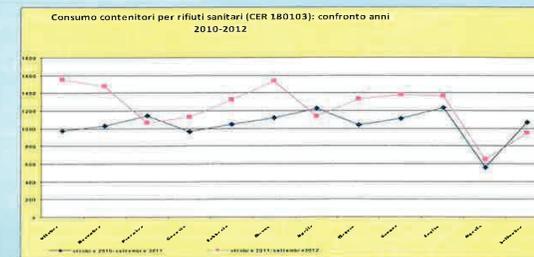


Grafico 2

CONCLUSIONI

Il ricorso all'utilizzo dei tessuti TNT ha determinato in termini di impatto economico un incremento dei costi dovuto da un lato al nuovo contratto d'appalto per il TNT (+11%) e dall'altro alla maggior quantità di rifiuti prodotti e contenitori consumati. Tuttavia se si considerano i dati del II periodo di appalto, anno in cui è stato notevolmente migliorato l'impiego della teleria in TNT, l'impatto economico risulta trascurabilmente invariato rispetto ai benefici ottenuti.

A.S.L. 3 GENOVESE - OSSERVATORIO LESIONI CUTANEE PROCEDURA INFORMATIZZATA

**Bruna Rebagliati¹, Ida Grossi², Marco Marchelli³, Maria De Martini⁴,
Mario Fiscì⁵, Isabella Cevasco⁶, Fabio Demaria⁷**

¹ Direttore Presidio Ospedaliero Unico ASL 3 Genovese; ² Direttore Sanitario ASL 3 Genovese;

³ Responsabile Nucleo Operativo Lesioni Cutanee ASL 3 Genovese;

⁴ Coordinatore Gruppo Operativo UGR ASL 3 Genovese; ⁵ Direttore DMO S.O. Villa Scassi;

⁶ Responsabile Area Infermieristica; ⁷ Programmatore Sistema Informativo ASL 3 Genovese

Parole chiave: lesioni, epidemiologia, prevenzione

Introduzione. Una indagine europea¹, alla quale ha partecipato anche l'Italia, evidenzia un dato sconcertante: "solo il 9,7% dei pazienti a rischio ha ricevuto una completa e adeguata assistenza preventiva". Ciò testimonia la gravità e la sottovalutazione del problema. Come sottolinea la Joint Commission, che inserisce tra gli obiettivi nazionali per la sicurezza del paziente l'obiettivo n. 14 "Prevenire le ulcere da pressione", "l'insorgenza di LDP è un evento avverso doloroso, costoso ed evitabile che ha una prevalenza troppo elevata negli ospedali. La prevenzione delle LDP è un intervento fondamentale non nuovo, non costoso e che ha la potenzialità di salvare migliaia di pazienti da un danno evitabile"². Alla ASL 3 Genovese è in uso uno strumento per l'analisi dei dati inerenti la gestione del rischio di contrarre lesioni da pressione e il monitoraggio delle lesioni cutanee nei pazienti che afferiscono nei servizi della ASL 3 Genovese (Ospedali, Assistenza Territoriale). Progettato dal N.O. Lesioni Cutanee della Direzione Sanitaria e sviluppato dal personale del SIA aziendale, permette l'elaborazione di dati, includendo un miglioramento nella gestione del rischio clinico aziendale e consente di monitorare il paziente nei vari passaggi all'interno della rete dei servizi.

Contenuti. I dati gestiti riguardano:

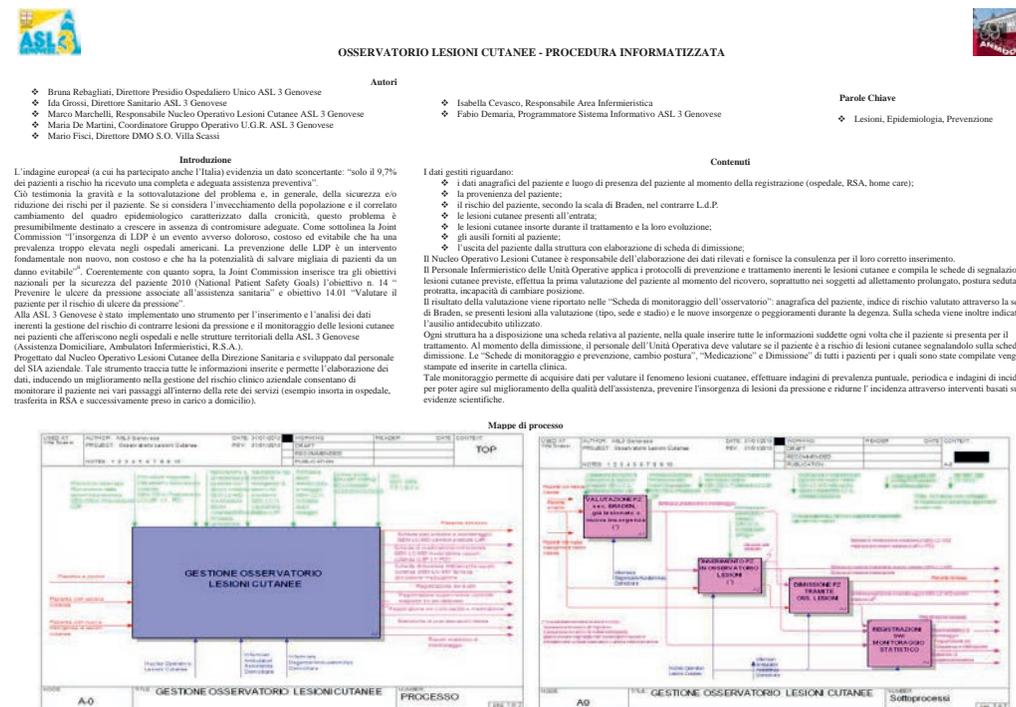
- i dati anagrafici del paziente, di provenienza e degenza (ospedale, RSA, home care);
- il rischio del paziente, scala di Braden, nel contrarre Lesioni da Pressione;
- le lesioni cutanee presenti all'entrata e insorte durante il ricovero e la loro evoluzione;
- gli ausili forniti al paziente;
- la dimissione del paziente.

Il Nucleo Operativo Lesioni Cutanee è responsabile dell'elaborazione dei dati rilevati. Il Personale Infermieristico applica i protocolli di prevenzione e trattamento inerenti le lesioni cutanee e compila le schede di segnalazione/monitoraggio lesioni cutanee previste, effettua la valutazione del paziente al momento del ricovero. Il portale viene utilizzato all'interno della ASL3 Genovese in tutti i setting operativi, che coprono un territorio di 1000 Km². Le Schede di monitoraggio e prevenzione, cambio postura, Medicazione e Dimissione vengono stampate ed inserite in cartella clinica.

Conclusioni. Tramite l'osservatorio lesioni si può visualizzare il numero dei pazienti inseriti e gestiti in tempo reale, fornendo una fotografia dei pazienti a rischio di Lesione da Pressione e/o lesionati presenti, le nuove insorgenze, i peggioramenti e le guarigioni. Questo permette di agire sul miglioramento della qualità dell'assistenza, prevenire l'insorgenza di lesioni da pressione e ridurre l'incidenza attraverso interventi basati sulle evidenze scientifiche. Quantificando in tempo reale le nuove insorgenze di LdP è possibile il suo utilizzo come Allert epidemiologico. Per l'anno 2012 è stato classificato dall'AGENAS del Ministero della Salute BUONA PRATICA.

Bibliografia. ¹ Vanderwee K. et al "Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study" J Eval Clin Pract 2007 13(2):227-35.

² Joint Commission "Preventing pressure ulcers: the goal is zero" Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Volume 33, Number 10, October 2007, pp.605-610(6)



PERCORSO DI ACCREDITAMENTO EUROPEO DEI SERVIZI DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE DELL'AZIENDA SANITARIA ASL CN1

**M. Rebora, M.T. Giachino-Amistà*, G. Guerra, D. Testa°, M.T. Rubiolo*,
F. Fiorelli, M.G. Fornara, S. Ghigo, N. Rosati, M. Grillo, G. Chiozza^**

SC Direzione Sanitaria Presidio; ° Servizio Immunoematologia e Trasfusionale; * UfficioQualità;

^ Direzione Sanitaria Aziendale ASL CN1-Regione Piemonte

Parole chiave: accreditamento, servizi trasfusionali, requisiti

Introduzione. La Regione Piemonte con D.G.R. 3 giugno 2013, n. 46-5884, D.G.R. 29 luglio 2013, n. 36-6201, ha recepito l'Accordo n. 149/CSR del 25 luglio 2012 sul documento recante "Linee guida per l'accREDITAMENTO dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti". Allo scopo di ottemperare ai requisiti previsti (organizzativi, strutturali, tecnologici) nel corso del 2013, presso l'ASL CN 1 è stato avviato il percorso di accREDITAMENTO del Servizio Trasfusionale (SIMT) del Presidio Ospedaliero di Savigliano (n. 284 pl e n. 10735 Unità Raccolte) e del Presidio Ospedaliero di Mondovì (n.190 pl e n. 6109 Unità Raccolte), già in possesso di Certificazione ISO 9001/2008.

Contenuti. L'analisi preliminare dei requisiti è stata condotta adottando l'audit interno (AI) e procedendo al riesame della documentazione esistente, relativa alla vigente Certificazione ISO (manuale qualità, riesame e piano qualità, procedure, mappatura processi, monitoraggio, registrazioni non conformità NNCC). Relativamente all'aspetto metodologico si annoverano la predisposizione di checklist per gli AI (utilizzata per autovalutazione in fase di preaudit e per registrazione del SQ in sede di audit), l'esecuzione di verifiche atte a garantire coerenza delle procedure e delle istruzioni operative con le attività realmente svolte e la gestione dei documenti obsoleti.

Nel periodo 01/01/2013-01/06/2013 sono stati effettuati:

- n. 10 AI con i Servizi di Supporto (Servizio Tecnico, Ingegneria Clinica, CED) su requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali e con le Strutture Operative (Clienti Interni) sull'applicabilità delle procedure e/o istruzioni operative emesse dal SIMT.
- n. 3 incontri con Associazioni di Volontariato (es. AVIS, FIDAS)
- n. 2 "visite guidate" presso il SIMT, rivolte ai professionisti coinvolti nel processo di gestione della richiesta di sangue urgente ed urgentissima
- n. 3 incontri presso le Strutture Operative ospedaliere riguardanti la "Raccomandazione n. 5 del Ministero della Salute" (Prevenzione della Reazione Trasfusionale da Incompatibilità ABO) e la somministrazione di trasfusione di sangue al letto del paziente.

Conclusioni. Il soddisfacimento dei requisiti previsti dalla D.G.R. 3 giugno 2013 n. 46-5884 nei SIMT ASL CN1, al 31.08.2013 risulta:

TOTALE requisiti		SIMT Mondovì Completati	SIMT Savigliano Completati
Requisiti organizzativi	N. 83	60%	90%
Requisiti strutturali	N. 4	80%	80%
Requisiti tecnologici	N. 16	90%	90%

La revisione della documentazione già predisposta per la Certificazione ISO 9001/2008 ha consentito di ridurre il tempo di predisposizione del materiale e di integrare quanto già presente.

La metodologia applicata ha permesso di evidenziare le NNCC già in fase preanalitica ed ha rafforzato una visione "olistica" del concetto di sicurezza nel contesto sanitario, dai diversi punti di vista: personale, paziente, azienda.

PERCORSO DI ACCREDITAMENTO EUROPEO DEI SERVIZI DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE DELL'AZIENDA SANITARIA ASL CN1

Rebora M., Giachino-Amistà M.T.*, Guerra G., Testa D.°, Rubiolo M.T.*, Fiorelli F., Fornara M.G., Ghigo S., Rosati N., Grillo M., Chiozza G.^.

SC Direzione Sanitaria Presidio, ° Servizio Immunoematologia e Trasfusionale, *UfficioQualità, ^Direzione Sanitaria Aziendale ASL CN1-Regione Piemonte

Parole chiave: accreditamento, servizi trasfusionali, requisiti

Introduzione

La Regione Piemonte con D.G.R. 3 giugno 2013, n. 46-5884, D.G.R. 29 luglio 2013, n. 36-6201, ha recepito l'Accordo n. 149/CSR del 25 luglio 2012 sul documento recante "Linee guida per l'accREDITAMENTO dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti".

Allo scopo di ottemperare ai requisiti previsti (organizzativi, strutturali, tecnologici) nel corso del 2013, presso l'ASL CN 1 è stato avviato il percorso di accREDITAMENTO del Servizio Trasfusionale (SIMT) del Presidio Ospedaliero di Savigliano (n. 284 pl e n. 10735 Unità Raccolte) e del Presidio Ospedaliero di Mondovì (n.190 pl e n. 6109 Unità Raccolte), già in possesso di Certificazione ISO 9001/2008.

Contenuti

L'analisi preliminare dei requisiti è stata condotta adottando l'audit interno (AI) e procedendo al riesame della documentazione esistente, relativa alla vigente Certificazione ISO (manuale qualità, riesame e piano qualità, procedure, mappatura processi, monitoraggio, registrazioni non conformità NNCC).

Relativamente all'aspetto metodologico si annoverano la predisposizione di checklist per gli AI (utilizzata per autovalutazione in fase di preaudit e per registrazione del SQ in sede di audit), l'esecuzione di verifiche atte a garantire coerenza delle procedure e delle istruzioni operative con le attività realmente svolte e la gestione dei documenti obsoleti.

Nel periodo 01/01/2013-01/06/2013 sono stati effettuati:

- n. 10 AI con i Servizi di Supporto (Servizio Tecnico, Ingegneria Clinica, CED) su requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali e con le Strutture Operative (Clienti Interni) sull'applicabilità delle procedure e/o istruzioni operative emesse dal SIMT.
- n. 3 incontri con Associazioni di Volontariato (es. AVIS, FIDAS)
- n. 2 "visite guidate" presso il SIMT, rivolte ai professionisti coinvolti nel processo di gestione della richiesta di sangue urgente ed urgentissima
- n. 3 incontri presso le Strutture Operative ospedaliere riguardanti la "Raccomandazione n. 5 del Ministero della Salute" (Prevenzione della Reazione Trasfusionale da Incompatibilità ABO) e la somministrazione di trasfusione di sangue al letto del paziente.

Conclusioni

Il soddisfacimento dei requisiti previsti dalla D.G.R. 3 giugno 2013 n. 46-5884 nei SIMT ASL CN1, al 31.08.2013 risulta:

TOTALE requisiti	SIMT Mondovì Completati	SIMT Savigliano Completati	
Requisiti organizzativi	N. 83	60%	90%
Requisiti strutturali	N. 4	80%	80%
Requisiti tecnologici	N. 16	90%	90%

La revisione della documentazione già predisposta per la Certificazione ISO 9001/2008 ha consentito di ridurre il tempo di predisposizione del materiale e di integrare quanto già presente.

La metodologia applicata ha permesso di evidenziare le NNCC già in fase preanalitica ed ha rafforzato una visione "olistica" del concetto di sicurezza nel contesto sanitario, dai diversi punti di vista: personale, paziente, azienda.

INTEGRAZIONE DEI MODELLI LEAN SIX SIGMA ED AUDIT CLINICO PER IL CONTROLLO DEL CONSUMO DI FARMACI

Ripa Franco, La Valle Giovanni, Rocatti Laura, Abrate Paolo, Santoro Anna Maria,
Daghero Lorella, Boraso Flavio
ASL Torino 4, Regione Piemonte

Introduzione. Negli ultimi anni i processi di budget hanno acquisito sempre maggiore importanza nelle Aziende Sanitarie.

In tale ambito la razionalizzazione del consumo di farmaci in epoca di spending review è oggi una esigenza inderogabile. Peraltro, è essenziale mettere in atto modelli di lavoro condivisi tra sistema di programmazione e controllo, farmacia e componente professionale, in funzione della progressiva ricerca dell'appropriatezza delle prescrizioni per il contenimento dei costi

Obiettivo del progetto è lo sviluppo nell'ASL TO 4 di un percorso di miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci, con la implementazione di metodologie di lavoro strutturate secondo i modelli del lean six sigma e dell'audit clinico utilizzati in forma integrata.

Contenuti. Dal punto di vista operativo il lean six sigma è un'applicazione di tecniche statistiche e principi di qualità fortemente orientati al miglioramento dei processi, a partire dall'analisi sistematica dei dati e della loro deviazione rispetto alla norma.

L'audit clinico invece si caratterizza nello sviluppo del tipico ciclo della qualità su problemi di carattere tipicamente professionale.

I due modelli sono stati applicati nell'ASL TO 4 in forma parallela ed integrata con la definizione dei problemi di inappropriatezza nel consumo dei farmaci, la declinazione di criteri indicatori e standard e la misurazione, l'analisi degli scostamenti tra standard e valori osservati, la messa in atto dell'intervento correttivo, la rimisurazione post-intervento.

Le azioni sul campo sono avvenute alla presenza di metodologi esperti di qualità, farmacisti e clinici e si sono caratterizzate per una fattiva collaborazione degli attori in funzione degli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza, peraltro previsti dal sistema premiante aziendale.

Per quanto riguarda i risultati ottenuti, a titolo esemplificativo si evidenzia che la spesa per farmaci nei quattro centri di responsabilità delle Medicine Generali degli Ospedali dell'ASL Torno 4 in totale è passata da 2.132.029 Euro del 2010 a 1.647.203 Euro nel 2012, con un incremento della valorizzazione tariffaria dei ricoveri e delle prestazioni (in totale da 24.916.929 Euro del 2010 a 26.786.567 Euro del 2012). Una situazione sostanzialmente simile è avvenuta, con rare eccezioni, negli altri centri di responsabilità clinici

Conclusioni. Ovviamente tali risultati possono essere legati a molte variabili, ma è indubbio che l'applicazione di metodiche strutturate può essere di grande supporto nelle azioni di miglioramento.

Dal punto di vista metodologico lo sviluppo dei modelli lean six sigma ed audit clinico in forma integrata offre il pertanto vantaggio di mediare un approccio strutturato di tipo industriale alla qualità con una impostazione professionale, maggiormente modulata sul vissuto dei professionisti clinici.

In tale ambito comunque la motivazione degli attori in campo e dunque l'elemento umano giocano, come sempre, un ruolo fondamentale.

PERCEZIONE DELL'UTILITÀ DELLA CHECKLIST NEL P.O. "S.SALVATORE" DI L'AQUILA E SUA IMPLEMENTAZIONE

F. Santilli¹, G. Micolucci², I. Pelino¹, A.R. Lepore², M.V. Mucciante², P. Masciovecchio³, G. Aratari³, C. Scipioni³, L. Fabiani¹

¹ Scuola Di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi Di L'Aquila "UNIVAQ"

² Direzione Sanitaria P.O. "S. Salvatore" di L'Aquila, A.S.L. 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila

³ U.O.C. Medicina Legale, servizio di Gestione del Rischio Clinico, A.S.L.1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Parole chiave: checklist, sala operatoria.

Introduzione. La checklist è uno strumento di controllo di tutte le azioni che garantiscono la realizzazione di un intervento chirurgico in sicurezza. Molti studi in letteratura confermano l'efficacia dell'utilizzo della checklist nel migliorare parametri quali complicanze post-operatorie e prevenzione di eventi avversi potenzialmente evitabili.

In seguito alla Deliberazione DG n. 2159 del 22/12/2011, nel P.O. di L'Aquila, l'utilizzo della checklist per la sicurezza in sala operatoria, è iniziato il 15 Gennaio 2012. È stato deciso di applicare la checklist a tutti gli interventi, sia in urgenza che in elezione.

Contenuti. Il nostro obiettivo è stato quello di verificare l'effettiva implementazione della checklist nelle diverse UU.OO. chirurgiche del nostro P.O., confrontando, per ognuna di queste, il numero totale di interventi chirurgici eseguiti nell'anno 2012 e il numero di checklist compilate nello stesso anno (indagine di prevalenza-osservazionale diretta delle copie delle checklist). Abbiamo, inoltre, analizzato come viene percepita la checklist nel nostro P.O. somministrando ad anestesisti, chirurghi ed infermieri di sala operatoria un questionario. Il questionario è costituito da 5 domande sulla percezione dell'utilità della checklist e per le risposte abbiamo utilizzato scale di valori da 1 a 10.

Conclusioni. Le UU.OO. del P.O. "S.Salvatore" che hanno maggiormente aderito al progetto checklist nell'anno 2012 sono state la Chirurgia Maxillo-Facciale, la Neurochirurgia, e la Chirurgia Generale Ospedaliera. Al contrario le UU.OO. che hanno compilato il minor numero di checklist rispetto al totale degli interventi risultano essere l'Ortopedia, la Ginecologia e L'Occlusiva. Per quanto riguarda l'analisi della percezione della checklist, sia gli anestesisti, sia i chirurghi sia gli infermieri di sala operatoria considerano più che buoni i livelli di pertinenza, di rilevanza e di implementazione della checklist nel nostro Presidio Ospedaliero. La media di valutazione è notevolmente più bassa per quanto riguarda la percezione di miglioramento dei parametri quali: complicanze post-operatorie e prevenzione di eventi avversi potenzialmente evitabili. La Direzione Sanitaria del P.O. "San Salvatore" dell'Aquila si sta impegnando, congiuntamente con il servizio di gestione del rischio clinico, per incrementare l'implementazione della checklist fino al target prefissato del 100% di checklist compilate sul totale degli interventi. Altro obiettivo della nostra Direzione Sanitaria per l'anno 2013 è quello di attuare interventi formativi di sensibilizzazione al fine di richiamare l'attenzione sull'importanza della Checklist quale strumento di: identificazione tempestiva delle non conformità, miglioramento dei processi di comunicazione e del clima organizzativo del team, prevenzione di eventi potenzialmente a rischio per il paziente.



Percezione dell'utilità della checklist nel P.O. "S. Salvatore" di L'Aquila e sua implementazione

Santilli F¹, Micolucci G², Pelino L¹, Lepore AR², Mucciante MV², Masciovecchio P³, Aratari G³, Scipioni C³, Fabiani L¹

¹Scuola di Specializzazione di Igiene, Università degli Studi di L'Aquila "UNIVAQ"

²Direzione Sanitaria P.O. "S.Salvatore", ASL1 L'Aquila.

³U.O.C. Med. Legale, Servizio per la gestione del Rischio Clinico, ASL1 L'Aquila.



INTRODUZIONE

La Check-List è uno strumento di controllo di tutte le azioni che garantiscono la realizzazione di un intervento chirurgico in sicurezza. Molti studi in letteratura confermano l'efficacia dell'utilizzo della Check-List nel migliorare parametri quali complicanze post-operatorie e nel prevenire eventi avversi potenzialmente evitabili.^{1,2,3,4} In seguito alla Deliberazione DG n.2159 del 22/12/2011, nel P.O. di L'Aquila, l'utilizzo della Check-List per la sicurezza in sala operatoria, è iniziato il 15 Gennaio 2012. È stato deciso di applicare la Check-List a tutti gli interventi, sia in urgenza che in elezione.

CONTENUTI

Gli obiettivi del nostro studio sono stati due:

- Verificare l'effettiva implementazione della Check-List nelle diverse Unità Operative chirurgiche del nostro Presidio Ospedaliero.

- Analizzare come viene percepita la Check-List da parte del personale ospedaliero coinvolto nelle diverse fasi dell'intervento chirurgico.

Riguardo la verifica dell'implementazione, abbiamo effettuato una indagine di prevalenza, attraverso osservazione diretta delle Check-List compilate dal 15 Gennaio al 31 Dicembre 2012 e consegnate al Servizio per la gestione del Rischio Clinico della ASL di L'Aquila. In questo modo abbiamo rilevato, per ogni Unità Operativa, la percentuale di Check-List effettuate rispetto al totale degli interventi. Per i risultati ottenuti, vedi TABELLA 1.

TABELLA 1

Unità Operativa	Interventi eseguiti nel 2012	Percentuale in Day Surgery	Check-List compilate nel 2012	Percentuale
MAXILLO-FACCIALE	236	39%	194	82 %
CH. VASCOLARE	348	53%	184	52 %
NEUROCHIRURGIA	460	1%	329	71 %
ORTOPEDIA	1168	44%	190	16 %
ORL	287	59%	144	50 %
BREAST UNIT	939	61%	374	40 %
TRAPIANTI	120	0%	51	42 %
UROLOGIA	824	52%	566	69 %
GINECOLOGIA- OSTETRICIA	1841	42%	522	28 %
OCULISTICA	1630	94%	320	20 %
CH. GENERALE OSPEDALIERA	792	31%	584	74 %
CH. GENERALE UNIVERSITARIA	500	29%	323	65 %

L'analisi della percezione della Check-list da parte del personale ospedaliero è stata fatta tramite un questionario di cinque domande con risposte su scale di valori da 1 a 10. Il questionario è costituito da tre domande riguardanti il livello percepito di pertinenza, di rilevanza e di implementazione della Check-List. Una domanda riguarda, invece, il livello percepito di miglioramento degli eventi avversi evitabili.

Un'ulteriore domanda del questionario, è dedicata alla valutazione della procedura di attivazione della Check-List. Il questionario è stato consegnato tramite la caposala del blocco operatorio ad anestesisti, chirurghi, ed infermieri di sala operatoria. Inoltre un plico di questionari è stato lasciato nella stanza del blocco operatorio adibita a sala ristoro. Per i risultati ottenuti, vedi TABELLA 2.

TABELLA 2

Qualifica	Pertinenza Check-List (voto medio)	Rilevanza Check-List (voto medio)	Livello implementazione e Check-List (voto medio)	Procedura attivazione Check-List (voto medio)	Miglioramento eventi avversi evitabili, dopo introduzione Check-List (voto medio)
ANESTESISTI	8,3	9	7,6	7,1	5
CHIRURGHI	8,2	8,6	8	8,6	4,8
INFERMIERI S.O.	8	8,4	8,6	8,2	3

Abbiamo provato a somministrare le stesse domande agli infermieri di reparto chirurgico. Anche questi ultimi, infatti, sono coinvolti in alcuni dei processi menzionati nella Check-List (preanestesia, profilassi antibiotica, prevenzione del tromboembolismo venoso).

Tuttavia, abbiamo constatato che gli infermieri di reparto non sono a conoscenza del processo Check-List. Si limitano ad ottemperare alle consegne che gli vengono affidate dal chirurgo e dall'anestesista alcune ore prima dell'intervento ed a firmare un foglio a parte come certificazione del loro operato.

Per questo motivo abbiamo deciso di escludere gli infermieri di reparto dalla compilazione del questionario.

Il questionario somministrato, prevede in appendice la presenza di una domanda a risposta aperta per raccogliere eventuali indicazioni circa la modalità di implementazione del progetto Check-List nel P.O. "S.Salvatore" di L'Aquila. Dalla valutazione dei suggerimenti ottenuti, è emerso, soprattutto dal personale infermieristico di sala operatoria, l'esigenza di una maggiore sensibilizzazione dei chirurghi all'importanza della Check-List.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Le UU.OO. del P.O. "S.Salvatore" di L'Aquila che hanno maggiormente aderito al progetto Check-List nell'anno 2012 sono state la Chirurgia Maxillo-Facciale, la Neurochirurgia, e la Chirurgia Generale Ospedaliera. Al contrario le UU.OO. che hanno compilato il minor numero di Check-List rispetto al totale degli interventi risultano essere: l'Ortopedia, la Ginecologia e L'Occlusiva.

Su dodici unità operative 6 hanno compilato la Check-List in meno del 50% degli interventi. Interessante è notare che 5 di queste 6 U.O. hanno un'alta percentuale di interventi eseguiti in Day Surgery. Questo ad indicare verosimilmente, che nell'espletamento degli interventi in Day Surgery, c'è minore compliance degli operatori alla compilazione della Check-List.

Nel nostro P.O. l'aderenza al progetto Check-List è ancora lontana dai livelli auspicabili; la Direzione Sanitaria del "S.Salvatore" si sta impegnando, insieme con il servizio di gestione del Rischio Clinico, a incrementare l'implementazione della Check-List fino al target prefissato del 100% di Check-List compilate sul totale degli interventi.

In riferimento all'analisi della percezione della checklist, hanno risposto al questionario 9 chirurghi su un totale di 66 (percentuale 13,6%), 10 anestesisti su un totale di 28 (36%) 12 infermieri su un totale di 26 (46%). La scarsa rispondenza dei chirurghi ai questionari da noi somministrati, riflette il ridotto interesse di questa categoria, nei confronti del progetto Check-List, rispetto agli altri operatori coinvolti.

Gli anestesisti, i chirurghi e gli infermieri di sala operatoria considerano più che buoni i livelli di pertinenza della checklist. Questo significa che secondo gli operatori c'è un'alta corrispondenza tra gli items presenti nella Check-List e i reali processi inerenti l'intervento chirurgico.

La media di valutazione è notevolmente più bassa per quanto riguarda la percezione di miglioramento dei parametri quali complicanze post-operatorie e prevenzione di eventi avversi potenzialmente evitabili.

Le valutazioni date a questa domanda del questionario, dimostrano chiaramente che i chirurghi gli anestesisti e gli infermieri di sala operatoria del nostro P.O. non hanno ancora compreso a pieno il valore del progetto Check-List.

Come affermato dal Dott. Berry (Harvard): "La Check-List fa la differenza per circa 1 paziente su 1000. Questo non è un gran numero, ma è una vita".

Bisognerebbe fare di questa frase un manifesto.

Obiettivo importante della nostra Direzione Sanitaria per l'anno 2013 è quello di attuare interventi formativi di sensibilizzazione al fine di richiamare l'attenzione sull'importanza della Checklist quale strumento di: identificazione tempestiva delle non conformità, miglioramento dei processi di comunicazione e del clima organizzativo del team, prevenzione di eventi potenzialmente a rischio per il paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breiza AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S. "A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population". N Engl J Med. 2009;7 491-499
2. Paugam-Burtz C, Guerrero O. "French surgical Check-List in a university hospital: achievements one year after implementation." Ann Fr Anesth Reanim. 2011;7:475-478
3. Bliss LA, Ross-Richardson CB, Sanzari LJ, et al. "Thirty-day outcomes support implementation of a surgical safety checklist". J Am Coll Surg. 2012;215: 766-776
4. Van Klei WA, Hoff RG, Van Aarnhem EE, et al. "Effects of the introduction of the WHO Surgical Safety Check-List on in-hospital mortality: a cohort study. Ann Surg. 2012;255:44-49.
5. Patterson "Has your Checklist effort stalled? Some advice on how to restart it." OR Manager, 2013 May;29 (5):1.

APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE: ANALISI DEL TREND DEGLI INDICATORI DELLE ATTIVITÀ OSPEDALIERE 2010-12

F. Savoia*, V. Giordano*, R. Lanzetta**, A. Granata°, M. Papa°, A. Russo*, S. Moretta°, R. Palladino*, A. Guida^

* UOSD Pianificazione Ospedaliera – Settore SDO-DRG - ASL Napoli 1 Centro; ** Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; ° Medici di Sanità Pubblica area ospedaliera; °° UOC Pianificazione e Programmazione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro; ^ Direzione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro

Parole chiave: appropriatezza; DRG; performance.

Introduzione. Il management aziendale dell'ASL Napoli 1 Centro, ha ridefinito l'offerta assistenziale ospedaliera nei Presidi Ospedalieri a gestione diretta perseguendo obiettivi di efficienza ed appropriatezza. Le attività volte al recupero dell'appropriatezza sono state orientate da quanto stabilito dalla normativa regionale specifica ed in particolare dal Decreto Regionale n. 58/10 che stabilisce i DRG a rischio di inappropriatezza per i quali sono fissate delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ordinario, e il Decreto n.6/2011 che prevede dei controlli di congruità cartella clinica / SDO rispetto secondo specifici controlli che individuano le potenziali sacche di inappropriatezza assistenziale.

Ulteriori misure organizzative intraprese al fine di aumentare l'efficienza sono state:

- Reingegnerizzazione ed attivazione delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale;
- Attivazione presso i PPOO del Day-Service;
- Attivazione di protocolli di preospedalizzazione.

Contenuti. Al fine di valutare il trend relativo all'appropriatezza assistenziale sono stati valutati nel triennio 2010-2012 alcuni indicatori generali di attività e specifici indicatori di appropriatezza scelti per monitorare l'impatto dei modelli organizzativi aziendali ed il relativo miglioramento della performance.

	2010	2011	2012	Variazione 2010/11	Variazione 2010/12	Variazione percentuale 2010/11	Variazione percentuale 2010/12
Ricoveri Ordinari	52.455	49.873	48.542	-2.582	-3.913	-5%	-7%
Ricoveri Day Hospital	18.388	16.090	17.052	-2.298	-1.336	-12%	-7%
Giornate di degenza	327.997	310.549	299.110	-17.448	-28.887	-5%	-9%
Ricoveri 0-1 giorno	10.954	10.440	10.024	-514	-930	-5%	-8%
Degenza media	7	6	6	-1	-1	-14%	-14%
Peso medio	0,9	0,9	0,9	0	0	0	0
Ricoveri con complicanze	7.199	6.717	6.918	-482	-281	-7%	-4%
DRG incoerenti	787	184	0	-603	-787	-77%	-100%
Dimissioni volontarie	11.974	8.695	6.501	-3.279	-5.473	-27%	-46%
Deceduti	1.268	1.185	1.187	-83	-81	-7%	-6%
Ricoveri urgenti da P.S.	46.591	41.313	36.414	-5.278	-10.177	-11%	-22%

Nel triennio si è osservata una sensibile riduzione dei ricoveri ordinari, ricoveri da Pronto Soccorso, giornate di degenza, evidenziando un trend di deospedalizzazione che va monitorato e valutato.

Alla riduzione del numero dei ricoveri si affianca un miglioramento degli indicatori espressione di inappropriatezza assistenziale (DRG incoerenti, dimissioni volontarie, ricoveri 0-1 giorno). La condivisione, precedente all'applicazione dei decreti regionali n.58/10 e n.6/11 ha determinato realmente un miglioramento di aspetti a rischio di inappropriatezza o francamente inappropriati.

Conclusioni. 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* (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.



Appropriatezza assistenziale: analisi del trend degli indicatori delle attività ospedaliere 2010-12



Savoia F*, Giordano V*, Lanzetta R**, Granata A°, Papa M°, Russo A*, Moretta S°, Palladino R*, Guida A^

* UOSD Pianificazione Ospedaliera – Settore SDO-DRG - ASL Napoli 1 Centro
 ** Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro
 ° Medici di Sanità Pubblica area ospedaliera
 °° UOC Pianificazione e Programmazione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro
 ^ Direzione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro

Introduzione

Il management aziendale dell'ASL Napoli 1 Centro, ha ridefinito l'offerta assistenziale ospedaliera nei Presidi Ospedalieri a gestione diretta perseguendo obiettivi di efficienza ed appropriatezza.

Le attività volte al recupero dell'appropriatezza sono state orientate da quanto stabilito dalla normativa regionale specifica ed in particolare dal Decreto Regionale n. 58/10 che stabilisce i DRG a rischio di inappropriatezza per i quali sono fissate delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ordinario, e il Decreto n.6/2011 che prevede dei controlli di congruità cartella clinica / SDO rispetto secondo specifici controlli che individuano le potenziali sacche di inappropriatezza assistenziale.

Ulteriori misure organizzative intraprese al fine di aumentare l'efficienza sono state:

- Reingegnerizzazione ed attivazione delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale;
- Attivazione presso i PPOO del Day-Service;
- Attivazione di protocolli di preospedalizzazione.

Contenuti

Al fine di valutare il trend relativo all'appropriatezza assistenziale sono stati valutati nel triennio 2010-2012 alcuni indicatori generali di attività e specifici indicatori di appropriatezza scelti per monitorare l'impatto dei modelli organizzativi aziendali ed il relativo miglioramento della performance.

	2010	2011	2012	Variazione 2010/11	Variazione 2010/12	Variazione percentuale 2010/11	Variazione percentuale 2010/12
Ricoveri Ordinari	52.455	49.873	48.542	-2.582	-3.913	-5%	-7%
Ricoveri Day Hospital	18.388	16.090	17.052	-2.298	-1.336	-12%	-7%
Giornate di degenza	327.997	310.549	299.110	-17.448	-28.887	-5%	-9%
Ricoveri 0-1 giorno	10.954	10.440	10.024	-514	-930	-5%	-8%
Degenza media	7	6	6	-1	-1	-14%	-14%
Peso medio	0,9	0,9	0,9	0	0	0	0
Ricoveri con complicanze	7.199	6.717	6.918	-482	-281	-7%	-4%
DRG incoerenti	787	184	0	-603	-787	-77%	-100%
Dimissioni volontarie	11.974	8.695	6.501	-3.279	-5.473	-27%	-46%
Deceduti	1.268	1.185	1.187	-83	-81	-7%	-6%
Ricoveri urgenti da P.S.	46.591	41.313	36.414	-5.278	-10.177	-11%	-22%

Nel triennio si è osservata una sensibile riduzione dei ricoveri ordinari, ricoveri da Pronto Soccorso, giornate di degenza, evidenziando un trend di deospedalizzazione che va monitorato e valutato.

Alla riduzione del numero dei ricoveri si affianca un miglioramento degli indicatori espressione di inappropriatezza assistenziale (DRG incoerenti, dimissioni volontarie, ricoveri 0-1 giorno). La condivisione, precedente all'applicazione dei decreti regionali n.58/10 e n.6/11 ha determinato realmente un miglioramento di aspetti a rischio di inappropriatezza o francamente inappropriati.

Conclusioni

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* (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.

Parole chiave: appropriatezza; DRG; performance.

STUDIO DI QUALITÀ DELLA CARTELLA CLINICA

C. Sponzilli³, D.M. Pedà², G. Villone², C. Console⁴, N. Ballarino⁴,
A. Palumbo⁴, A. Battista¹

¹ Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia; ² Dirigente Medico di Direzione di Presidio Ospedaliero Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia; ³ Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva (Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"); ⁴ Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia

Introduzione. La cartella clinica, in quanto atto pubblico di fede privilegiata, richiede un'attenta vigilanza circa la sua corretta compilazione e gestione. I requisiti da rispettare per una regolare compilazione sono la veridicità, la completezza, la precisione, la chiarezza grafica e concettuale.

Metodologia. Vengono presentati i risultati di uno studio svolto sulla valutazione della "qualità" della cartella clinica condotto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia. È stato utilizzato un questionario comprendente 30 item per l'area medica e 28 per l'area chirurgica, espressi in forma di quesito a risposta dicotomica (SI/NO). Sono state esaminate le cartelle cliniche complete di tutte le strutture complesse dell'Azienda, riferite ad un intero mese ad esclusione dei DH. e DS. I dati ottenuti sono stati riportati su una griglia di valutazione. I quesiti in comune tra le aree medica e chirurgica hanno riguardato la documentazione compilata all'ingresso (motivo del ricovero, anamnesi, esame obiettivo), il diario medico, il diario infermieristico, la lettera di dimissione e la SDO. Gli altri item hanno riguardato i diversi aspetti assistenziali dell'area medica (consenso informato al trattamento diagnostico-terapeutico, prescrizione diretta dei farmaci) o dell'area chirurgica (consenso informato all'intervento chirurgico, cartella anestesiológica, referto operatorio).

Risultati e conclusioni. L'indagine ha consentito di individuare i punti critici presenti nella documentazione sanitaria (non sempre è identificabile l'operatore compilatore delle diverse parti, spesso è incompleta la compilazione del consenso informato, in diversi casi la descrizione dell'intervento chirurgico è parziale) e di definire alcune priorità per migliorare il processo di valutazione della qualità delle cartelle cliniche attraverso l'attivazione di audit periodici. Inoltre gli indicatori utilizzati, sebbene presentino lo svantaggio di essere di tipo qualitativo, presentano una elevata trasferibilità in altri contesti ospedalieri. Ciò facilita, con risorse relativamente limitate, la valutazione della documentazione sanitaria che, benché rappresenti un aspetto rilevante dal punto di vista epidemiologico e medico legale, risulta oggi ancora poco considerata.

"STUDIO DI QUALITÀ DELLA CARTELLA CLINICA"

C. Sponzilli^{***}, D.M. Pedà^{**}, G. Villone^{**}, C. Console[✦], N. Ballarino[✦], A. Palumbo[✦], A. Battista^{*}

^{*} Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia

^{**} Dirigente Medico di Direzione di Presidio Ospedaliero Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia

^{***} Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva (Università degli Studi di Bari "Aldo Moro")

[✦] Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia

Introduzione

La cartella clinica, in quanto atto pubblico di fede privilegiata, richiede un'attenta vigilanza circa la sua corretta compilazione e gestione. I requisiti da rispettare per una regolare compilazione sono la veridicità, la completezza, la precisione, la chiarezza grafica e concettuale.

Metodologia

Vengono presentati i risultati di uno studio svolto sulla valutazione della "qualità" della cartella clinica condotto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia.

È stato utilizzato un questionario comprendente 30 item per l'area medica e 28 per l'area chirurgica, espressi in forma di quesito a risposta dicotomica (SI/NO).

Sono state esaminate le cartelle cliniche complete di tutte le strutture complesse dell'Azienda, riferite ad un intero mese ad esclusione dei DH. e DS. I dati ottenuti sono stati riportati su una griglia di valutazione.

I quesiti in comune tra le aree medica e chirurgica hanno riguardato la documentazione compilata all'ingresso (motivo del ricovero, anamnesi, esame obiettivo), il diario medico, il diario infermieristico, la lettera di dimissione e la SDO.

Gli altri item hanno riguardato i diversi aspetti assistenziali dell'area medica (consenso informato al trattamento diagnostico-terapeutico, prescrizione diretta dei farmaci) o dell'area chirurgica (consenso informato all'intervento chirurgico, cartella anestesiológica, referto operatorio).

Risultati e Conclusioni

L'indagine ha consentito di individuare i punti critici presenti nella documentazione sanitaria (non sempre è identificabile l'operatore compilatore delle diverse parti, spesso è incompleta la compilazione del consenso informato, in diversi casi la descrizione dell'intervento chirurgico è parziale) e di definire alcune priorità per migliorare il processo di valutazione della qualità delle cartelle cliniche attraverso l'attivazione di audit periodici.

Inoltre gli indicatori utilizzati, sebbene presentino lo svantaggio di essere di tipo qualitativo, presentano una elevata trasferibilità in altri contesti ospedalieri.

Ciò facilita, con risorse relativamente limitate, la valutazione della documentazione sanitaria che, benché rappresenti un aspetto rilevante dal punto di vista epidemiologico e medico legale, risulta oggi ancora poco considerata.



L'UMANIZZAZIONE NEL P.O. GUBBIO GUALDO TADINO: UN PUNTO DI ASCOLTO PER LE DONNE CON TUMORE AL SENO

T. Tedesco¹, N. Buonora², B. Fischer³, L. Minelli⁴, A. Micheletti⁵, C. Monacelli⁶,
V. Burocchi⁷, P. Pacchiarini⁸

¹Direttore Medico P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ²Medico in formaz. Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino;

³Medico Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ⁴Dip. Spec. Med. Chir. e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia; ⁵Psicologa Distretto Alto Chiascio; ⁶Psicologa AELC; ⁷Coordin. Infermieristica oncologia

⁸Direttore Sanitario USLUMBRIA 1

Parole chiave: umanizzazione, qualità percepita, semplificazione del percorso assistenziale

Introduzione. La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di Gubbio-Gualdo Tadino considera l'attività relazionale con il malato ed i suoi familiari, unita ad una corretta e completa informazione, un irrinunciabile presupposto per creare l'alleanza terapeutica e la partecipazione attiva nel percorso assistenziale. In particolare per le donne con tumore al seno, la comunicazione non solo tra curante e malato ma anche tra pari, donne che hanno affrontato la malattia, può facilitare l'accesso al complesso percorso.

Contenuti. "Fiore di Loto" è un Punto di Ascolto e Informazione rivolto a tutte le donne con tumore al seno, nato nell'ambito del progetto pilota "Accoglienza in ospedale" dell'Azienda USL Umbria 1.

Le finalità sono quelle di:

- Migliorare l'ascolto ed il riconoscimento dei bisogni delle pazienti e dei loro familiari;
- Migliorare ed uniformare le modalità d'accoglienza ed informazione in ospedale;
- Rafforzare le sinergie tra operatori e associazioni di volontariato dei pazienti, rendendoli protagonisti del processo di umanizzazione, "facilitatori" dei percorsi assistenziali nell'ambito della rete ospedale-territorio;
- Educare l'utenza ad un corretto utilizzo dei servizi sanitari.

Il Punto è il risultato di un lungo processo di formazione psico-emotiva svolto da un gruppo di volontarie dell'Associazione Eugubina per la Lotta contro il Cancro (AELC) con i professionisti ospedalieri e del territorio.

Paura, angoscia, disperazione sono eventi frequenti nei difficili momenti successivi alla comunicazione della diagnosi, così come le emozioni legate all'impatto con le terapie, ai loro effetti collaterali, all'evoluzione della malattia. Consapevoli di poter essere di sostegno per tutte le nuove pazienti, le volontarie hanno condiviso con la Direzione Sanitaria il progetto di apertura di un Punto di Ascolto e Informazione. Per garantire non solo ascolto e rassicurazione ma anche certezza e completezza dell'informazione, hanno partecipato ad incontri formativi, organizzati dalla Direzione Sanitaria del P.O., volti ad approfondire sia gli aspetti organizzativi del percorso assistenziale sia alcune indispensabili nozioni in tema di invalidità civile, permessi lavorativi ed agevolazioni fiscali per malati oncologici, in modo da poter offrire attività di:

- Accoglienza delle richieste telefoniche;
- Accoglienza dei bisogni emotivi delle pazienti;
- Informazione sulla tutela e sui diritti;
- Sostegno ai familiari.

Per indagare l'utilità dell'iniziativa, viene somministrato a tutte le utenti un questionario di gradimento sul percorso assistenziale. I risultati sono periodicamente valutati con la direzione sanitaria dell'ospedale al fine di condividere proposte di miglioramento.

Conclusioni. Le associazioni di volontariato rappresentano una risorsa importante per i cittadini e per l'ospedale. Considerando le attività che sulla base dei loro statuti possono svolgere, appare strategico integrarle pienamente nella fase dell'Accoglienza, sviluppando le attività di facilitazione dell'accesso al percorso assistenziale e promuovendo la formulazione di proposte di miglioramento.

ROMA
25-27 SETTEMBRE 2013

70°
CONGRESSO
NAZIONALE
ANMDO

USL Umbria 1

L'umanizzazione nel P.O. di Gubbio Gualdo Tadino: un punto di ascolto per le donne con tumore al seno

Tedesco T¹, Buonora N², Fischer B³, Minelli L⁴, Micheletti A⁵, Monacelli C⁶, Burocchi V⁷, Pacchiarini D⁸

¹Direttore Medico P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ²Medico in formaz. Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ³Medico Direzione Sanitaria P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ⁴Dip. Spec. Med. Chir. e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia; ⁵Psicologa Distretto Alto Chiascio; ⁶Psicologa AELC; ⁷Coordin. Infermieristica oncologia; ⁸Direttore Sanitario USLUMBRIA 1

Umanizzazione * Qualità percepita * Semplificazione del percorso assistenziale

INTRODUZIONE

La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di **Gubbio-Gualdo Tadino** considera l'*attività relazionale* con il malato ed i suoi familiari, unita ad una *corretta e completa informazione*, un irrinunciabile presupposto per creare l'alleanza terapeutica e la *partecipazione attiva* nel percorso assistenziale. In particolare per le donne con tumore al seno, la comunicazione non solo tra curante e malato ma anche *tra pari*, donne che hanno affrontato la malattia, può *facilitare l'accesso* al complesso percorso.

CONTENUTI

"**Fiore di Loto**" è un **Punto di Ascolto e Informazione** rivolto a tutte le donne con tumore al seno, nato nell'ambito del progetto pilota "**Accoglienza in ospedale**" dell'**Azienda USL Umbria 1**.
È il risultato di un lungo processo di formazione psico-emotiva svolto da un gruppo di volontarie **dell'Associazione Eugubina per la Lotta contro il Cancro (AELC)** con i professionisti *ospedalieri e del territorio*.

OBIETTIVI

- ✓ Migliorare l'**ascolto** ed il riconoscimento dei bisogni delle pazienti e dei loro familiari
- ✓ Migliorare ed **uniformare** le modalità d'**accoglienza** ed **informazione** in ospedale
- ✓ Rafforzare le **sinergie** tra *operatori e associazioni di volontariato dei pazienti*, rendendo i volontari protagonisti del processo di *umanizzazione*, "*facilitatori*" dei *percorsi assistenziali*
- ✓ Educare l'utenza ad un corretto utilizzo dei servizi sanitari.

Paura, angoscia, disperazione sono eventi frequenti nei difficili momenti successivi alla comunicazione della diagnosi, così come le emozioni legate all'impatto con le terapie, ai loro effetti collaterali, all'evoluzione della malattia.
Consapevoli di poter essere di sostegno per tutte le nuove pazienti, le volontarie hanno condiviso con la direzione sanitaria il progetto di apertura di un Punto di Ascolto e Informazione.

Per garantire certezza e completezza dell'informazione, hanno partecipato ad incontri formativi, organizzati dalla Direzione Sanitaria del P.O., volti ad approfondire sia gli aspetti organizzativi del percorso assistenziale sia alcune indispensabili nozioni in tema di invalidità civile, permessi lavorativi ed agevolazioni fiscali per malati oncologici, in modo da poter offrire attività di:
Accoglienza delle richieste telefoniche;
Accoglienza dei bisogni emotivi delle pazienti;
informazione sulla tutela e sui diritti;
Sostegno ai familiari.



Per indagare l'utilità dell'iniziativa, viene somministrato a tutte le utenti un questionario di gradimento sul percorso assistenziale. I risultati sono periodicamente valutati con la direzione sanitaria del PO al fine di condividere proposte di miglioramento.

CONCLUSIONE

Le associazioni di volontariato rappresentano una risorsa importante per i cittadini e per l'ospedale. Considerando le attività che sulla base dei loro statuti possono svolgere, appare strategico integrarle pienamente nella fase dell'Accoglienza, sviluppando le attività di facilitazione dell'accesso al percorso assistenziale e promuovendo la formulazione di proposte di miglioramento.

Contact: dott.ssa Teresa Tedesco e-mail teresa.tedesco@usl1umbria.it

GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE TRA ENTI PUBBLICI TRAMITE PEC

M. Trapani^{1,2,3}, F. Fagetti¹, R. Guttadauro¹, D. Cartoni¹, G. Cattaneo², N.V. Orfeo³, M. Puricelli^{1,2,3}, T. Caldarulo¹

Azienda Ospedaliera G. Salvini

¹ Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio: Garbagnate Milanese¹ - Bollate^{1,2} - Rho^{1,2,3}

^{2,3} Direttore Medico Direzione Medica di Presidio: Bollate¹, Rho², Garbagnate Milanese³

* Risk Manager

^ Direttore Sanitario d'Azienda

Introduzione. Semplificazione è la parola chiave, di sempre maggiore utilizzo, nella pubblica amministrazione. La semplificazione coinvolge diversi ambiti (gestionale, organizzativo) e diversi aspetti tra cui l'informatizzazione e la gestione documentale.

In relazione a tale aspetto va posta l'attenzione sull'emendamento introdotto nel recente decreto del fare che prevede l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) nella trasmissione di documenti tra la pubblica amministrazione, riprendendo quanto già contenuto nel nuovo Codice della amministrazione digitale (CAD) (capo IV – articolo 47).

L'utilizzo di tale metodica presuppone la presenza, oltre che del supporto tecnologico, di una organizzazione codificata e di procedure ed accorgimenti per la tutela dei dati contenuti nei documenti trasmessi, qualora rientrino nella categoria dei sensibili, sottoposti alla relativa normativa sulla privacy.

Contenuti. L'AO G. Salvini si è dotata dal 2012 di un regolamento sulla gestione documentale e di un Registro di protocollo aziendale informatico, conformi alla normativa specifica (D.P.R. 445/2000 s.m.i., D.Lgs. 82/2005 s.m.i., L. 69/2009 s.m.i., D.Lgs. 235/2010) oltre che di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) aziendale.

Tali strumenti vengono utilizzati anche dalle Direzioni Mediche dei Presidi aziendali per le comunicazione agli enti pubblici dotati di PEC, in particolar modo la ASL di riferimento, secondo la seguente procedura: Stesura del documento cartaceo con firma autografa

Protocollazione del documento e digitalizzazione in formato PDF

Invia via mail del documento all'Ufficio Protocollo Aziendale, che provvede all'inoltramento tramite PEC

Ricezione, dal protocollo aziendale, ed archiviazione del "certificato di avvenuta consegna".

In caso di trasmissione di dati sensibili, questi vengono inseriti in un file allegato al documento principale, sottoposto a compressione e dotato di password (PW) di apertura. La PW viene comunicata separatamente al Responsabile del procedimento dell'ufficio destinatario.

Conclusioni. L'utilizzo della PEC, nell'ambito di un processo normativo e condiviso, integrato con la gestione informatizzata del protocollo consente con gli opportuni accorgimenti la gestione di documentazione afferente alla Direzione Medica di Presidio. Nel rispetto dei vincoli normativi il processo consente una gestione più agile ed efficiente eliminando la necessità dell'invio fisico della documentazione con l'uso di personale interno all'A.O. o di corriere privato.

Azienda Ospedaliera "Guido Salvini" Garbagnate Milanese
Sistema Sanitario Regione Lombardia

GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE TRA ENTI PUBBLICI TRAMITE PEC

Autori: M. Trapani^{1,2,3}, F. Fagetti¹, R. Guttadauro¹, D. Cartoni¹, G. Cattaneo², N.V. Orfeo³, M. Puricelli^{1,2,3}, T. Caldarulo¹

¹Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio: Garbagnate Milanese¹ - Bollate^{1,2} - Rho^{1,2,3}
^{2,3}Direttore Medico Direzione Medica di Presidio: Bollate¹, Rho², Garbagnate Milanese³
*Risk Manager
^Direttore Sanitario d'Azienda

Parole chiave: pec – semplificazione

Introduzione

Semplificazione è la parola chiave, di sempre maggiore utilizzo, nella pubblica amministrazione. La semplificazione coinvolge diversi ambiti (gestionale, organizzativo) e diversi aspetti tra cui l'informatizzazione e la gestione documentale. In relazione a tale aspetto va posta l'attenzione sull'emendamento introdotto nel recente decreto del fare che prevede l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) nella trasmissione di documenti tra la pubblica amministrazione, riprendendo quanto già contenuto nel nuovo Codice della amministrazione digitale (CAD) (capo IV – articolo 47). L'utilizzo di tale metodica presuppone la presenza, oltre che del supporto tecnologico, di una organizzazione codificata e di procedure ed accorgimenti per la tutela dei dati contenuti nei documenti trasmessi, qualora rientrino nella categoria dei sensibili, sottoposti alla relativa normativa sulla privacy.

Contenuti

L'AO G. Salvini si è dotata dal 2012 di un regolamento sulla gestione documentale e di un Registro di protocollo aziendale informatico, conformi alla normativa specifica (D.P.R. 445/2000 s.m.i., D.Lgs. 82/2005 s.m.i., L. 69/2009 s.m.i., D.Lgs. 235/2010) oltre che di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) aziendale. Tali strumenti vengono utilizzati anche dalle Direzioni Mediche dei Presidi aziendali per le comunicazione agli enti pubblici dotati di PEC, in particolar modo la ASL di riferimento, secondo la seguente procedura:

- Stesura del documento cartaceo con firma autografa
- Protocollazione del documento e digitalizzazione in formato PDF
- Invia via mail del documento all'Ufficio Protocollo Aziendale, che provvede all'inoltramento tramite PEC
- Ricezione, dal protocollo aziendale, ed archiviazione del "certificato di avvenuta consegna".

In caso di trasmissione di dati sensibili, questi vengono inseriti in un file allegato al documento principale, sottoposto a compressione e dotato di password (PW) di apertura. La PW viene comunicata separatamente al Responsabile del procedimento dell'ufficio destinatario.

Conclusioni

L'utilizzo della PEC, nell'ambito di un processo normativo e condiviso, integrato con la gestione informatizzata del protocollo consente con gli opportuni accorgimenti la gestione di documentazione afferente alla Direzione Medica di Presidio. Nel rispetto dei vincoli normativi il processo consente una gestione più agile ed efficiente eliminando la necessità dell'invio fisico della documentazione con l'uso di personale interno all'A.O. o di corriere privato.

www.aogarbagnate.lombardia.it

TRASFERIMENTO DELL'OSPEDALE DI PISTOIA: UN MODELLO E STRUMENTI PER LA GESTIONE DI UNA "MAXIEMERGENZA PROGRAMMATA"

L. Turco¹, P. Paolini², F. Pronti³, B. Lazzari⁴, G. Corsini⁵, D. Mannelli⁶,
R. Santonastaso⁷, R. Biagini⁸, L. Capecchi⁹

¹ Direttore Sanitario Azienda USL3 Pistoia; ² Responsabile Dipartimento Emergenza Urgenza; ³ Direttore U.O. AIO;

⁴ Dirigente Fisica Sanitaria; ⁵ Dirigente Medico U.O. DSO; ⁶ Direttore U.O. DSO; ⁷ Ingegnere Biomedico U.O. DSO;

⁸ Direttore Medico di P.O.; ⁹ Medico in formazione Igiene e Medicina Preventiva Università di Firenze

Parole chiave: cronoprogramma, simulazione, evacuazione

Introduzione. Il trasferimento di un intero ospedale rappresenta una situazione di "maxiemergenza" programmata.

In occasione del trasferimento dell'ospedale di Pistoia oltre all'applicazione di indicazioni e linee guida, sono state sviluppate delle metodologie di project management utilizzando come obiettivo il contenimento del rischio clinico. La gestione del trasferimento, coordinata dalla Unità di Crisi Aziendale, è stata pianificata da un Comitato Guida, un Gruppo di Progetto e da alcuni gruppi di lavoro. L'attività ha coinvolto tutti gli operatori dell'Azienda con il supporto di circa 500 volontari delle AA.VV.

Contenuti. La fase di pianificazione ha comportato la necessità di analizzare le relazioni funzionali fra le varie strutture/attività presenti nello Stabilimento Ospedaliero di Pistoia al fine di ridurre i legami reciproci e consentirne lo spostamento con modalità e tempistiche indipendenti. A tal fine è stata quindi generata una matrice di relazione tra le attività, i cui elementi rappresentano l'intensità dei legami. Sono state ipotizzate alcune soluzioni organizzative finalizzate a ridurre la forza dei legami tra le varie strutture (ad es. sospensione attività programmata, sdoppiamento dell'attività nei due ospedali, ecc.). Le attività i cui legami non erano riducibili sono state centralizzate nel Presidio Ospedaliero di Pescia, oppure sono state duplicate nei due Presidi Ospedalieri di Pistoia. Una volta individuate le modalità di trasferimento, è stato definito il cronoprogramma. La necessità di duplicare alcune funzioni, con conseguente criticità organizzativa e di gestione delle emergenze, ha portato alla decisione di effettuare il trasferimento dei degenti in un'unica soluzione con le modalità previste dal protocollo maxiemergenze della U.O. Centrale Operativa 118: il trasferimento di tutti i degenti dal vecchio al nuovo ospedale si configurava di fatto come una evacuazione programmata. Il protocollo operativo di trasferimento prevedeva l'identificazione delle aree operative, la definizione dei percorsi interni dei pazienti, l'individuazione del percorso stradale, le procedure di classificazione e assegnazione dei pazienti ai nuovi setting di degenza e l'organizzazione del personale sanitario che si sarebbe occupato dell'assistenza durante il trasferimento. Sulla base del numero stimato di pazienti da trasferire, circa 150, sono stati calcolati i tempi di movimentazione dei mezzi, tempistiche la cui fattibilità è stata verificata con simulazioni effettuate tre settimane prima del trasferimento. Analogamente sono stati verificati i percorsi di emergenza urgenza nel Nuovo Presidio Ospedaliero per pazienti interni delle varie tipologie (chirurgico, medico, pediatrico, ecc.). Nelle settimane antecedenti il giorno del trasferimento si è proceduto a monitorare ricoveri e dimissioni e ad attuare interventi finalizzati al contenimento del numero dei degenti e non ultimo interventi per ridurre il rischio clinico.

Conclusioni. Il trasferimento ha riguardato 96 pazienti, trasferiti in 8 ore, come pianificato. Il protocollo è stato applicato senza criticità, a conferma della validità della metodologia, degli strumenti utilizzati e del modello organizzativo adottato. Gli strumenti utilizzati sono innovativi per tale tipologia di evento. In particolare il triage di valutazione dello stato clinico dei degenti, la matrice delle relazioni, i briefing per il contenimento del numero dei degenti da trasferire, le simulazioni operative e non ultima la formazione, rivolta agli operatori e ai volontari, si sono dimostrati elementi efficaci per la buona riuscita del piano di trasferimento.

TRASFERIMENTO DELL'OSPEDALE DI PISTOIA: un modello e strumenti per la gestione di una "maxiemergenza programmata"

Turco L. Direttore Sanitario Azienda USL3 Pistoia
Paolini P. Responsabile Dipartimento Emergenza Urgenza
Pronti F. Direttore U.O. AIO
Lazzari B. Dirigente Fisica Sanitaria
Corsini G. Dirigente Medico U.O. DSO
Mannelli D. Direttore U.O. DSO
Santonastaso R. Ingegnere Biomedico U.O. DSO
Biagini R. Direttore Medico di P.O.
Capecchi L. Medico in formazione Igiene e Medicina Preventiva Università di Firenze

Parole chiave

Cronoprogramma, simulazione, evacuazione.

Introduzione

Il trasferimento di un intero ospedale rappresenta una situazione di "maxiemergenza" programmata.

In occasione del trasferimento dell'ospedale di Pistoia oltre all'applicazione di indicazioni e linee guida, sono state sviluppate delle metodologie di project management utilizzando come obiettivo il contenimento del rischio clinico. La gestione del trasferimento, coordinata dalla Unità di Crisi Aziendale, è stata pianificata da un Comitato Guida, un Gruppo di Progetto e da alcuni gruppi di lavoro. L'attività ha coinvolto tutti gli operatori dell'Azienda con il supporto di circa 500 volontari delle AA.VV.

Contenuti

La fase di pianificazione ha comportato la necessità di analizzare le relazioni funzionali fra le varie strutture/attività presenti nello Stabilimento Ospedaliero di Pistoia al fine di ridurre i legami reciproci e consentirne lo spostamento con modalità e tempistiche indipendenti. A tal fine è stata quindi generata una matrice di relazione tra le attività, i cui elementi rappresentano l'intensità dei legami. Sono state ipotizzate alcune soluzioni organizzative finalizzate a ridurre la forza dei legami tra le varie strutture (ad es. sospensione attività programmata, sdoppiamento dell'attività nei due ospedali, ecc.). Le attività i cui legami non erano riducibili sono state centralizzate nel Presidio Ospedaliero di Pescia, oppure sono state duplicate nei due Presidi Ospedalieri di Pistoia. Una volta individuate le modalità di trasferimento, è stato definito il cronoprogramma. La necessità di duplicare alcune funzioni, con conseguente criticità organizzativa e di gestione delle emergenze, ha portato alla decisione di effettuare il trasferimento dei degenti in un'unica soluzione con le modalità previste dal protocollo maxiemergenze della U.O. Centrale Operativa 118: il trasferimento di tutti i degenti dal vecchio al nuovo ospedale si configurava di fatto come una evacuazione programmata. Il protocollo operativo di trasferimento prevedeva l'identificazione delle aree operative, la definizione dei percorsi interni dei pazienti, l'individuazione del percorso stradale, le procedure di classificazione e assegnazione dei pazienti ai nuovi setting di degenza e l'organizzazione del personale sanitario che si sarebbe occupato dell'assistenza durante il trasferimento. Sulla base del numero stimato di pazienti da trasferire, circa 150, sono stati calcolati i tempi di movimentazione dei mezzi, tempistiche la cui fattibilità è stata verificata con simulazioni effettuate tre settimane prima del trasferimento. Analogamente sono stati verificati i percorsi di emergenza urgenza nel Nuovo Presidio Ospedaliero per pazienti interni delle varie tipologie (chirurgico, medico, pediatrico, ecc.). Nelle settimane antecedenti il giorno del trasferimento si è proceduto a monitorare ricoveri e dimissioni e ad attuare interventi finalizzati al contenimento del numero dei degenti e non ultimo interventi per ridurre il rischio clinico.

Conclusioni

Il trasferimento ha riguardato 96 pazienti, trasferiti in 8 ore, come pianificato. Il protocollo è stato applicato senza criticità, a conferma della validità della metodologia, degli strumenti utilizzati e del modello organizzativo adottato. Gli strumenti utilizzati sono innovativi per tale tipologia di evento. In particolare il triage di valutazione dello stato clinico dei degenti, la matrice delle relazioni, i briefing per il contenimento del numero dei degenti da trasferire, le simulazioni operative e non ultima la formazione, rivolta agli operatori e ai volontari, si sono dimostrati elementi efficaci per la buona riuscita del piano di trasferimento.

PROGETTARE UN SISTEMA DI CONTROLLO AD ALTO IMPATTO SULLA QUALITÀ DI RISULTATO DI SERVIZIO E SULLE DINAMICHE RELAZIONALI NELL'OUTSOURCING: L'ESPERIENZA DELLA A.O.U. PERUGIA

R. Valecchi^o, P. Ciotti^{oo}, L. Duranti^{oo}, E. Moretti^{oo}, M. Marinelli^{oo}, I. Bernardini^{*}

^oDirigente medico D.M.O.; ^{oo} Coordinatori di posizione organizzative P.O.;

^{*} Medico in formazione specialistica D.M.O

Parola chiave: outsourcing, sistema controllo e valutazione attività di outsourcing

Introduzione. Malgrado l'outsourcing costituisca nel settore sanitario prassi consolidata della gestione dei servizi no core, rimane ancora elevato il rischio di difficoltà relazionali tra Committenza e Impresa fornitrice compromettenti l'efficacia dei servizi da fornire. È quanto si è verificato alla fine del 2011 nella nostra azienda ospedaliera, al momento dell'avvio del nuovo accordo contrattuale di outsourcing della sanificazione ambientale delle strutture aziendali. La consapevolezza di superare i problemi di contrapposizione dovuti a disallineamento e frammentazione delle conoscenze e delle informazioni, di tempistiche produttive sovrapposte, di aspettative eccessive e non rispondenti, ha guidato la progettazione del Sistema di controllo e valutazione. La dimensione culturale/strutturale del sistema di controllo di outsourcing ha quindi significato non solo la messa a punto di tecniche di valutazione e misurazione per la rilevazione dei risultati, ma anche la realizzazione di uno strumento informativo e di comunicazione per la guida ai processi di cambiamento posti dalle nuove regole contrattuali. Un reporting continuo ha monitorato i risultati ed ha consentito di analizzare le criticità e le soluzioni ad esse più rispondenti.

Contenuti. Strumenti di cui si è avvalso il sistema:

- creazione di Un Team building empowerment integrato con professionalità competenti sia della committenza che dell'impresa fornitrice
- pianificazione dei processi di monitoraggio, di misurazione ed analisi del miglioramento della qualità del servizio
- strutturazione organizzativa del sistema di controllo su tre livelli operativi differenziati per ruolo e funzioni
- disponibilità di Standard di riferimento, piani operativi lavoro giornalieri e periodici di singolo servizio, schede di rilevazione, strumenti di misurazione
- reporting ed Auditing di valutazione dell'appalto.

Si è utilizzato metodo di rilevazione misto prevedendo sia la misurazione standardizzata sia quella non standardizzata. Il sistema di controllo e valutazione dell'outsourcing, sostenuto ampiamente dalla Impresa, si è rivelato strumento utile ai fini decisionali Aziendali e di Impresa, ha avuto un notevole impatto sul miglioramento dei livelli di qualità della sanificazione ambientale, ha fatto decadere lo stato di conflittualità creatosi. Ha facilitato la diffusione della cultura del controllo in forma strategica e non burocratica. L'attività di reporting, basata sulle rilevazioni standardizzate prodotte dal gruppo dei valutatori del secondo livello operativo, illustra con cadenza bimestrale il trend degli scostamenti nel tempo e nello spazio, delle N.C. rilevate, dei valori di LQR verso i LQA dell'intero lotto, delle aree e degli ambienti controllati.

Conclusioni. Lezione appresa dall'esperienza condotta: l'attività di outsourcing in ambito sanitario deve avere centrale il tema della cultura e della capacità di stabilire relazioni efficaci e continue tra impresa fornitrice e azienda sanitaria.

Le pratica gestionale del controllo e della valutazione, esercitata in modo continuo, oltre a favorire l'efficacia e l'efficienza di sistema, crea livelli di specializzazione e di esperti realizzando spazi privilegiati ove ditta e azienda acquisiscono "competenze distintive".

LEZIONE DI OUTSOURCING E DEL SUO CONTROLLO

Esperienza del controllo di appalto
sanificazione ambientale in A.O.U.Perugia



R. Valecchi^o, P. Ciotti^{oo}, L. Duranti^{oo}, E. Moretti^{oo}, M. Marinelli^{oo}, I. Bernardini^{*}
^oDirigente medico D.M.O., ^{oo} Coordinatori di posizione organizzative P.O., ^{*} Medico in formazione D.M.O



25-27 settembre 2013

Outsourcing

Outsourcing significa stabilire relazioni coinvolgenti professionalità e competenze di partners specializzati

In ambito sanitario

• un outsourcing di successo ha bisogno di un buon sistema di controllo e valutazione

• i confini dell'outsourcing vanno oltre i limiti dell'impresa

Sistema di Controllo



ORGANIZZAZIONE

La competenza distintiva dell'outsourcer è la capacità di migliorare i processi per poi restituirli più efficaci ed orientati al cliente SSN

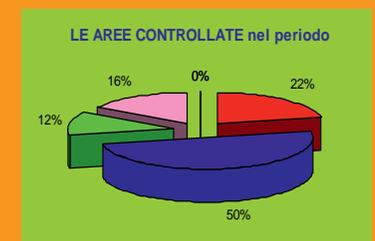
Gli accordi contrattuali implicano capacità di adattamento alle necessità di cambiamento socio-culturali ed economiche



Valutazione intero lotto				N.C.				distribuzione % schede		
TREND DI PERIODO	n° controlli	LQR	LQA	n°	< soglia	>= < soglia	> soglia			
1° bimestre	128	0,84	0,81	33	28,9%	3,9%	67,2%			
2° bimestre	192	0,87	0,79	38	19,8%	4,2%	76,0%			
3° bimestre	288	0,89	0,78	32	11,1%	1,7%	87,2%			
4° bimestre	238	0,90	0,80	25	10,5%	0,8%	88,7%			
5° bimestre	166	0,88	0,80	20	12,0%	6,0%	81,9%			
6° bimestre	176	0,91	0,80	17	9,7%	0,6%	89,8%			
Totale	1188									

Riferimenti
N.C. % valore soglia ammissibile 14,5%

RISULTATI



r.valecchi@ospedale.perugia.it

PERCORSO ASSISTENZIALE: DONNE E MINORI VITTIME DI VIOLENZA - OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD

C. Valenti*, T. Melica **, P. Colasanti***

*Dirigente medico, Direzione Medica di Presidio, AORMN Pesaro

** Collaboratore Chimico Spec. in Medicina di Laboratorio, Segreteria Comitato Etico AORMN

*** Infermiera Dipartimento IOTR, AORMN

Parole chiave: donne, minori, violenza

Introduzione. Il fenomeno della violenza sta assumendo anche nella nostra realtà dimensioni importanti, si è quindi reso necessario elaborare nell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" (AORMN) una Procedura Operativa (PO) sul percorso assistenziale conseguente a questo fenomeno.

Contenuti. La PO si applica a tutte le donne e i minori che si rivolgono all'AORMN dopo aver subito violenza e maltrattamento.

Gli scopi della PO, per assicurare un'adeguata assistenza, sono:

- individuare le strutture dell'AORMN e le figure professionali destinate a tale processo;
- definire le competenze tecnico-professionali-organizzative;
- definire ed uniformare le modalità di gestione da parte degli operatori sanitari dell'AORMN;
- definire le prestazioni cliniche, strumentali e di laboratorio al fine di raccogliere tutti gli elementi atti a formulare la diagnosi e che possono costituire prova dell'evento, in accordo con Procura e Questura;
- garantire la catena di custodia dei reperti.

Con la collaborazione di un gruppo di lavoro multiprofessionale abbiamo individuato il seguente percorso: la vittima giunta in Pronto Soccorso (PS) viene accolta da personale infermieristico del triage che ridurrà al minimo il suo tempo di attesa.

- un medico del PS visita la vittima facendo attenzione a non inquinare eventuali prove; se necessario richiede accertamenti e consulenze utili per diagnosi e/o prevenzione di malattie trasmissibili e le offre la possibilità di avere una consulenza psicologica o neuropsichiatrica infantile per i minori;
- la vittima viene accompagnata al reparto di Ostetricia e Ginecologia o Pediatria dove, solo dopo aver ottenuto il consenso, viene sottoposta a:
- anamnesi, durante la quale si raccolgono le informazioni riguardanti l'evento;
- esame obiettivo, con un'accurata descrizione delle lesioni corporee per facilitare la valutazione successiva dei tempi e delle modalità della loro produzione. Durante l'esame vengono raccolti indumenti e reperti connessi con l'aggressione (una prima raccolta di indumenti/reperti può essere effettuata anche in PS);
- esami ginecologici, di laboratorio e strumentali.

Con questa PO ogni donna o minore vittima di violenza che giunge presso la nostra AORMN sarà accompagnato non solo nella fase acuta, ma sarà seguito anche nella fase della post-emergenza grazie alla creazione della "rete interistituzionale" su scala provinciale.

L'AORMN ha infatti sottoscritto il "Protocollo per l'attivazione e gestione integrata territoriale di percorsi di accoglienza e di uscita dalla violenza" insieme a: Provincia di Pesaro e Urbino (PU), Asur Area Vasta n.1, Prefettura, Questura di PU, Comando Provinciale dei Carabinieri di PU, Omop - Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di PU, Ambito Territoriale per la Provincia di PU e Ambiti Territoriali Sociali.

Conclusioni. Abbiamo creato un modello di gestione del fenomeno violenza garantendo l'integrazione tra:

- intervento medico specialistico;
- sostegno assistenziale di natura psico-sociale;
- repertazione e conservazione delle prove biologiche a disposizione della vittima e, in caso di denuncia, delle autorità giudiziarie.



PERCORSO ASSISTENZIALE: DONNE E MINORI VITTIME DI VIOLENZA

OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD

Valenti C.*; Melica T.**; Colasanti P.***

*Dirigente medico, Direzione Medica di Presidio, AORMN Pesaro
**Collaboratore Chimico Spec. in Medicina di Laboratorio, Segreteria Comitato Etico AORMN
***Infermiera Dipartimento IOTR AORMN

PAROLE CHIAVE Donne, minori, violenza.

INTRODUZIONE Il fenomeno della violenza sta assumendo anche nella nostra realtà dimensioni importanti, si è quindi reso necessario elaborare nell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" (AORMN) una Procedura Operativa (PO) sul percorso assistenziale conseguente a questo fenomeno.

CONTENUTI La PO si applica a donne e minori che si rivolgono all'AORMN dopo aver subito violenza e maltrattamento.

Gli scopi della PO, per assicurare un'adeguata assistenza, sono:

- individuare **strutture e figure professionali** destinate a tale percorso;
- definire le **competenze tecnico-professionali-organizzative**;
- **definire ed uniformare le modalità di gestione** da parte degli operatori sanitari dell'AORMN;
- **definire le prestazioni** cliniche, strumentali e di laboratorio al fine di **raccogliere tutti gli elementi** atti a formulare la diagnosi e **che possono costituire prova dell'evento**, in accordo con Procura e Questura;
- garantire la **catena di custodia** dei reperti.

Con la collaborazione di un gruppo di lavoro multiprofessionale abbiamo individuato il seguente **percorso**:

- la vittima giunta in Pronto Soccorso (PS) viene accolta da personale infermieristico del triage che ridurrà al minimo il suo tempo di attesa;
- un **medico del PS visita** la vittima facendo attenzione a non inquinare eventuali prove; se necessario richiede accertamenti e consulenze utili **per diagnosi e/o prevenzione di malattie trasmissibili** e le offre la possibilità di avere una **consulenza psicologica** o neuropsichiatrica infantile per i minori;
- la vittima viene accompagnata al reparto di **Ostetricia e Ginecologia o Pediatria** dove, solo dopo aver ottenuto il consenso, viene sottoposta a:
 - **anamnesi**, durante la quale si raccolgono le informazioni riguardanti l'evento;
 - **esame obiettivo**, con un'accurata descrizione delle lesioni corporee per facilitare la valutazione successiva dei tempi e delle modalità della loro produzione. **Durante l'esame vengono raccolti indumenti o altri reperti connessi con l'aggressione**;
 - **esami ginecologici, di laboratorio e strumentali**.

Con questa PO ogni donna o minore vittima di violenza che giunge presso la nostra AORMN sarà accompagnato non solo nella fase acuta, ma sarà seguito anche nella fase della post-emergenza grazie alla creazione della "rete interistituzionale" su scala provinciale.

CONCLUSIONI Abbiamo creato un modello di gestione del fenomeno violenza garantendo l'integrazione tra:

- **intervento medico specialistico**;
- **sostegno assistenziale** di natura psico-sociale;
- **repertazione e conservazione delle prove biologiche** a disposizione della vittima e, in caso di denuncia, delle autorità giudiziarie.

ROMA_ 25-27 settembre 2013

39° Congresso Nazionale ANMDO



Sistema Sanitario Regione Marche
Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Marche Nord

SORVEGLIANZA ATTIVA DEGLI ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI NELLA TERAPIA INTENSIVA DEL P.O. DI SARONNO

P. Valentini^o, R. Curino^s, C. Capra^s, G. Corbella^s, B. Franchi^s, D. Mecini^s,
MG. Musmanno^s, D. Peroni^s, R. Cosentina^{*}

^o Direttore Medico P.O. Saronno, A.O. Circolo Busto Arsizio

^{*} Direttore Sanitario A.O. Circolo Busto Arsizio

^s Gruppo Operativo P.O. Saronno

Parole chiave: enterobatteri, carbapenemasi, CPE

Introduzione. Gli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) sono microorganismi presenti nella popolazione microbica intestinale resistenti ai carbapenemi, classe di antibiotici ad ampio spettro con struttura ad anello β -lattamico. Tra i CPE si annoverano diverse specie di enterobatteri, tra i quali Klebsiella Pneumoniae e, in misura minore, E. Coli, Proteus Mirabilis, Enterobacter Citrobacter. L'emergere della resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri costituisce un problema clinico rilevante, per il ruolo di riferimento che tale classe di antibiotici riveste nella terapia delle infezioni da enterobatteri Gram negativi multiresistenti. Gli Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE), soprattutto se produttori di carbapenemasi (CPE), rappresentano un tema di interesse di sanità pubblica per vari motivi:

- gli enterobatteri sono molto sovente causa di infezioni in ambito ospedaliero e la graduale diffusione di CRE renderebbe problematico il trattamento contemporaneo di un numero elevato di pazienti;
- In Italia si osserva un trend in aumento di ceppi di K. Pneumoniae resistente ai carbapenemi isolati da sangue: dall'1,3% del 2009 al 16% del 2011;
- la mortalità da infezioni da CRE nei diversi studi è pari al 20-30%, con picchi del 70% nelle batteriemie;
- la diffusione delle carbapenemasi si realizza facilmente attraverso la diffusione di elementi genetici mobili che codificano questi enzimi.

Contenuti. Report scientifici hanno dimostrato come sia possibile delimitare la diffusione delle infezioni in ambito sanitario attraverso radicali interventi di controllo che permettano la pronta identificazione dei colonizzati e dei casi clinicamente manifesti e l'adozione di stringenti misure di contenimento della diffusione (isolamento, igiene delle mani, ecc.)

Istituzioni internazionali (Centers for Disease Control, Health Protection Agency, European Centre for Disease Prevention and Control) sottolineano l'importanza di agire validamente prima che la diffusione sia tale da poter essere inibita solo attraverso interventi complessi ed onerosi.

L'ECDC raccomanda, come principale misura di contenimento e diffusione dei CRE, la realizzazione di uno screening tramite tampone rettale o coprocultura per le popolazioni a rischio, quali i degenti ricoverati nei reparti di Terapia Intensiva.

Il Gruppo Operativo del P.O. di Saronno, in linea con le più recenti evidenze in letteratura, ha elaborato una procedura specifica per la gestione dei CPE allo scopo di:

- individuare precocemente i pazienti portatori di enterobatteri CRE,
- isolare precocemente i portatori di enterobatteri CRE, con conseguente riduzione del numero dei contatti e contenimento della diffusione del microorganismo,
- ridurre i costi relativi al trattamento terapeutico in assenza o diminuzione di nuovi casi clinici di infezione.

Dall'1 luglio 2013 tutti i pazienti che accedono alla Terapia Intensiva del P.O. di Saronno sono sottoposti a screening microbiologico con tampone rettale.

Conclusioni. I dati iniziali della sorveglianza che si riferiscono a 39 pazienti (20M-19F) degenti in T.I. e sottoposti a tampone rettale, mostrano un solo caso di positività. L'individuazione precoce del paziente colonizzato ha permesso la puntuale attivazione, oltre alle precauzioni standard, delle misure di isolamento da contatto per la prevenzione della trasmissione. Se le misure di prevenzione e controllo si saranno rivelate efficaci, si potrà estendere la sorveglianza ad altre categorie a rischio quali i pazienti oncologici, i pazienti provenienti da RSA ed i pazienti già identificati come colonizzati o infetti e nuovamente ricoverati in ospedale.

Sorveglianza attiva degli enterobatteri produttori di Carbapenemasi nella Terapia Intensiva del P.O. di Saronno



P. Valentini[^], R. Curino[@], C. Capra[@], G. Corbella[@], B. Franchi[@], D. Mecini[@], MG. Musmanno[@], D. Peroni[@], R. Cosentina^{*}

[^]Direttore Medico P.O. Saronno, A.O. Circolo Busto Arsizio

^{*}Direttore Sanitario A.O. Circolo Busto Arsizio

[@]Gruppo Operativo P.O. Saronno

Introduzione

Gli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) sono microorganismi presenti nella popolazione microbica intestinale resistenti ai carbapenemi, classe di antibiotici ad ampio spettro con struttura ad anello β -lattamico. Tra i CPE si annoverano diverse specie di enterobatteri, tra i quali Klebsiella Pneumoniae e, in misura minore, E. Coli, Proteus Mirabilis, Enterobacter Citrobacter.

L'emergere della resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri costituisce un problema clinico rilevante, per il ruolo di riferimento che tale classe di antibiotici riveste nella terapia delle infezioni da enterobatteri Gram negativi multiresistenti.

Gli Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE), soprattutto se produttori di carbapenemasi (CPE), rappresentano un tema di interesse di sanità pubblica per vari motivi:

- gli enterobatteri sono molto sovente causa di infezioni in ambito ospedaliero e la graduale diffusione di CRE renderebbe problematico il trattamento contemporaneo di un numero elevato di pazienti;
- In Italia si osserva un trend in aumento di ceppi di K. Pneumoniae resistente ai carbapenemi isolati da sangue: dall'1,3% del 2009 al 16% del 2011;
- la mortalità da infezioni da CRE nei diversi studi è pari al 20-30%, con picchi del 70% nelle batteriemie;
- la diffusione delle carbapenemasi si realizza facilmente attraverso la diffusione di elementi genetici mobili che codificano questi enzimi.

Contenuti

Report scientifici hanno dimostrato come sia possibile delimitare la diffusione delle infezioni in ambito sanitario attraverso radicali interventi di controllo che permettano la pronta identificazione dei colonizzati e dei casi clinicamente manifesti e l'adozione di stringenti misure di contenimento della diffusione (isolamento, igiene delle mani, ecc.)

Istituzioni internazionali (Centers for Disease Control, Health Protection Agency, European Centre for Disease Prevention and Control) sottolineano l'importanza di agire validamente prima che la diffusione sia tale da poter essere inibita solo attraverso interventi complessi ed onerosi.

L'ECDC raccomanda, come principale misura di contenimento e diffusione dei CRE, la realizzazione di uno screening tramite tampone rettale o coprocultura per le popolazioni a rischio, quali i degenti ricoverati nei reparti di Terapia Intensiva.

Il Gruppo Operativo del P.O. di Saronno, in linea con le più recenti evidenze in letteratura, ha elaborato una procedura specifica per la gestione dei CPE allo scopo di:

- Individuare precocemente i pazienti portatori di enterobatteri CRE,
- isolare precocemente i portatori di enterobatteri CRE, con conseguente riduzione del numero dei contatti e contenimento della diffusione del microorganismo,
- Ridurre i costi relativi al trattamento terapeutico in assenza o diminuzione di nuovi casi clinici di infezione.

Dall'1 luglio 2013 tutti i pazienti che accedono alla Terapia Intensiva del P.O. di Saronno sono sottoposti a screening microbiologico con tampone rettale.

Appena nota la positività o il solo sospetto di presenza di CPE, devono essere implementate, in aggiunta alle precauzioni standard, le misure di isolamento da contatto per prevenire la trasmissione tra pazienti.

E' preferibile, ove il modello organizzativo lo consenta, l'isolamento dei pazienti colonizzati o infetti in stanza singola con bagno dedicato oppure loro raggruppamento in aree dedicate del reparto.

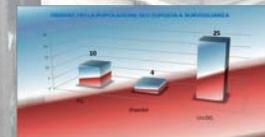
Lo screening dello staff può essere eventualmente preso in considerazione, solo in presenza di un evento epidemico non risolto nonostante l'applicazione di tutte le misure di controllo previste.

Conclusioni

I dati iniziali della sorveglianza che si riferiscono a 39 pazienti (20M - 19F) degenti in T.I. e sottoposti a tampone rettale, mostrano un solo caso di positività.

L'individuazione precoce del paziente colonizzato ha permesso la puntuale attivazione, oltre alle precauzioni standard, delle misure di isolamento da contatto per la prevenzione della trasmissione.

Se le misure di prevenzione e controllo si saranno rivelate efficaci, si potrà estendere la sorveglianza ad altre categorie a rischio quali i pazienti oncologici, i pazienti provenienti da RSA ed i pazienti già identificati come colonizzati o infetti e nuovamente ricoverati in ospedale.



39° Congresso Nazionale ANMDO, Roma 25-27 Settembre 2013: Politica, Economia e Tecnologia per quale Sanità? ANMDO

STUDIO PILOTA PER LA VALUTAZIONE E L'ADATTAMENTO DEL HENDRICH II FALL RISK MODEL NEL IRCCS POLICLINICO SAN DONATO (PSD)

V. Villa*¹, M.T. Cuppone*, F. Castaldo*, F. Ramondetti*, M. Cristiano°, L. Boccasile°, D. De Candia°, M.C. Chierico°, G. Gallo[‡], L. Carpinelli*

¹ Autore presentante il lavoro; * Medico Direzione Sanitaria PSD; ° Infermiere PSD; [‡] Responsabile Qualità PSD

Parole chiave: risk management, cadute, modello di Hendrich II

Introduzione. Le cadute dei degenti e i danni conseguenti impattano in modo significativo sugli outcome ospedalieri, sull'indipendenza funzionale del paziente, sulla spesa sanitaria e sulle ricadute in termini di contenziosi per le aziende ospedaliere, soprattutto all'interno delle fasce di popolazione più anziane e fragili. Quindi si rende utile la ricerca e la validazione di strumenti che possano stratificare il rischio permettendo l'implementazione di strategie mirate al contenimento delle cadute. Obiettivo di questo studio pilota è adattare e studiare la validità predittiva del Hendrich II Fall Risk Model (HIIFRM) nelle unità operative a maggior rischio di caduta.

Materiali e metodi. Lo studio prospettico, condotto dalla Direzione Sanitaria dell'ospedale in collaborazione con i dirigenti ed il personale infermieristici dei reparti a maggior rischio di caduta negli anni precedenti dell'IRCCS Policlinico San Donato (PSD): Medicina, Oncologia, Pneumologia, Neurologia, Ortopedia, Urologia, Chirurgia Vascolare e Chirurgia Plastica. Per ogni paziente ricoverato (indipendentemente da sesso ed età) è stata compilata la scheda di valutazione del rischio (HIIFRM) ad inizio degenza. In base alle caratteristiche della popolazione del nostro ospedale si è modificata la scala aggiungendo agli item anche quello relativo all'utilizzo di farmaci antipertensivi come eventuale fattore di rischio aggiuntivo. Il periodo in esame va dal 1 Luglio 2013 all'8 Settembre 2013. I pazienti sono stati classificati in base allo score derivante dalla HIIFRM e divisi come a rischio e non a rischio in base al cutoff originario della scala (score 5) confermato sul nostro campione dalla curva ROC ridisegnata.

Risultati. Lo studio ha arruolato 741 pazienti (65% dei ricoverati nel periodo e nelle unità operative in studio). Di questi 179 sono stati valutati a rischio (24,2%) e 562 non a rischio. Tra coloro a rischio durante il periodo di degenza sono caduti 9 pazienti (5%); le cadute tra i non a rischio sono state 4 (0,7%). Il rischio relativo (RR) di caduta per i pazienti a rischio è 7,1; l'intervallo di confidenza al 95% del RR è: 2,3-22,0. La valutazione della curva ROC per la scala HIIFRM è stata ricalcolata nel grafico sottoriportato. Il livello di cutoff di 5 è in grado di ottimizzare l'identificazione dei pazienti a rischio aumentato (Se 69%, Sp 77%). In conclusione la HIIFRM è uno strumento valido per stratificare i pazienti a rischio di caduta durante la degenza presso reparti per acuti.

Studio Pilota per la valutazione e l'adattamento del Hendrich II Fall Risk Model nel IRCCS Policlinico San Donato (PSD)

Villa V*, Cuppone MT*, Castaldo F*, Ramondetti F*, Cristiano M°, Boccasile L°, De Candia D°, Chierico MC°, Gallo G[‡], Carpinelli L.*

*Medico Direzione Sanitaria PSD; ° Infermiere PSD; [‡]Responsabile Qualità PSD

Introduzione

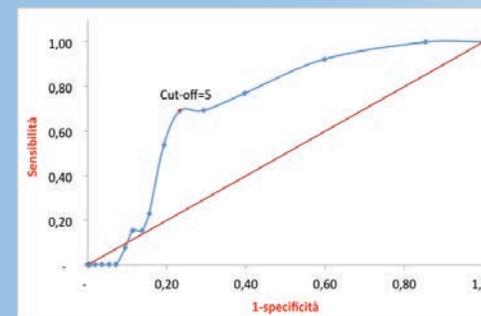
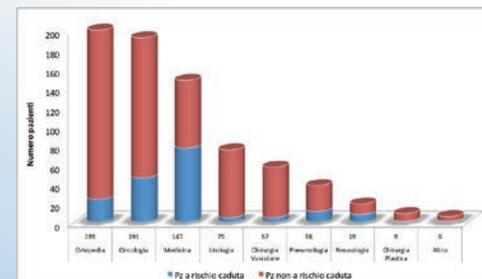
Le cadute dei degenti e i danni conseguenti impattano in modo significativo sugli outcome ospedalieri, sull'indipendenza funzionale del paziente, sulla spesa sanitaria e sulle ricadute in termini di contenziosi per le aziende ospedaliere, soprattutto all'interno delle fasce di popolazione più anziane e fragili. Quindi si rende utile la ricerca e la validazione di strumenti che possano stratificare il rischio permettendo l'implementazione di strategie mirate al contenimento delle cadute. Obiettivo di questo studio pilota è adattare e studiare la validità predittiva del Hendrich II Fall Risk Model (HIIFRM) nelle unità operative a maggior rischio di caduta.

Materiali e Metodi

Lo studio prospettico, condotto dalla Direzione Sanitaria dell'ospedale in collaborazione con i dirigenti ed il personale infermieristici dei reparti a maggior rischio di caduta negli anni precedenti dell'IRCCS Policlinico San Donato (PSD): Medicina, Oncologia, Pneumologia, Neurologia, Ortopedia, Urologia, Chirurgia Vascolare e Chirurgia Plastica.

Per ogni paziente ricoverato (indipendentemente da sesso ed età) è stata compilata la scheda di valutazione del rischio (HIIFRM) ad inizio degenza. In base alle caratteristiche della popolazione del nostro ospedale si è modificata la scala aggiungendo agli item anche quello relativo all'utilizzo di farmaci antipertensivi come eventuale fattore di rischio aggiuntivo. Il periodo in esame va dal 1 Luglio 2013 all'8 Settembre 2013.

I pazienti sono stati classificati in base allo score derivante dalla HIIFRM e divisi come a rischio e non a rischio in base al cutoff originario della scala (score 5) confermato sul nostro campione dalla curva ROC ridisegnata.



Curva ROC per la validazione del Hendrich II Fall Risk Model

Risultati

Lo studio ha arruolato 741 pazienti (65% dei ricoverati nel periodo e nelle unità operative in studio). Di questi 179 sono stati valutati a rischio (24,2 %) e 562 non a rischio. Tra coloro a rischio durante il periodo di degenza sono caduti 9 pazienti (5 %); le cadute tra i non a rischio sono state 4 (0,7 %). Il rischio relativo (RR) di caduta per i pazienti a rischio è 7,1; l'intervallo di confidenza al 95% del RR è: 2,3-22,0.

La valutazione della curva ROC per la scala HIIFRM è stata ricalcolata e viene riportata di seguito.

Il livello di cutoff di 5 è in grado di ottimizzare l'identificazione dei pazienti a rischio aumentato (Se 69%, Sp 77%).

In conclusione, la HIIFRM è uno strumento valido per stratificare i pazienti a rischio di caduta durante la degenza presso reparti per acuti.

Per maggiori informazioni:



#SIQ2013 – UN FORMAT INNOVATIVO PER I MEETING PROFESSIONALI IN SANITA'

P. Cantone¹, S. Crispino², P. Cuccurullo³, G. de Crescenzo⁴, B. Esposito⁵, C. Fanni⁶, A. Lanzotti⁷, G. Leone⁸, G. Liguori⁹, C. Petrillo¹⁰, L. Romano¹¹, V. Teta¹², A. Tozzi¹³, M. van der Vijver¹⁴, B. Zamparelli¹⁵

¹ Medico, Neurologo, Resp. Rag. Riab. Neurologica Casa di cura "Clinic Center" Napoli; ² Dottore in Economia, Presidente AIOP Campania, AD "Clinic Center SpA"; viale M. Bakunin, 171 Napoli; ³ Medico, Spec. in Igiene e Med. Prev., Resp. Ufficio Sanità AICQ Meridionale; Dir. Sanit./RGQ Casa di cura "Clinic Center" Napoli

⁴ Ingegnere, Consulente di Direzione, Studio Europa S.r.l.; ⁵ Ingegnere, Spec. in organiz., innovaz. e svil. Tecnologico; Ammin. MG Marketing&Governance SAS Napoli; ⁶ Scrittrice; via D. Fatale 15 Pozzuoli Napoli

⁷ Ordinario di Disegno e Metodi dell'Ing. Industr., Dip. di Ing. Industriale, Univ. Studi di Napoli "Federico II"; Presidente AICQ-M; p.le V. Tecchio n. 80 Napoli; ⁸ Docente esperta in metodologie pedagogiche innovative nel campo delle disabilità; sostenitrice pensiero creativo; pittrice, scrittrice, poetessa; ⁹ Ord. Igiene, Dip. Studi delle Istituzioni e Sistemi Territoriali, Univ. di Napoli "Parthenope"; Pres. Soc. It. Health Horizon Scanning [SIHHS]

¹⁰ Ingegnere, Consulente di Direzione, Studio Europa S.r.l.; ¹¹ Prof. Doc. Sc. Sp. Biochimica Clinica. Seconda Università "SUN" Napoli, Pres. Ord. Chimici Campania; ¹² Ingegnere, Spec. Organ. e gestione di progetti e programmi nel settore IT; viale Augusto 105 Napoli; ¹³ Medico, Pediatra ASL Napoli 2 Nord, via Amendola n. 5 Caivano, Napoli; ¹⁴ Meeting Designer, MindMeeting, Olanda; 339-274.4471; email: mike@mindmeeting.org;

¹⁵ Medico, Prof. Igiene e Med. Prev., Spec. in Sem. Medica, Diagn. Lab., Igiene e Med. Prev., Tec. e Direzione osp.; Dir. Sanitario di Ospedali, Polic. Univ., Az. Osped.; Pres. ANMDO Campania; vice Pres. SIHHS; Seg. Sci. ANMDO

Parole chiave: meeting, innovazione, qualità

Introduzione. Si è svolto il 19 Aprile 2013 il meeting "Sanità Innovazione Qualità – Conversazioni", strutturato con un format innovativo. Gli Autori hanno prima analizzato e successivamente epurato di elementi non utili i "format" standard con i quali vengono proposti e sviluppati i meeting professionali.

Contenuti. UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA INFORMATICA

- Inviti e iscrizioni via email e via web (Google Moduli)
- Utilizzo di QR-Code (realtà aumentata)
- Notizie sui Relatori (indirizzo email) e degli interventi anticipati sugli inviti (collegamenti a doc. esterni)
- Questionario di soddisfazione (Google Moduli)
- Distribuzione post-evento di materiale (via email)
- Condivisione degli interventi tramite YouTube e Facebook
- Live Tweet in sala

INTERVENTI

- Limite massimo di 15 minuti/Relatore
- Massimo slide utilizzabili: 3-5
- Tecnica del "racconto" personale: storia "core" dell'intervento
- Intervento videoregistrato integralmente e successivamente diffuso tramite i social network
- Semplificazione: eliminazione del Presidente e/o del Moderatore di sessione; eliminazione della "discussione finale" e della "Tavola rotonda"

CONVERSAZIONI

- Formazione di gruppi di conversazione in momenti prestabiliti dell'evento
- Facilitatori in campo per la gestione dei gruppi di conversazione
- Output delle conversazioni (osservazioni, mind map, esperienze)
- Partecipazione "vera" per tutta la durata del meeting; immersione completa nelle storie, nelle esperienze dei Relatori
- Dimensione artistica/creativa (una scrittrice ha composto per l'occasione, dal vivo, un'opera)
- Evento diffuso: le conversazioni proseguono sui social network

Conclusioni. Questo format ha permesso un coinvolgimento maggiore di tutti i partecipanti. I Relatori, lavorando molto "prima" del meeting hanno potuto confrontarsi costantemente e preparare adeguatamente l'evento. La struttura narrativa utilizzata ha permesso la condivisione totale degli argomenti e le conversazioni sviluppatasi in seguito – anche a distanza dall'evento, tramite i social network – ne sono un'evidenza.

#SIQ2013 UN FORMAT INNOVATIVO PER I MEETING PROFESSIONALI IN SANITA'

UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA INFORMATICA

- Inviti e iscrizioni via email e via web (Google Moduli)
- Utilizzo di QR-Code (realtà aumentata)
- Notizie sui Relatori (indirizzo email) e sugli interventi anticipati sugli inviti (collegamenti a documenti esterni)
- Questionario di soddisfazione (Google Moduli)
- Distribuzione post-evento di materiale (via email)
- Condivisione degli interventi tramite YouTube e Facebook
- Live Tweet in sala





INTERVENTI

UN NUOVO MODO DI FARE MEETING

- Limite massimo di 15 minuti/Relatore
- Massimo "slide" utilizzabili: 3-5
- Tecnica del "racconto" personale: storia "core" dell'intervento
- Intervento videoregistrato integralmente e successivamente diffuso tramite i social network
- Semplificazione: eliminazione del Presidente e/o del Moderatore di sessione; eliminazione della "discussione finale" e della "Tavola rotonda"



CONVERSAZIONI

UN NUOVO MODO DI FARE MEETING

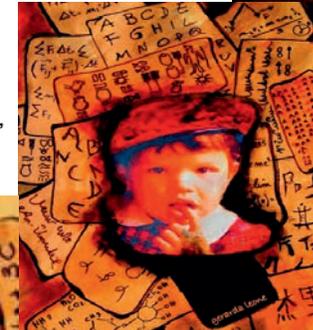
Into the heart of meetings

- Formazione di gruppi di conversazione in momenti prestabiliti dell'evento
- Facilitatori in campo per la gestione dei gruppi di conversazione
- Output delle conversazioni (osservazioni, mind map, esperienze)
- Partecipazione "vera" per tutta la durata del meeting, immersione completa nelle storie, nelle esperienze dei Relatori
- Dimensione artistica/creativa (una scrittrice compone per l'occasione, dal vivo, un'opera; vari contributi successivi all'evento tramite il web)
- Evento diffuso: le conversazioni proseguono sui social network



Un nuovo modo di fare meeting

AUTORI (in ordine alfabetico)
Pierluigi CANTONE, Sergio CRISPINO, Pasquale CUCCURULLO, Gennaro DE CRESCENZO, Bruno ESPOSITO, Caterina FANNI, Antonio LANZOTTI, Gerarda LEONE, Giorgio LIGUORI, Sonia MOSCATO, Ciro PETRILLO, Luigi ROMANO, Valerio TETA, Arturo TOZZI, Mike VAN DER VIJVER, Bruno ZAMPARELLI



39° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

COMUNICAZIONI

WEEK HOSPITAL COME RISPOSTA ORGANIZZATIVA AL SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO PRESSO UN DEA DI II LIVELLO DIFFERENZIANDO I POSTI LETTO IN AMBITO CHIRURGICO IN BASE ALLE MODALITÀ DI RICOVERO

Allocca* E. Scalise **

* *Direttore Sanitario – Azienda Policlinico Umberto I di Roma.*

** *Dirigente Medico di Direzione Sanitaria referente del procedimento – Az. Policlinico Umberto I di Roma.*

Introduzione. La necessità è stata di individuare nuove forme organizzative per le esigenze di ricovero di pazienti in attesa presso il Pronto Soccorso del DEA (specialmente in condizione sovrappollamento), senza il ricorso a provvedimenti di blocco dei ricoveri di elezione che determinano l'ulteriore allungamento delle liste d'attesa. L'ospedale feriale (week hospital), è una forma di ricovero, che si inserisce fra Day Hospital e la degenza tradizionale, con la caratteristica di organizzare l'attività di un reparto di degenza dal lunedì mattina al venerdì pomeriggio, con la chiusura completa di ogni attività il sabato e la domenica.

Materiali e metodi. Il progetto sperimentale adottato in attuazione delle Delibera aziendale n. 167 del 25 marzo 2013 presso un Dipartimento chirurgico (tot. 54 p.l. suddivisi 18 p.l. UOC A, 18 p.l. UOC B e 18 p.l. UOC C), consiste nel differenziare i posti letto di degenza in base alla modalità di ricovero tra ordinari e di elezione, escludendo questi ultimi dal flusso di Pronto Soccorso gestito dal "sistema di cingolo" che in maniera programmata identifica i reparti che devono giornalmente dare disponibilità al ricovero (in base ai dati storici di degenza media). Il numero di posti letto di elezione da riunire in un reparto dedicato a gestione "feriale" (tot. 21 cioè 7p.l. per singola UOC) sono stati calcolati in base alla possibilità di eseguire interventi operatori nelle 12h giornaliere, con sedute operatorie dedicate e per patologie con ipotesi di degenza post-operatoria max di 5 giorni. Tra i restanti 33 p.l. riuniti in un unico reparto, il 30% (9 p.l.) sono stati dedicati ai ricoveri di elezione per patologie complesse con degenza post-operatoria > 5 giorni (utilizzabili anche da pazienti ricoverati nel Reparto feriale con complicanze impreviste) ed il 70% (24 p.l.) ai ricoveri ordinari dedicati esclusivamente per le esigenze di Pronto Soccorso. La fase più importante per la realizzazione organizzativa è stata l'individuazione degli interventi chirurgici eseguibili in regime di degenza feriale, offrendo all'utente in ambulatorio la valutazione pre-operatoria prima del ricovero (riservato al giorno stesso di esecuzione dell'intervento). Necessaria è stata anche l'ottimizzazione dei tempi di attività nelle sedute operatorie (lunedì e mercoledì) dedicate alle patologie chirurgiche individuate attribuibili generalmente all'ambito della:

- chirurgia della tiroide;
- chirurgia della mammella;
- chirurgia dell'appendice;
- chirurgia della colecisti;
- chirurgia plastica antireflusso;
- confezionamento o chiusura di colo-ileo-stomia;
- chirurgia del prolasso rettale, rettocele ecc.
- chirurgia dell'obesità;
- chirurgia delle patologie venose e arteriose;
- chirurgia del melanoma e del linfonodo sentinella;

salvo ogni possibile valutazione dei Dirigenti delle UOC interessate.

Risultati attesi.

- programmazione personalizzata del ricovero in base al grado di patologia ed alla conseguente degenza post-intervento (gestione assistenziale per intensità di cure);
- degenze ospedaliere più brevi (aumento del Turn Over);
- massimo controllo degli esiti post-chirurgici, (rispetto dei tempi programmati per la dimissione);
- riduzione dei tempi delle liste di attesa;
- precoce mobilitazione per il rispetto dell'autonomia dei pazienti anziani;

- riduzione del rischio di infezioni nosocomiali;
- contrazione dei costi di degenza;
- migliore gestione dei posti letto per l'eliminazione delle attese in regime di ricovero determinate dall'indisponibilità di sala operatoria e/o difficoltà di inserimento in liste operatorie con interventi per patologie più complesse;
- eliminazione dei ricoveri/degenze il sabato e la domenica come parte del processo di umanizzazione aziendale.

Nella citata Delibera è stato espressamente riportato che la valutazione degli esiti avverrà trascorso un anno.

NETWORK RADIOTERAPICO IN AREA VASTA ROMAGNA (AVR): L'ESPERIENZA DI COLLABORAZIONE TRA AUSL DI RAVENNA E L'ISTITUTO SCIENTIFICO ROMAGNOLO PER LO STUDIO E LA CURA DEI TUMORI (IRST) IRCCS IN AVR

Mattia Altini¹, Rolando Polico², Fabio Falcini³, Americo Colamartini⁴, Roberto Vespignani⁴, Elena Prati⁵, Ilaria Massa⁶, Valentina Turri⁵, Dino Amadori⁷

Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori (IRST) IRCCS: ¹ Direttore Sanitario, ² Radioterapia, ³ Epidemiologia e Registro Tumori, ⁴ Servizio Informatico, ⁵ Direzione Sanitaria, ⁶ Biostatistica e Sperimentazioni Cliniche, ⁷ Direttore Scientifico, Oncologia Clinica

Parole chiave: network, radioterapia, AVR

Introduzione. L'IRST IRCCS si inserisce in AVR in qualità di hub per l'assistenza e la ricerca in ambito oncologico. La dotazione tecnologica della Radioterapia in IRST comprende un acceleratore lineare Synergy e un apparecchio di Tomoterapia. In AVR sono presenti 2 acceleratori lineari a Ravenna e a Rimini, e un acceleratore lineare e un unità di gammaknife a Cotignola (privato accreditato).

La partnership in ambito radioterapico tra IRST e AUSL di Ravenna nasce grazie alla collaborazione inizialmente vola a condividere i criteri di priorità di accesso alle prestazioni. Le considerazioni condivise in merito al progressivo aumento dei bisogni di salute della popolazione, del costo e dell'aggiornamento tecnologico delle apparecchiature, della disomogeneità dei tempi di esecuzione delle terapie, dei differenti criteri di priorità di accesso alle prestazioni e della necessità di condivisione e delle metodologie di trattamento in AVR.

Contenuti. AUSL Ravenna e IRST hanno sottoscritto una partnership per la radioterapia al fine di superare le storiche e inevitabili disomogeneità di approccio clinico, metodologico e scientifico. Le Direzioni Aziendali hanno accolto e reso possibile tramite apposito accordo tale bisogno che rispondeva e si integrava all'esigenza di utilizzare in maniera efficiente le risorse disponibili e di garantire ai cittadini le migliori cure possibili erogate in prossimità.

La gestione unitaria delle U.O. di Radioterapia di Ravenna e IRST IRCCS consente l'organizzazione del personale e delle attività in modo omogeneo nei due centri, il confronto continuo tramite la partecipazione a gruppi multidisciplinari e audit interni, la centralizzazione della stesura dei piani di trattamento, l'ideazione e realizzazione di progetti di ricerca comuni che coinvolgano una casistica più ampia di pazienti.

Conclusioni. Il progetto ha quindi consentito di costruire un'organizzazione e una programmazione congiunta che permettesse di offrire, tramite la gestione unitaria delle attività di radioterapia, equità di accesso, omogeneità delle cure ai cittadini, utilizzo efficiente delle risorse e traslazione della ricerca scientifica in pratica clinica in AVR, nell'ottica comunque di valorizzare le vocazioni peculiari di ciascuna realtà.

Permangono comunque sfide da affrontare, allo scopo di divenire benchmark di riferimento nella radioterapia nazionale e internazionale:

- maggior efficienza del management di processo per ridurre i tempi di pianificazione dei piani di trattamento più complessi e parallelamente delle fasi di trattamento, velocizzando e standardizzando la cura in AVR
- implementazione di un modello organizzativo a rete con coordinamento tramite software che permetta l'interscambio di informazioni tra centri e peer-review dei piani di trattamento
- controllo dell'effettiva occupazione delle macchine e ottimizzazione dell'erogazione per ogni seduta senza attesa per il paziente
- unico piano degli investimenti tecnologici
- possibilità di utilizzare tutto il parco tecnologico per la centratura dei pazienti, automatizzandola grazie ad una "libreria" di attività pianificate
- garantire l'erogazione del trattamento in prossimità del paziente tramite gestione unica

IL LEAN HEALTHCARE NEL PROCESSO DI SPENDING REVIEW

Dott. Ing. Armisi L.*, Dott. Ing. Abundo P.*, Prof. Rosato N.* e dott. Visconti G.#

* Servizio di Ingegneria Medica, # Direzione Sanitaria di Presidio, Policlinico Tor Vergata – Roma

Parole chiave: Lean Healthcare, sostenibilità, spending review

Relatore: Dott. Ing. Armisi L.

Introduzione. L'attuale scenario economico sanitario nazionale evidenzia come il costo della pubblica amministrazione negli ultimi decenni sia eccessivamente incrementato e giunto a livelli intollerabili, soprattutto se paragonati alle potenzialità di produzione della ricchezza.

L'obiettivo del presente articolo è proporre un'alternativa al metodo dei tagli lineari attuato a seguito dei decreti sulla Spending Review e sulla Legge di Stabilità, mediante l'applicazione del Lean Thinking, approccio gestionale nato in ambito industriale finalizzato all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili e, pertanto, utilizzabile quale strumento di revisione della spesa e gestione dei processi sanitari.

Materiali e metodi. L'applicazione del Lean Thinking in ambito sanitario prende il nome di Lean HealthCare. Sono definiti una serie di step logici:

- Mappatura analitica della situazione attuale del sistema in oggetto.
- Identificazione delle attività che convergono a produrre valore distinguendole dalle altre.
- Identificare i possibili ambiti di miglioramento, puntando all'eliminazione di tutte le attività non a valore aggiunto non necessarie;
- Mappare il sistema nello stato futuro al netto delle azioni correttive e migliorative implementate, valutando analiticamente i benefici ottenibili.

L'attuazione dei suddetti step si può avvalere di strumenti metodologici propri del Lean Thinking (5S, Kanban, Heijunka, Makigami, etc).

Le esperienze condotte da strutture sanitarie (USA, Regno Unito, Australia, SSR Toscana, E.O. Galliera) hanno dimostrato che l'applicazione del Lean Healthcare può portare a significativi risultati concreti in termini di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse.

Risultati. È lampante che nell'ambito del mondo sanitario, il Lean Thinking può essere applicato tanto alle fasi di processo di assistenza di un singolo paziente, quanto per ridisegnare il modo in cui una determinata attività viene svolta, nonché per guidare decisioni strategiche come gli investimenti e per ridisegnare il modo in cui lo stesso sistema funziona.

Tale approccio gestionale rappresenta l'unica risposta realmente efficace ed attuabile per ridurre la spesa sanitaria mantenendo invariata la qualità dei servizi assistenziali.

NON TECHNICAL SKILLS (NTS): LEZIONI DALL'AERONAUTICA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

F. Bartolozzi*, V. Lupi#

* Direttore Sanitario – Casa di Cura Marco Polo, Roma

Corso di Laurea in Infermieristica, Università Campus Bio-Medico, Roma

Parole chiave: sicurezza del paziente, non-technical skills; sala operatoria

Introduzione. La medicina oggi è complessa, efficace e potenzialmente pericolosa: una componente del rischio di errore è il semplice comportamento umano che, in quanto fallace, può involontariamente portare ad un danno al paziente. Le prime a riconoscere l'importanza del fattore umano nella sicurezza sono state le Organizzazioni ad Alta Affidabilità, strutture complesse e ad alto rischio, ma con standard di sicurezza elevati, come l'Aeronautica. In questi ambiti – a partire dall'analisi di gravi incidenti del passato – è stato studiato il CRM, un percorso standard di formazione del personale a saper gestire non solo gli aspetti tecnici della professione, ma anche le abilità cognitive, comportamentali e interpersonali importanti per un lavoro in team sicuro e di qualità: la leadership, la situation awareness; il decision making; la comunicazione. Se si vuole migliorare la sicurezza dei pazienti, anche in sanità è necessario introdurre iniziative formative in questi ambiti.

Obiettivo del presente studio è misurare le competenze non tecniche (NTS) dell'infermiere strumentista di sala operatoria per valutare la necessità di interventi formativi e di miglioramento della qualità all'interno del team di sala operatoria.

Materiali e metodi. Lo SPLINTS System è uno strumento validato, elaborato dall'Università di Aberdeen per misurare la NTS dello strumentista nell'ambito di tre categorie (Consapevolezza della situazione; Comunicazione e lavoro di gruppo; gestione delle attività) a loro volta suddivise ognuna in tre item specifici. Ogni categoria può avere un risultato che va da un minimo di 1 (scarso) a un massimo di 12 (ottimo). Tale questionario è stato sottoposto al personale infermieristico del blocco operatorio di un Policlinico Universitario. Un ricercatore ha presentato lo strumento al personale, introducendolo alla terminologia e alle NTS.

Risultati. Nella categoria "Consapevolezza della Situazione" il punteggio mediano è stato di 10; nella categoria "Comunicazione e Lavoro di Gruppo" il punteggio mediano è risultato essere di 8; mentre nella categoria "Gestione delle attività" il punteggio mediano è risultato essere di 11. In particolare è risultato critico l'item sulla capacità di scambiarsi informazioni (mediana 2 in un punteggio da 1 a 4). Una correlazione statisticamente significativa è stata trovata fra l'età dell'infermiere e un miglior punteggio allo strumento: gli infermieri più giovani sembrano avere maggiore attenzione alle tematiche correlate alle NTS.

Conclusioni. Le NTS costituiscono un importante elemento su cui formare il personale, soprattutto in quelle situazioni come la Sala Operatoria dove il lavoro di equipe è fondamentale alla riuscita dell'intervento. È importante che vengano strutturati adeguati corsi di formazione sia in ambito universitario che in ambito aziendale per gli infermieri e tutti gli operatori sanitari che li aiutino a gestire le NTS. L'impegno di tutti deve essere orientato al far diventare anche le strutture sanitarie sicure come le altre Organizzazioni ad alta affidabilità.

SVILUPPO DI UN SOFTWARE PER LA MISURAZIONE DI LESIONI CUTANEE ULCERATIVE IN PAZIENTI GERIATRICI.

Boccalone P.¹, Crisci A.², Boccalone E.³

¹ Direzione Sanitaria A.O.R.N Sant' Anna e San Sebastiano – Caserta

² Responsabile Servizio Dermochirurgia e del Centro di Trapianti Cutanei e Cura delle Ferite Difficili – Casa di Cura San Michele – Maddaloni (CE)

³ Dipartimento di Medicina Sperimentale – Seconda Università degli Studi di Napoli

Parole chiave: Calcdern; misurazione ulcere

Introduzione. Da un'attenta analisi della letteratura scientifica che denota la carenza di una metodica per misurare una lesione cutanea ulcerativa in modo semplice, rapido e non dispendioso economicamente è scaturita la nostra ricerca che ha portato allo sviluppo del software Calcdern per la misura delle lesioni, basato sullo studio della foto e sull'analisi morfostereologica computerizzata dell'immagine, utile nella terapia delle ulcere.

Materiali e metodi. Sono state esaminate 190 lesioni cutanee (Ulcere trofiche, vascolari ecc.) nell'arco di cinque anni di studio (2004-2009). Le lesioni sono state prima fotografate poi sottoposte ad esame geometrico (usando un compasso viene tracciato un primo cerchio I°C che passa per almeno due punti che sono i più interni tra quelli tracciati sul limite della lesione, poi viene tracciato un secondo cerchio II°C che passa per almeno due punti che sono i più esterni tra quelli tracciati sul limite), a calcoli matematici e statistici che sono alla base dello sviluppo del software.

Risultati. Per ognuna delle 190 immagini considerate è stata eseguita la misurazione dei parametri quattro volte, da parte di quattro operatori diversi, e la validità e la precisione delle misurazioni è stata valutata considerando il Coefficiente di Variazione, considerando validi i valori se esso è < 2% (p<0,02). (Tab.1) Dai test effettuati si evince che non vi è differenza statisticamente significativa tra i valori di Area reale (AR) e Area Ipotetica ottenuta col Raggio del Primo Cerchio (ARI°C) (p=0,014) e AR e Area Ipotetica ottenuta col Raggio del Secondo Cerchio (ARII°C) (p=0,018), con un Indice di Probabilità di 0,05, e si accettano tutte e due le ipotesi zero con p<0,05, il che indica che la probabilità che il risultato ottenuto sia casuale è inferiore al 5%.

È stato calcolato che rispetto ad AR l'ARI°C è minore del 14,81 % nel 95 % dei casi, e che rispetto ad AR, l'ARII°C è maggiore del 25,55 % nel 95 % dei casi.

Da quanto detto si può concludere che maggiorando del 14,81 % il valore di ARI°C si ottiene il valore di AR della lesione con un calcolo molto più rapido e quindi molto facilmente ripetibile in casi dubbi o sospetti. È stato in funzione di ciò da noi messo a punto il software di misurazione delle immagini ottenute denominato Calcdern.

È nostra intenzione mettere gratuitamente a disposizione di chiunque fosse interessato a collaborare per il completamento e la validazione dello studio il software da noi progettato.

Tab.1

AR e ARI°C	r = 0,988	t=86,009	p<0,02	Correlazione altamente positiva
AR e ARII°C	r = 0,975	t=60,339	p<0,02	Correlazione altamente positiva
Intervallo di confidenza %ARARI°C	% +14.81	D.S.: 10.32	Intervallo di confidenza al 95% da +13.13 a +16.49	
Intervallo di confidenza %ARARII°C	% - 25.55	D.S.: 49.71	Intervallo di confidenza al 95% da - 19.39 a - 31-64	

LINEE GUIDA REGIONALI PER IL CONTROLLO DELLA CONCORDANZA SDO/CARTELLA:CONTRIBUTO DELL' ANMDO UMBRIA

Bogni D.*, Bernardini I.**, Alessandrini G.***, Pasqui S.^, De Santis M.A.*, Rossi O.*, Guido L.S.*, Cusco S^^

Working group ANMDO Umbria: * Dirigente Medico DMO Resp.controllo interno; ** Medico in formazione DMO; *** Dirigente Medico Assessorato alla Sanità Regione Umbria; ^ Direttore DMO; ^^ Direttore Sanitario

Key Words: qualità, audit, innovazione metodologica

Introduzione. La Regione Umbria si è notevolmente impegnata negli anni nella riduzione dei posti letto, dei ricoveri, dei DRG LEA, dei ricoveri in DH medico a finalità diagnostica. Il progressivo miglioramento dei dati è stato raggiunto anche attraverso un sistema di controllo che ha coinvolto tutte le aziende e le case di cura private accreditate e che viene riproposto e modulato annualmente nella delibera per gli accordi tra acquirenti ed erogatori (per il 2012 DGR N. 998 del 30/7/12). In tale delibera è prevista la funzione di controllo interno e di controllo esterno secondo il DM del 10/12/2009.

Materiali e metodi. In sede regionale i soci ANMDO della Sezione Umbria, tutti dirigenti medici di Direzione Medica Ospedaliera della sanità pubblica e privata hanno elaborato una serie di documenti per effettuare i controlli esterni secondo le modalità di imparzialità e di equità propri degli audit tra pari. Tra i documenti approvati in sede regionale: i verbali di verifica, i criteri JCI sull'accettabilità della cartella clinica, i criteri per la selezione delle diagnosi principali e secondarie secondo la modalità di maggiore assorbimento di risorse e con la possibilità di censurare in maniera omogenea comportamenti opportunistici. L'attività di controllo è stata certificata mediante l'invio alla Regione del modulo riepilogativo dei controlli. Tipologie dei controlli effettuati:

- controlli della qualità e della completezza delle informazioni previste nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) mediante l'esecuzione di verifiche automatiche sui singoli campi in linea con i controlli effettuati dalla regione;
- controlli della corrispondenza fra quanto registrato nella SDO e quanto riportato in cartella clinica. Sono stati effettuati controlli random riguardanti almeno il 10% delle schede dei dimessi;
- controlli della codifica da effettuare contestualmente al controllo della cartella clinica.;
- controlli dell'esistenza e della consistenza di eventuali effetti distorsivi associati all'applicazione delle tariffe;
- controllo dell'appropriatezza del ricorso all'uso degli istituti accreditati attraverso l'esecuzione annuale del Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale (PRUO);
- controllo di accettabilità della cartella clinica.

Risultati

Tabella 1. Risultati del processo di controllo – Anno 2012

Denominazione presidio	Totale ricoveri anno 2012	Controlli corrispondenza SDO / cartella	% controlli SDO/C	Controlli appropriatezza	% controlli appropriatezza
Presidio ospedaliero di Città di Castello – Umbertide	13.284	1.877	14,1	283	2,1
Presidio ospedaliero di Branca	8.027	2.054	25,6	190	2,4
Presidio ospedaliero unificato di Perugia	14.712	2.672	18,2	587	4,0
Presidio ospedaliero di Foligno	17.388	2.752	15,8	4.089	23,5
Presidio ospedaliero di Spoleto	8.173	1.126	13,8	1.559	19,1
Presidio ospedaliero di Orvieto	7.859	1.055	13,4	488	6,2
Presidio ospedaliero di Narni – Amelia	6.656	880	13,2	727	10,9
Azienda Ospedaliera di Perugia	41.739	5.518	13,2	2.803	6,7
Azienda Ospedaliera di Terni	29.557	4.453	15,1	2.505	8,5
Casa di cura Villa Fiorita	1.072	115	10,7	47	4,4
Casa di cura Porta Sole	2.747	338	12,3	69	2,5
Casa di cura Lami	1.862	752	40,4	66	3,5
Casa di cura Liotti	2.653	2.653	100,0	373	14,1
Casa di cura Villa Aurora	1.044	1.044	100,5	47	4,5
UMBRIA	156.976	27.294	17,4	13.833	8,8

Tabella 2. Controlli effettuati dal Comitato per i controlli esterni (Anni 2010-2012)

Ospedali	SDO esaminate	Segnalazione di errori	% segnalazioni	SDO da correggere	% correzioni
Casa di cura private	315	112	35,6	27	8,6
USL di Città di Castello	139	63	45,3	18	12,9
USL di Perugia	103	62	60,2	23	22,3
USL di Foligno	184	92	50,0	23	12,5
USL di Terni	116	29	25,0	14	12,1
AO di Perugia	244	62	25,4	26	10,7
AO di Terni	195	64	32,8	12	6,2
totale	1296	484	37,3	143	11,0

Occorre ancora lavorare sull'omogeneità dei componenti dei gruppi di verifica, sul rispetto puntuale delle regole dettate dal disciplinare redatto. Il metodo introdotto rappresenta l'unico esempio in Italia di controlli esterni con regole scritte come una check list.

LA REDDITIVITÀ DI UN BLOCCO OPERATORIO: COME FARE PER MASSIMIZZARLA?

Bosio M. (Direttore Sanitario Aziendale), Biffi I. (Ingegnere Gestionale), Colombo P. (Sistemi Informativi), Caltagirone P. (Direttore Generale) – Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate – Regione Lombardia

Parole chiave: produttività, redditività

Introduzione. Il blocco operatorio è una risorsa critica e la “bontà” dell'utilizzo delle risorse messe a disposizione è misurata fondamentalmente da tre indicatori:

1. l'indice di occupazione delle sale operatorie;
2. l'incidenza del tempo non chirurgico;
3. la redditività delle sedute operatorie.

L'indice di occupazione indica la coerenza tra il tempo dedicato alle singole Strutture e la loro capacità di riempire al massimo le sedute operatorie; l'incidenza del tempo non chirurgico è inversamente proporzionale alla produttività del blocco operatorio; la redditività delle sedute operatorie esprime il valore ottenuto dall'impiego delle risorse.

Materiali e metodi. La redditività di una seduta operatoria è il valore medio ottenuto dividendo l'importo totale dei DRG chirurgici per il numero complessivo di sedute in un determinato periodo.

Per aumentare la redditività di un blocco operatorio occorre:

1. distribuire le sedute operatorie disponibili, tenendo conto anche della redditività media che ciascuna Struttura ha raggiunto;
2. aumentare la redditività media delle sedute operatorie assegnate, migliorandone il mix.

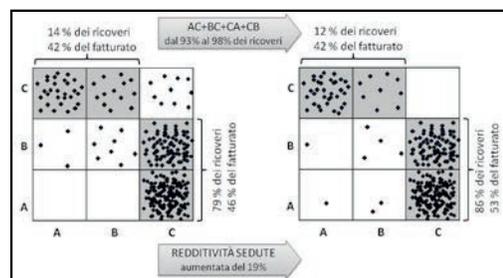
CLASSIFICAZIONE DEI DRG PER DEGENZA MEDIA:

- Classe A: è inferiore a 4 giorni;
- Classe B: è compresa tra 4 e 10 giorni;
- Classe C: è superiore a 10 giorni.

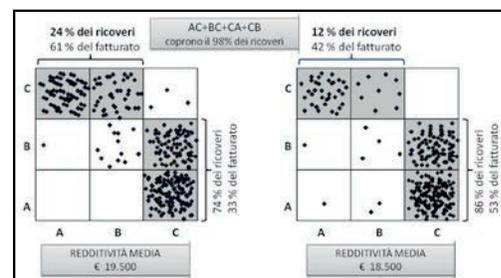
CLASSIFICAZIONE DEI DRG PER VALORE MEDIO:

- Classe A: è superiore a € 10.000;
- Classe B: è inferiore a € 10.000 e superiore a € 5.000;
- Classe C: è inferiore a € 5.000.

Concentrando i ricoveri nei quadranti evidenziati (classi CA, CB, AC e BC) con una distribuzione 70 – 30 / 80 – 20, distribuendo conseguentemente il fatturato al 40% circa nei quadranti CA e CB e al 60% circa nei quadranti AC e BC la redditività delle sedute aumenta. Inoltre i quadranti AC e BC devono essere preservati perché sono i più remunerativi.



Esempio 1: aumento di redditività per aumento della quota di DRG nei quadranti CA, CB, AC e BC



Esempio 2: aumento di redditività per aumento dell'incidenza dei DRG nei quadranti AC e BC

Risultati. Per ottimizzare l'uso degli spazi operatorie, favorendo la gestione dei posti letto, occorre individuare il giusto trade off tra il valore del DRG e la durata della degenza (rotazione dei posti letto).

Elevati valori di DRG significano:

1. Lunghe degenze e minori ricoveri (a parità di posti letto);
2. Tempi chirurgici più lunghi e minor numero di interventi (a parità di sedute operatorie).

I quadranti CA, CB, AC e BC sono l'espressione di questo trade off.

La riorganizzazione delle sedute operatorie e la definizione del giusto case mix ha portato in un blocco operatorio della nostra Azienda ad un incremento di redditività del 5% in 2 mesi.

LA GESTIONE E LA COMUNICAZIONE DEL PAZIENTE INFETTO NELL'OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO DI FIRENZE

Rosalba Calderoni*, Antonella Alessandri*, Andrea Bassetti*, Guglielmo Bonaccorsi°, Sara Brugnoli*, Silvia Guarducci§, Lucilla Nozzoli*, Elettra Pellegrino**, Franca Picca*, Laura Serpietri*

* Direzione Sanitaria P.O. San Giovanni di Dio – Azienda Sanitaria Firenze

° Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica – Università degli Studi di Firenze

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

§ Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Parole chiave Codice-colore, isolamento, comunicazione

Introduzione. Nel contesto ospedaliero le infezioni costituiscono un problema rilevante per l'elevata incidenza dei casi di patologie infettive, per l'affollamento nei reparti di degenza, per le pratiche assistenziali che possono rappresentare occasioni di contagio e per la maggiore suscettibilità alle infezioni della popolazione ospedaliera.

Nei primi sei mesi del 2013 nel PO SGD sono stati notificati 98 casi di malattie infettive mentre in tutto il 2012 le notifiche sono state 116.

Dal 2005 nell'Azienda Sanitaria di Firenze, sono attive le precauzioni di isolamento in caso di malattia infettiva ma deve essere posta ancora maggior attenzione nella comunicazione per interrompere la catena di trasmissione delle infezioni.

La Direzione Sanitaria ed Infermieristica del PO SGD nel 2013 ha implementato la procedura già presente e ha sviluppato un nuovo sistema di comunicazione del rischio infettivo, attraverso un linguaggio semplice ed immediato, comprensibile da tutti gli attori del processo (operatori sanitari così come dipendenti di aziende di servizi in appalto: ditte di pulizia, trasporto utenti), che per le specifiche mansioni vengono a contatto con il paziente.

Materiali e metodi. È stato utilizzato il linguaggio dei colori, dove le precauzioni di isolamento, nel rispetto delle linee guida, sono state nuovamente classificate per tipo e durata della precauzione, allo scopo di assegnare un CODICE-COLORE di isolamento operativo.

Sulla base delle ultime evidenze scientifiche (CDC "Guidelines for isolation precaution: preventing transmission of infectious agents in healthcare setting – 2007), e con riferimento alle procedure già esistenti in Azienda si individuano, oltre alle Precauzioni Standard, quattro modalità di isolamento alle quali sono stati associati un codice colore e una lettera alfabetica:

- Isolamento Assoluto: codice colore NERO; lettera A
- Isolamento Respiratorio: codice colore BLU; lettera R
- Isolamento da Contatto: codice colore ROSA; lettera C
- Isolamento da Droplet: codice colore VERDE; lettera D
- Insieme alla procedura sono stati elaborati:
 - Istruzione Operativa: per gli operatori sanitari
 - Reminder

Obiettivi:

- uniformare i comportamenti nella gestione e comunicazione di un evento infettivo, per garantire alla persona assistita e agli operatori un ambiente sicuro
- implementare un linguaggio semplice ed efficace rivolto agli operatori sanitari ed al personale dei servizi
- attivare un sistema di comunicazione che consenta interventi di buone pratiche, nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza

Risultati. Dall'implementazione della suddetta procedura ci si aspetta, oltre all'attivazione del protocollo di isolamento con l'applicazione delle relative misure di precauzione, anche una maggiore comunicazione tra gli operatori, tecnici, personale di ditte in appalto e visitatori del paziente, in particolare:

- segnalazione del codice colore di isolamento all'ingresso della stanza di degenza, al letto del paziente, sulla barella/carrozzina e sul planning riepilogativo dei degenti in reparto;

- consegna di brochure informativa ai familiari del paziente;
- intervento del personale addetto a pulizie e disinfezione dei locali che ospitano/hanno ospitato pazienti infetti.
- Il percorso clinico e assistenziale del paziente può coinvolgere più reparti e servizi e una comunicazione efficace è fondamentale per evitare la trasmissione della patologia infettiva e per garantire ai pazienti e agli operatori ospedalieri un ambiente sicuro.

ATTRAVERSAMENTO DEI CONFINI E APPRENDIMENTO ORGANIZZATIVO: ANALISI DI RUOLO DEL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO IN UN MODELLO DIPARTIMENTALE NELLA ASL DI LECCE.

C. Cosentino *, L. Cosentino**

*Dr.ssa Psicologa, Univ. Parma, **Direttore Medico P.O. di Copertino (Le);

Parole chiave: interdipendenze, attraversamento confini, apprendimento organizzativo.

Introduzione. nella ASL di Lecce è stata proposta una struttura organizzativa dipartimentale: Dipartimenti assistenziali aziendali (11); Dipartimenti intra-ospedalieri (2 nel P.O. V. Fazzi); Dipartimenti inter-ospedalieri (4 nei P.O. di Copertino-Galatina-Scorrano e Casarano-Gallipoli). Tale struttura organizzativa, estesa e diversificata, inclusiva di ospedali (6) e Distretti (10), necessita di relazioni/connessioni organizzative, cognitive e informativo-procedurali tipiche dei “sistemi a rete”, che devono essere disegnati nella logica dei livelli di intensità di cura e gestiti con lo strumento dei “Percorsi assistenziali integrati” (Integrated care pathways), capaci di “attraversare” tempestivamente, tutte le strutture erogative (U.O./ Servizi/Centri) inserite nell’organizzazione, focalizzando l’azione sul paziente e combinando il fattore prevedibilità con il livello di accordo tra i membri del team (K.Vanhaecht e al., 2010), nella logica operativa dell’appropriatezza.

Materiali e metodi. l’analisi organizzativa ha evidenziato una condizione di elevata “differenziazione e frammentazione” dei livelli di erogazione assistenziale che richiede efficaci strumenti di coordinamento/comunicazione e di integrazione nei differenti ambiti dipartimentali individuati (intra/interospedalieri, ospedale-territorio). Nel processo produttivo sanitario emerge la necessità di integrare attività differenziate, ma tra loro interdipendenti. L’analisi delle “interdipendenze” permette non solo di comprendere le relazioni interne tra le attività esistenti, ma anche di evidenziare le relazioni tra decisioni organizzative e schemi cognitivi degli attori coinvolti (Camuffo 1997). Le interdipendenze determinano un rilevante “fabbisogno di integrazione orizzontale”, con l’obiettivo ultimo di ottimizzare globalmente i processi, attraverso la gestione degli spazi “interfunzionali”; il modello per processi (interorganizzativi, interfunzionali, interpersonali) appare idoneo a favorire la comunicazione e l’integrazione tra le differenti unità/figure professionali; ciò pone la questione critica della presenza “barriere organizzative” e della necessità di “attraversamento dei confini organizzativi” (boundaries crossing) e, simmetricamente, della “difesa dei confini organizzativi” (rischio conflitti/stress lavorativo); agiscono interazioni negoziate in situ, regolate da un contesto preciso (spazio dell’azione/spazio del servizio): è la premessa metodologicamente adeguata per gestire la conoscenza e l’apprendimento /cambiamento organizzativo, nella prospettiva dinamica dell’azione situata (Engstrom Y.,1999).

Risultati/Conclusioni. si ritiene di poter affermare che il ruolo/posizione organizzativa del Direttore Medico (dimensione prescrittiva e discrezionale/innovativa; funzione di “facilitazione” nelle aree di confine/interfaccia in situazioni di deviazione dalla routine: management by exceptions, tipico delle emergenze organizzative), nell’ambito del P.O., debba necessariamente essere sovraordinata rispetto a quella dei Direttori dei Dipartimenti Assistenziali. L’architettura organizzativa idonea è quella del Dipartimento delle Direzioni Mediche che, in linea diretta con la Direzione Sanitaria Aziendale viene a collocarsi, come un organo di coordinamento e di integrazione di valenza aziendale (visione globale sistemica del processo assistenziale), in una posizione intermedia fra questa e i Dipartimenti Assistenziali che attraversano i presidi ospedalieri, proiettandosi in ambito territoriale e configurando quindi, una struttura organizzativa di rete complessa e integrata.

IL SOVRAFFOLLAMENTO IN P.S. (CROWDING): MODELLO INTERPRETATIVO E RAPPRESENTAZIONE DINAMICA DEI FATTORI DI OUTPUT.

L. Cosentino, E.Catamo, MG. Manna, A. Bavia, R. Marrone, D. De Santis

Direzione Medica P.O. Copertino.

Parole chiave: sovraffollamento, attesa ricovero, output.

Introduzione. Il concetto di “sovraffollamento” deve essere correttamente riferito ai pazienti la cui presenza in P.S. è giustificata e appropriata perché necessitano di ricovero; è fondato (Asplin, 2003) su 3 componenti interdipendenti: fattori produttivi di input, throughput, output.

Materiali e metodi. Modello interpretativo centrato sull’analisi dei fattori di output (fig.1): – boarding-1: componente primaria, la più importante, quota di pazienti che necessitano di ricoveri appropriati e sono in attesa (oltre le 6 ore) di posti letto (boarders); – boarding-2: componente potenziale, quota di pazienti che necessitano di una definizione diagnostica e/o di un trattamento terapeutico (accesso in P.S. appropriato) gestibile in O.B.I. ma che, in assenza di O.B.I., viene governata con ricoveri inappropriati; – boarding-3: possibile componente aggiuntiva, quota di pazienti che, al termine dell’O.B.I., necessitano di ricoveri appropriati.

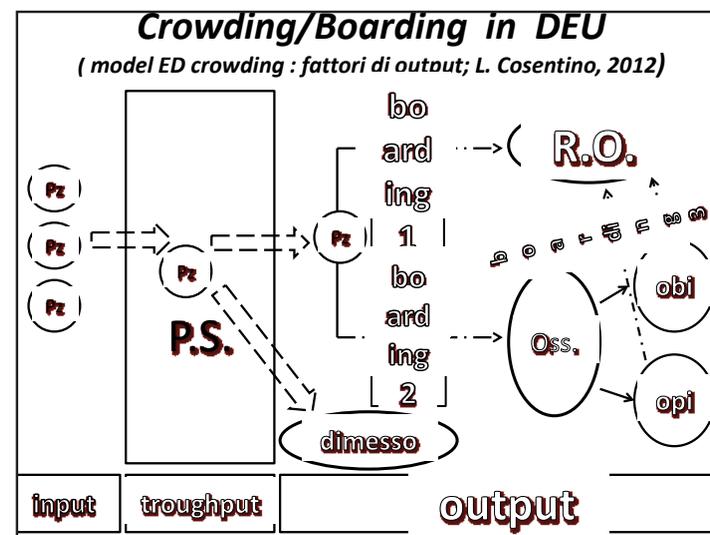


Fig. 1. Crowding/boarding: rappresentazione dinamica dei fattori di output;

Nel periodo gennaio-luglio 2013, è stata attivata una procedura di rilevazione quotidiana dei ricoveri internistici da P.S. “in appoggio” in reparti chirurgici, al fine di valutare (entità, caratteristiche, appropriatezza) il crowding nel P.O. di Copertino.

Risultati/Conclusioni. per governare il fenomeno del sovraffollamento in P.S., occorre “garantire un tasso di occupazione dei posti letto dell’ospedale, non superiore all’85%”, tenendo presente le variazioni settimanali e stagionali (ben conosciute e, quindi, prevedibili), del tasso di occupazione dei p.l.; necessaria un’analisi disaggregata di performance, che consenta di valutare il tasso di utilizzo dei p.l. per acuti di area internistica (tendenzialmente superiore al 90-95 %) e di area chirurgica (tendenzialmente inferiore all’85 %). Gli Autori discutono i dati rilevati nel P.O. di Copertino.

SIQ2013 – UN NUOVO MODO PER “FARE MEETING”

Cuccurullo P.° Zamparelli B.*

* Medico, Prof. Igiene e Med. Prev., Spec. in Semeiotica Medica, Diagnostica di Laboratorio, Igiene e Med. Prev., Tecnica e Direzione ospedaliera; Dir. Sanitario di Ospedali, Policlinici universitari, Aziende ospedaliere; Pres. ANMDO Campania; v.Pres. SIHHS; Segr. Scientifica ANMDO.

° Medico, Spec. in Igiene e Med. Prev., Resp. Ufficio Sanità AICQ Meridionale; Direzione Sanitaria/RGQ Casa di cura “Clinic Center”; viale M. Bakunin, 171 Napoli.

Parole chiave: Sanità, Innovazione, Qualità

Introduzione. La comunicazione si identifica con il trasferimento di informazioni. La condivisione è l'uso comune di “qualche cosa”: nel nostro caso delle informazioni e esperienze disponibili.

Ci sono varie occasioni formali di trasmissione, condivisione o scambio di esperienze e informazioni: in campo professionale i meeting (congressi, convegni, seminari, forum). Denominazioni diverse di eventi strutturati con format standard che risentono “del tempo”: registrazione, salute delle autorità, lettura magistratale, gruppi di interventi (sessioni: presidente e moderatori, oltre ai relatori), coffee break o lunch e così via.

Materiali e metodi. In occasione della Settimana Europea della Qualità 2013 abbiamo organizzato un meeting sui temi “Sanità Innovazione Qualità” (SIQ).

Abbiamo discusso utilizzando tecniche tipiche del pensiero laterale (una fase divergente, una fase di analisi e quindi di convergenza, una fase di chiusura/azione). Abbiamo fatto conversazione amabile e simpatica, ma tecnica e altamente qualificante, produttiva. Abbiamo quindi deciso di epurare il “costruendo” SIQ di elementi del format standard (ritenuti non utili) e di arricchirlo dell'elemento-conversazione.

Abbiamo quindi stabilito dei vincoli. Quindici minuti per intervento; poche slide; intervento videoregistrato; il relatore utilizza un racconto, un'esperienza vissuta; conversazioni facilitate da provocatori e strutturate in piccoli gruppi di 4-6 partecipanti; buffet programmato alla fine dell'evento.

Inoltre: gli inviti solo online così come le iscrizioni; su ciascun invito la foto degli speaker (e dei relativi indirizzi email); on line il questionario di soddisfazione; in sala: wifi free, live tweet, live facebook.

Abbiamo ottenuto il patrocinio dei principali Ordini Professionali (Medici, Ingegneri, Chimici), della sezione Campania dell'ANMDO e della SIHHS; nonché il supporto di alcuni partner volontari e dell'AIOP Campania e all'AICQ Meridionale.

Risultati. La partecipazione al #SIQ2013 (Sanità Innovazione Qualità – Conversazioni) è stata superiore alle attese. Considerabile anche il gradimento (questionari on line), e la partecipazione alle conversazioni. Sono stati successivamente creati on line gruppi ad hoc di discussione sui principali social network.

L'evento ha avuto anche una rilevanza internazionale: la concomitanza dell'Americas Cup e il supporto di un meeting designer di rilevanza mondiale.

I video sono stati pubblicati su YouTube e su Facebook. È stato inoltre il primo vero evento “diffuso” tra i meeting professionali in medicina in Italia. La chiosa del meeting è stata affidata a una scrittrice. Successivamente, nelle pagine dei social network, abbiamo assistito a contributi off line di partecipanti e non (opere, fotografie, audioracconti).

Siamo convinti che il #SIQ2013 sia stato solo il primo di una serie di appuntamenti. Il #SIQ2013 potrà cambiare gli altri eventi (tuttora prevalentemente strutturati in maniera standard): è possibile fare meglio, è possibile fare di più: ci siamo incamminati su questa strada.

Bibliografia/Sitografia di riferimento.

1. Zamparelli B., Leone G.: “Produrre nuove idee in sanità – l'ascesa della classe medica creativa”. Lofredo Editore, Napoli 2012.
2. De Groot G., van der Vijver M.: “Into the heart of meetings”. MindMeeting BV, The Netherlands 2012.
3. Buzan T., Buzan B.: “Mappe Mentali”. Alessio Roberti Editore, 2010.
4. Facebook: <https://www.facebook.com/pages/Sanit%C3%A0-Innovazione-Qualit%C3%A0/489838304410074>

IL SIX SIGMA LEAN PER MIGLIORARE LA PERFORMANCE DEI PROCESSI ASSISTENZIALI.

D'Onofrio G.*, Triassi M.**, Montella E***, Bellopede R****, Di Silverio P****, Pennacchio F****.

*Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II” – Napoli

**Direttore Dipartimento di Sanità Pubblica – Università degli Studi di Napoli “Federico II”

***Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II” – Napoli

****Dipartimento di Sanità Pubblica – Università degli Studi di Napoli “Federico II”

Parole chiave: Six Sigma Lean, assistenza

Introduzione. La spesa sanitaria rappresenta circa l'80% dei bilanci regionali e, in un contesto di invecchiamento progressivo della popolazione, è destinata a crescere; pertanto, l'unico obiettivo perseguibile per garantire l'appropriatezza della spesa senza pretenderne la riduzione, verosimilmente impossibile per motivi fisiologici, è l'impiego da parte delle aziende sanitarie, in quanto aziende che producono beni e servizi, di strumenti di gestione aziendale che garantiscano efficacia, efficienza e performance, a tutela della salute del cittadino e dell'equità di accesso. Tuttavia, nel settore sanitario, l'implementazione di strumenti gestionali, deve tener conto, che il bene prodotto (la salute) non è sempre misurabile con l'impiego di indicatori standardizzabili e ripetibili e che i processi di erogazione di beni e servizi sono talvolta influenzati da variabili non misurabili e non modificabili (età, sesso).

Il presente lavoro ha come output il miglioramento della performance del processo di assistenza, come outcome la riduzione del rischio infettivo per l'utente ricoverato. Il miglioramento del processo, oggetto dello studio, è stato ottenuto mediante l'applicazione della metodologia Six Sigma Lean (SSL). Il SS ha lo scopo di perseguire l'eccellenza, si basa sulle logiche del Total Quality Management, mentre il L aumenta l'efficacia dei processi. In termini operativi la loro applicazione combinata, in sanità, consente l'identificazione delle cause di un possibile scostamento del processo dal suo standard ideale, la loro eliminazione ed il conseguente miglioramento della performance del processo.

Materiali e metodi. La popolazione oggetto dello studio è rappresentata da utenti dell' A.O.U. “Federico II” di Napoli ricoverati nelle Unità Operative in Ricovero Ordinario con durata superiore a 48 ore dal 01/01/2012 al 31/12/2012.

Il progetto ha previsto la pianificazione del processo, la sua scomposizione in fasi e l'analisi mediante il ciclo DMAIC (DEFINE, MEASURE, ANALYZE, IMPROVE E CONTROL). Gli strumenti statistici previsti dalla metodologia SSL sono stati Control Chart, Scatter plot, istogrammi e test statistici (Test Chi quadro, Test Esatto di Fisher per l'analisi univariata, t-values,) applicati solo alla Critical to Quality (CTQ). Questa ultima è stata selezionata considerando quale variabile indipendente la colonizzazione da germe sentinella, le variabili dipendenti il peso DRG, il numero di procedure, le giornate di degenza e l'età dei pazienti. L'analisi dei dati è stata condotta raggruppando le specialità in macroaree secondo i seguenti criteri: indirizzo dell'area sorvegliata, procedure assistenziali richieste per l'assistenza, classe di rischio riferita all'assistenza sanitaria ricevuta e condizioni cliniche del paziente.

Risultati. L'analisi dei dati ha messo in evidenza i fattori responsabili dello scostamento del processo dal suo standard ideale, il peso di ciascuno nel miglioramento del processo e le misure correttive da adottare. In particolare, il SS ha consentito di identificare i fattori responsabili dello scostamento del processo, la misura della forza di correlazione tra la variabile indipendente e le variabili dipendenti e di evidenziare il peso ponderato di ciascuno. La combinazione delle due metodologie (SSL) ha, inoltre, permesso la successiva identificazione delle misure correttive da attuare per migliorare il processo e gli indicatori numerici per misurare il miglioramento.

EFFICACIA DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO IGIENICO SANITARIO IN UNA PISCINA TERAPEUTICA

Desperati M.; Della Pietra P.; Buora M.; Canepari A.

Direzione Medica dei Presidi (DMP) ASO Alessandria

Parole chiave: igiene acqua, piscine terapeutiche

Le piscine utilizzate dalle strutture di riabilitazione presentano potenziali rischi igienico-sanitari, dal momento che ospitano numerosi degenti particolarmente sensibili alle infezioni.

Il presente lavoro descrive come la DMP ha affrontato queste problematiche nella gestione della piscina del presidio riabilitativo Borsalino della ASO AL, dotato di 87 pl.

Materiali e metodi. La piscina, attiva dal 2008, è costituita da due vasche, una più grande di 40,5 mq ed una piccola di 3,15 mq, entrambe dotate di filtri a sabbia quarzifera e di impianto centralizzato con dosaggio automatico del cloro e del pH, gestito da ditta esterna. Il consumo dell'acqua è di circa 10350 litri alla settimana. L'uso dell'impianto è strettamente riservato alle attività di riabilitazione: i trattamenti annuali oscillano tra 1375 e 1440 (917 nei primi 8 mesi 2013). In zona piscina vengono garantite una temperatura dell'aria non inferiore a quella dell'acqua in vasca, un'umidità relativa non > 70%, la velocità dell'aria non > 0,10 m/s

La DMP ha elaborato un Manuale per l'autocontrollo con una serie di norme comportamentali per degenti e personale di assistenza, e ha concordato nel capitolato di gara una serie di controlli microbiologici a carico della ditta che gestisce l'impianto (conteggio colonie a 22° e 36°, presenza di *Escherichia coli*, enterococchi, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*) e chimici (durezza totale, pH, salinità, NO₃, Fe, NH₄, Mn) eseguiti con cadenza mensile. Giornalmente il personale di riabilitazione registra le presenze ed effettua il dosaggio di temperatura, pH e cloro libero attivo, riportandolo su apposita scheda. Le vasche vengono lavate regolarmente a giorni alterni, mentre le pulizie del complesso sono effettuate da ditta esterna sulla base di protocolli messi a punto dalla DMP per tipologia di operazioni e frequenza, e distinti per l'area piscina/docce, spogliatoi, servizi igienici e locale pompe/deposito prodotti; sulle pulizie si effettuano controlli oggettivi mediante apposita scheda. Altri controlli riguardano la corretta compilazione dei registri ed il rispetto delle norme comportamentali.

Risultati. I controlli microbiologici dell'acqua sono sempre risultati nella norma, non rilevato *Pseudomonas* spesso presente nelle piscine natatorie, entro un range normale anche i controlli giornalieri di pH, temperatura e cloro attivo libero, quest'ultimo mantenuto ai limiti più elevati consentiti. Non si sono registrati casi di *Legionella*, patologie polmonari od enteriche, congiuntiviti o dermatiti sia nei pazienti sia nel personale di assistenza; gli isolamenti microbiologici sui pazienti non mostrano valori diversi dalla media.

Conclusioni. Il sistema di controllo integrato sopra descritto ha consentito di limitare efficacemente il rischio igienico sanitario pur in presenza di un elevato numero di pazienti a rischio. Si sottolinea l'esigenza di disegnare, preventivamente al capitolato di gara per la gestione degli impianti, adeguati protocolli di trattamento fisico-chimico dell'acqua, coinvolgendo attivamente il personale sia nella rilevazione di alcuni parametri, sia nella scrupolosa osservanza di regolamenti appositamente implementati dalla DMP, che deve anche farsi carico dei controlli e delle indicazioni specifiche per le pulizie.

BED MANAGEMENT: STRUMENTI DI GESTIONE OPERATIVA NELL'OSPEDALE CAMPO DI MARTE, LUCCA

Dinelli F.⁽¹⁾; Campani A.⁽²⁾; Girletti I.⁽³⁾; Bessi F.⁽⁴⁾; Polimeni J.⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Dirigente Medico Direzione sanitaria PO Lucca – ⁽²⁾ Responsabile UO Gestione Operativa e sviluppo organizzativo, ASL 2 Lucca – ⁽³⁾ Informatico, Supporto Informativo al Controllo Direzionale ASL 2 Lucca –

⁽⁴⁾ Responsabile progetto ICT Nuovo ospedale di Lucca, ESTAV Nord-Ovest – ⁽⁵⁾ Direttore Sanitario ASL 2 Lucca

Parole chiave: posto letto, bed management, gestione operativa

Introduzione. La gestione dei posti letto (PL) nell'ospedale rappresenta una delle maggiori aree di interesse e impegno della Direzione sanitaria Ospedaliera. La riorganizzazione per intensità di cure dell'ospedale di Lucca ha permesso la creazione di setting di degenza medica polispecialistica con PL flessibili nello stesso setting. Al fine di ottimizzare l'utilizzo dei PL ed i flussi dei pazienti dal Pronto Soccorso (PS) la ASL 2 Lucca ha aderito al progetto Regionale "NET VISUAL-DEA". Strumento operativo del progetto è il Visual Hospital, consistente in un modello innovativo gestionale che prevede l'utilizzo di uno strumento di consultazione visiva dello stato PL nelle degenze (in dimissione, non dimissibile, libero). Nel contempo, era stato avviato un progetto di Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) il quale, partendo dai componenti già informatizzati come ad esempio l'ADT (Accettazione/Dimissioni/Trasferimenti), percorso chirurgico e RIS/PACS, porterà alla introduzione della Cartella Clinica Elettronica ed una integrazione dei processi in modo da garantire fluidità, sicurezza e rapidità ai flussi informativi, clinici e amministrativi. In tal contesto la Gestione dei PL in ottica Visual Hospital si è potuta sviluppare con successo. Lo sviluppo del SIO consentirà inoltre di fornire in tempo reale tutte le informazioni necessarie alla gestione del paziente secondo le procedure del Plan for every patient, verso cui evolverà il Visual Hospital.

Materiale e metodi. È stata configurata la mappatura di tutte le camere dei setting di degenza multispecialistica del Dipartimento Medico e Oncologico attraverso la personalizzazione della funzione di bed management all'interno della Piattaforma di SIO di una società informatica nazionale disponibile. La mappatura è stata effettuata nei setting polispecialistici cui afferiscono la Medicina Interna, l'Oncologia, la Nefrologia, la Neurologia e la Pneumologia dei singoli PL e dei pazienti presenti consentendo così di avere graficamente visibile la capacità massima di ogni singolo setting.

Il PS, ha a disposizione su monitor touch-screen la visualizzazione grafica che permette la rapida visualizzazione di ogni stanza e la disponibilità di PL nelle camere.

Il sistema ADT permette al medico di PS, attraverso questa interfaccia, non solo di avere una informazione continuamente aggiornata sullo stato dei PL ma anche di ricoverare direttamente il paziente assegnandolo alla camera e al PL disponibile. Questa operazione è in carico alla figura individuata, il Medico del pronto soccorso che ha le funzioni di G.U.R.U. (Gestore Unico del Ricovero in Urgenza) e deputata ad individuare la destinazione del paziente da PS. Nei setting di degenza sono stati installati monitor con il collegamento al SIO dove il paziente all'ingresso risulta già accettato e necessita solo della conferma dei dati già inseriti in PS. Nei setting di degenza la mappatura digitale viene arricchita secondo il Visual Hospital delle informazioni sulla dimissibilità o meno del paziente grazie alla specifica colorazione (di cui esiste apposita legenda) della cornice di ogni singolo letto che permette agli operatori della degenza ma anche al PS di monitorare l'evoluzione della disponibilità di PL.

Gli operatori medici ed infermieri del PS e dei setting di degenza sono stati formati direttamente sui touch screen nelle loro postazioni di lavoro.

Risultati. Questo strumento ha permesso di rendere fluide le informazioni tra pronto soccorso e degenza riducendo al minimo la necessità di aggiornare continuamente, attraverso altri sistemi comunicativi, la disponibilità di PL. L'introduzione è stata accolta con favore dai servizi che ne hanno apprezzato l'utilità e la tempestività di informazioni aggiornate sullo stato dei PL. Il sistema sarà esteso a tutte le degenze dell'ospedale e sarà integrato nei prossimi mesi con la Cartella Clinica Elettronica cui si accederà direttamente dalla singola icona di ogni paziente. Il sistema sarà a regime nei primi reparti e setting entro l'apertura del nuovo ospedale di Lucca.

DISUGUAGLIANZE DI SALUTE NEL PERCORSO ICTUS NELL'AREA VASTA 2 DELLA REGIONE MARCHE

Esposito E.¹; Caraffa G.²; Maffei C. M.³; Storti N.⁴; Chiatti C.⁵; Di Stanislao F.⁶

¹ Dirigente medico, Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unificato, Area vasta 2 sede Ancona, ASUR Marche –

² Direttore Sanitario ASUR Marche – ³ Direttore Sanitario INRCA Ancona – ⁴ Direttore Sanitario AOU Ospedali Riuniti di Ancona – ⁵ Ricercatore, Direzione Scientifica INRCA Ancona – ⁶ Direttore Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Ancona, UNIVPM Ancona

Parole Chiave: disuguaglianze di salute, ictus, esiti

Introduzione. Il livello di salute e l'aspettativa di vita, sono strettamente correlate alla posizione sociale occupata dall'individuo. Il progetto di ricerca si pone come obiettivo generale quello di descrivere ed analizzare sia le caratteristiche e dimensioni dell'evento ictus acuto nella Regione Marche per gli anni 2010 e 2011 ed in particolare per i residenti dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale Area Vasta 2, che delle disuguaglianze sociali di salute presso un campione di popolazione colpita da Ictus, nel tentativo di fornire un contributo all'avanzamento delle evidenze scientifiche disponibili in questo ambito.

Materiali e metodi. La fonte di informazioni utilizzata per soddisfare il primo obiettivo è costituita dai dati delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) della Regione Marche per gli anni 2010 e 2011. Nella seconda parte, è stato analizzato un campione di popolazione di pazienti con ictus acuto selezionato attraverso il codice patologia riscontrata C0404, corrispondente all'ictus, dai dati dei Dispatch della Centrale Operativa 118 di Ancona in un periodo di sei mesi: dal 15 novembre 2010 al 15 maggio 2011. Il data base è stato integrato con i dati relativi al reddito individuale.

Risultati. Gli ictus acuti nella Regione Marche sono stati nel 2011 n. 3.895 (depurando dei pazienti residenti fuori regione). Stante una popolazione nella Regione Marche nel 2011 (censimento) di 1.565.335 abitanti, si ha un'incidenza di ictus pari a 2.49×1000 abitanti (3.895/1.565.335). L'Area vasta 2 si attesta ad un tasso di $2,53 \times 1000$ abitanti (1.251/494.522). Il campione selezionato per l'analisi del percorso ictus è costituito da 195 unità. Il decesso è più frequente tra le femmine (48,2% vs 30,1%) e aumenta con l'aumentare dell'età ed è correlato al reddito individuale e all'ospedale di arrivo. Il modello di regressione logistica conferma tali risultati. In particolare ad ogni aumento di anno di età si ha un aumento del 5% della probabilità di decesso (OR=1,05; [CI: 1,00 – 1,09]; p=0,032) e le donne hanno un rischio maggiore (OR=2,39; [CI: 1,14 – 4,99]; p=0,021). Per quanto riguarda il reddito individuale, risulta che percepire un reddito maggiore di 7.534 euro è un fattore protettivo rispetto all'exitus, nello specifico gli individui che appartengono alla seconda e terza fascia sono significativamente a minor rischio di decesso, rispettivamente (OR=0,26; [CI: 0,12 – 0,59]; p=0,001) e (OR=0,30; [CI: 0,10 – 0,94]; p=0,039). Per quanto riguarda l'ospedale di arrivo, rispetto all'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, gli altri ospedali presentano tutti un rischio maggiore di decesso, ma tale risultato è significativo solo per l'H1 e l'H5 rispettivamente (OR=4,65; [CI: 1,08 – 20,11]; p=0,004) e (OR=9,01; [CI: 1,68 – 48,22]; p=0,010), nel primo caso spiegato in parte dalla età media più elevata. In conclusione, i dati dimostrano una relazione tra l'appartenenza ad una fascia di reddito più povera e la maggior probabilità di esito nefasto nella cura dell'ictus. La gestione clinica di un paziente colpito da un ictus cerebrale, la prevenzione primaria e secondaria, l'organizzazione dei servizi dedicati alle varie fasi della malattia cerebrovascolare, sono temi di massima importanza nella medicina moderna. Garantire continuità di cura ai cittadini con esiti da ictus cerebrale è attualmente una delle maggiori sfide per il sistema sanitario. Pertanto, gli sforzi dei policy maker dovranno essere rivolti principalmente a politiche integrate con l'ambito sociale e di supporto alle famiglie, cercando di compensare le differenze distributive e rafforzando il tessuto sociale.

Autore che in caso di accettazione della comunicazione orale presenterà il lavoro: Elisabetta Esposito

LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI NELLA COSTRUZIONE DI UN PERCORSO DI DIMISSIONE

Ferrara L.

Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera INRCA Ancona, Esposito E. Dirigente Medico Azienda Unica Sanitaria Regionale, Ferreiro Cotarruelo MS Dirigente Medico collaboratore Direzione Medica Ospedaliera INRCA, Soccetti A. Responsabile Rischio Clinico AO Ospedali Riuniti Ancona, Amici A. Tribunale della Salute

Introduzione: la fase della dimissione ospedaliera è cruciale, perché il cittadino, dopo il decorso di un episodio patologico, deve affidarsi alle strutture territoriali. Egli ha bisogno di una informazione tempestiva e accurata, di indicazioni sulla terapia, sullo stile di vita da condurre, conoscere il piano dei controlli e degli interventi riabilitativi con date, luoghi e modalità, di un referente cui rivolgersi in caso di dubbi, della certezza che il medico di famiglia sia posto al corrente in modo completo del quadro clinico, dell'attivazione precoce dell'assistenza domiciliare quando necessario. È frequente non accada così e ciò è documentato dalle segnalazioni dei pazienti alle Associazioni di tutela, dall'esperienza quotidiana ed è generata da cause diverse, fra cui la carenza di collaborazione fra soggetti e servizi cui essi sono via via affidati.

Materiali e metodi. partendo dai bisogni espressi dai cittadini alle associazioni di tutela e dagli URP (Uffici Relazioni con il Pubblico) si è lavorato per attivare una modalità uniforme di percorso condiviso dalle diverse Aziende presenti nelle Marche, creando un modello di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, con la partecipazione attiva dell'associazione di tutela (Il tribunale della salute delle Marche). È stato definito un nuovo percorso di dimissione ospedaliera, che garantisse tempestività, completezza e chiarezza delle informazioni in forma verbale e scritta, in grado di pianificare la fase post-dimissione con una programmazione puntuale, di facilitare il dialogo con il medico curante e di offrire la certezza di una continuità della presa in carico. Nell'estate del 2011, è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale (Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, ASUR-AV2, INRCA, Tribunale della salute) che ha elaborato un unico, nuovo percorso di dimissione. Dopo una preliminare informazione, nel novembre 2011, esso è stato introdotto in tutte le strutture di degenza dell'INRCA, in quelle dell'area anconetana dell'ASUR, nel Dipartimento di Scienze cardiologiche degli Ospedali Riuniti. Strumenti di valutazione, condivisi ed uniformi sono stati una check list di valutazione dell'adeguatezza al nuovo percorso delle lettere di dimissione e un questionario di soddisfazione del cittadino. La check list è stata applicata prima e dopo l'introduzione del percorso su un campione casuale del 5 % dei dimessi. Il questionario unico per tutte le aziende esplora le diverse dimensioni del ricovero, con una sezione dedicata alla fase di dimissione. La consegna del questionario è in atto e la raccolta avviene con la collaborazione fattiva della rete delle farmacie, per facilitare il cittadino nella riconsegna. Il percorso di dimissione è stato accolto ed attuato dalle 3 Aziende e per l'INRCA, posto fra gli obiettivi di budget. Raccoglie, sul piano formale, le esigenze effettivamente espresse dai cittadini attraverso il Tribunale della salute.

Risultati. La valutazione con la check list mostra sia per l'INRCA: T0= 75,69 + 0,52 vs. T1= 82,26 + 0,47 p<0,05) che per gli Ospedali Riuniti (T0= 62,59 + 0,64 vs. T1= 86,66 + 0,64 p<0,001) un netto e significativo miglioramento nella completezza delle lettere di dimissione prima e dopo l'introduzione di una specifica procedura aziendale. È fattibile la collaborazione fra Aziende sanitarie che hanno caratteristiche molto diverse (un ospedale geriatrico, un ospedale regionale di riferimento ed un piccolo ospedale di rete) su problemi concreti della vita del paziente, anche con la partecipazione delle associazioni di tutela del cittadino, che possono dare un contributo importante, con risvolti anche tecnici; esistono all'interno delle Aziende competenze e capacità, talvolta assorbite da attività routinarie, in grado di elaborare e attuare progetti di miglioramento reale a costi ridotti. Il gruppo di lavoro continua ad essere operativo e rappresenta un modello partecipativo che può operare su specifici problemi organizzativi nell'integrazione ospedale territorio

LA VALUTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER LA GESTIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE GERIATRICO

Dott.ssa Maria Soledad Ferreiro Cotourruelo

Medico Igienista collaboratore Direzione Medica Ospedaliera INRCA, Dott.ssa Ferrara Letizia-Coordinatore Qualità-RischioClinico Direzione Medica Ospedaliera INRCA, Dott.ssa Giuseppina Di Stefano-Coordinatore Qualità-Area Ricerca, Dott.ssa David Serenella Direttore Medico di Presidio INRCA

Parole Chiave: sicurezza, documentazione sanitaria, paziente geriatrico

Introduzione: L'INRCA, Istituto di Ricovero e Cura per l'Anziano è un IRCCS pubblico presente in 3 regioni italiane e certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008, che ha messo in atto nell'anno 2011 un'attività pianificata e sistematica di revisione delle cartelle cliniche (CC) finalizzata alla costruzione di indicatori per il monitoraggio della qualità della documentazione sanitaria.

Contenuti: L'obiettivo del lavoro svolto è stato di utilizzare l'attività di VRQ (Verifica e Revisione Qualità) della documentazione sanitaria per valutare e monitorare, nelle varie sedi ed unità operative dell'Istituto, la presenza di procedure e/o comportamenti mirati alla prevenzione e controllo del rischio clinico nel paziente anziano. Annualmente sono campionate in modo casuale ed esaminate il 5% circa delle cartelle cliniche di tutti i ricoveri di tutte le UU.OO delle sedi dell'Istituto. Come strumento di rilevazione viene utilizzata una check-list nella quale sono stati introdotti alcuni items riguardanti la gestione del rischio clinico (Ministero della Salute e Joint Commition): tracciabilità delle cure e dell'assistenza (presenza delle firme nel diario medico e infermieristico, esami e consulenze), presenza o meno di schede di valutazione del dolore, dello stato nutrizionale, del rischio di caduta, del rischio di sviluppare una lesione da decubito, completezza della scheda unica di terapia-SUT (tracciabilità, orari e posologia, motivi di mancata somministrazione), della documentazione anestesiológica e del referto operatorio, della lettera di dimissione. È stato creato un applicativo web disponibile sull'intranet ed accessibile solo dalle Direzione Mediche, il cui collegamento con le SDO ha facilitato la raccolta dati; essi vengono convogliati in un database creato in ambiente Access ed analizzati a livello centrale. Come outcome di confronto è stata calcolata la media percentuale di completezza per ogni criterio e presidio. Il confronto dei risultati per i ricoveri 2011 e 2012 nei 3 presidi ospedalieri presi in considerazione mostrano un andamento positivo (la media per tutti i criteri dell'Istituto è passata dal 70% all'83,6%). Il miglioramento ha riguardato tutte le sedi e tutti i criteri e, in particolare, sono risultati soddisfacenti: la tracciabilità dell'operatore nel diario medico ed infermieristico (85,8% nel 2011 vs. 97,4% nel 2012), documentazione anestesiológica (76% vs. 83,4%), referto operatorio (90,6% vs. 98,7%) e lettera di dimissione (89,7% vs. 96,2%). La completezza della SUT è quasi ottimale per tracciabilità, orari e posologia (98,7%) ma è minore l'indicazione della causa di una mancata somministrazione (86,3%). La presenza delle varie schede di valutazione dei rischi aveva avuto risultati disomogenei tra i vari presidi nel 2011 per cui si sono costituiti gruppi multidisciplinari e multiprofessionali finalizzati alla redazione di procedure aziendali conformi alle diverse normative regionali; nel 2012 i dati sono positivi ma ancora suscettibili di un ulteriore miglioramento. Conclusioni I dati provenienti dalle cartelle cliniche hanno reso possibile una lettura parziale della reale attività messa in campo a livello aziendale per prevenire gli incidenti e gli errori in ambito sanitario ma l'analisi effettuata in questo lavoro sarà il punto di partenza di audit mirati alla gestione della sicurezza del paziente anziano nelle singole realtà operative dell'Istituto. Infine, l'attività sistematica di VRQ della documentazione sanitaria può risultare utile per la programmazione ed il monitoraggio della corretta applicazione delle procedure di gestione del rischio clinico, per l'attuazione di percorsi formativi mirati ed in definitiva per una rimodulazione della strategia aziendale nella gestione del rischio clinico.

CARATTERISTICHE CLINICHE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO DI UN'AZIENDA SANITARIA SICILIANA.

Firenze A[^], Restivo V*, Bonanno V*, Pace S°, Marsala MGL*.

[^] Direzione Sanitaria di Presidio A.O.U.P. "P. Giaccone" di Palermo – * Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva-Università degli Studi di Palermo – ° Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro"-Università degli Studi di Palermo.

Parole chiave: sinistri, somma richiesta, MDC.

Introduzione. In ambito di implementazione del Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), la Sicilia ha emanato il D. A. del 28 dicembre 2011 che prevede l'istituzione del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS) all'interno di ogni azienda sanitaria. Il CAVS è un gruppo multidisciplinare che ha l'obiettivo di migliorare e velocizzare la gestione dei sinistri e quindi delle richieste di risarcimento per responsabilità civile terzi e dipendenti (RCTO). Tra i compiti del CAVS c'è anche quello di analizzare i database esistenti al fine di rendere più efficace la gestione del rischio clinico.

Materiali e metodi. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (A.O.U.P.) "Paolo Giaccone" di Palermo ha realizzato un monitoraggio dei fattori contribuenti alla richiesta di risarcimento, a più di un anno dalla costituzione del proprio CAVS, avvenuta in data 29/02/2012.

L'analisi ha rilevato 184 richieste di risarcimento per RCTO pervenute all'Unità Operativa Risk Management e valorizzazione SDO. In 96 di questi casi è stato possibile risalire alle informazioni relative al ricovero in A.O.U.P., attraverso la SDO.

Il totale dei casi è stato suddiviso, riferendosi all'area di appartenenza del ricovero, in chirurgici e altri (comprendenti i ricoveri appartenenti ad UU.OO. mediche, d'emergenza e dei servizi). Nell'analisi dei fattori associati con la richiesta di risarcimento per ricoveri chirurgici sono state studiate: le variabili demografiche (età e sesso), le variabili riguardanti la richiesta di risarcimento (la tipologia di danno, la presunta causa dell'evento, il tipo di procedimento e la somma richiesta) e quelle di natura sanitaria (il tipo di ricovero, la durata del ricovero, l'area di appartenenza del ricovero e la Major Diagnostic Category [MDC]).

Risultati. I risultati dell'analisi descrittiva dei fattori demografiche e degli elementi relativi alla richiesta di risarcimento (tabella 1) evidenziano una minore richiesta di indennizzo per i presunti sinistri di tipo chirurgico, rispetto a quelli medici. Le caratteristiche cliniche (tabella 2) delle richieste evidenziano che le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico e connettivo (MDC 8) sono quelle più frequentemente implicate nella richiesta di risarcimento tra i ricoveri chirurgici e le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (MDC5) fra i ricoveri medici.

All'analisi multivariata, i fattori associati con la richiesta di risarcimento per RCTO, riguardante un ricovero chirurgico sono: le patologie della pelle, sottocutaneo e mammella (OR=26.0, p<0.05), le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico e connettivo (OR=7.9, p<0.05) e l'età (OR=0.91, p<0.01).

Quest'analisi fornisce peculiari informazioni sull'indirizzamento di future azioni di miglioramento per una migliore gestione del rischio clinico e la conseguente riduzione delle richieste di risarcimento per RTCO.

Tabella 1. Caratteristiche della richiesta di risarcimento

		Area Chirurgica N (C), (%)	Altre aree N (C), (%)
Età		43 (39-48)	61 (56-67)
Sesso	Maschile	37 (56.1)	18 (60.7)
	Femminile	29 (43.9)	12 (40.0)
Tipologia di danno	Lesioni personali	50 (75.7)	13 (43.3)
	Danni a cose	0	1 (3.3)
	Decesso	13 (19.7)	14 (46.7)
	Non pervenuto	3 (4.6)	2 (6.7)
	Errato intervento	51 (77.3)	0
	Infezione	4 (6.1)	1 (3.3)
	Caduta	1 (1.5)	5 (16.8)
	Errata terapia	0	7 (23.3)
	Aggressione	1 (1.5)	0
	Errata diagnosi	3 (4.5)	9 (30.0)
	Reazioni avverse a farmaci	0	1 (3.3)
	Danno a cose	1 (1.5)	0
	Non pervenuta	6 (8.1)	7 (23.3)
	Tipo di procedimento	Stragiudiziale	40 (60.6)
Civile		21 (31.8)	6 (20.0)
Penale		5 (7.6)	5 (16.7)
Somma richiesta		460855 (169211-752500)	1128876 (0-2635724)
Somma risarcita		29860 (0-85249)	3875 (0-53111)

Tabella 2. Caratteristiche cliniche

		Area Chirurgica N (C), (%)	Altre aree N (C), (%)
Regime del ricovero	Ordinario	61 (92.4)	28 (93.3)
	Dh	5 (7.6)	2 (6.7)
Durata del ricovero		13 (9-17)	13 (9-17)
Major Diagnostic Category	MDC 1	2 (3.0)	5 (16.7)
	MDC 2	2 (3.0)	0
	MDC 3	1 (1.5)	0
	MDC 4	1 (1.5)	0
	MDC 5	0	8 (26.7)
	MDC 6	7 (10.7)	3 (10.0)
	MDC 7	4 (6.1)	2 (6.7)
	MDC 8	20 (30.4)	4 (13.3)
	MDC 9	5 (7.6)	2 (6.7)
	MDC 10	5 (7.6)	0
	MDC 11	2 (3.0)	0
	MDC 12	1 (1.5)	0
	MDC 13	1 (1.5)	0
	MDC 14	4 (6.1)	0
	MDC 15	3 (4.5)	0
	MDC 16	2 (3.0)	1 (3.3)
	MDC 17	2 (3.0)	2 (6.7)
	MDC 18	0	1 (3.3)
	MDC 19	0	1 (3.3)
	MDC 21	1 (1.5)	0
	Pre-MDC	3 (4.5)	1 (3.3)

HTA DI DM: ALLEANZA DI COMPETENZE TRA DIREZIONE SANITARIA E FARMACIA IN UN PERCORSO CONDIVISO

Fruttero C.², Giachino Amistà M.⁵, Farrauto G.⁵, Rebora M.⁵, Scarcello A.⁵, Viglianchino C.⁵, Bramardi A.⁵, Ielo D.⁵, Mondini M.⁵, Zinetti M.⁵, Ripa F.³, Cattel F.⁴, Vitale A.¹

¹ Medico Referente/tutor per il gruppo di lavoro, membro esterno segreteria sindacale Direttivo ANMDO – Sez. Piemonte e Valle d'Aosta – ² Farmacista Referente/tutor per il gruppo di lavoro, SIFO, Sez. Piemonte e Valle d'Aosta – ³ Segreteria Scientifica ANMDO, Sez. Piemonte e Valle d'Aosta – ⁴ Segretario regionale SIFO, Sez. Piemonte e Valle d'Aosta – ⁵ Membri del Gruppo di lavoro

Parole chiave: evidence/legislation-based technology assessment, dispositivi medici

Introduzione. Nell'ambito della collaborazione tra SIFO e ANMDO, in Piemonte è stata promossa un'iniziativa di collaborazione scientifica sviluppata nell'ambito di un corso di formazione strutturato in 3 giornate residenziali avente come tema l'elaborazione di procedure condivise relative alla valutazione secondo metodo HTA, di medicinali, grandi attrezzature e dispositivi medici (dm). Nello specifico, nella 1° giornata di corso (febbraio 2013), il gruppo costituito dagli autori del presente abstract ha ricevuto come mission quella di costruire una procedura di assessment di dm.

Materiali e metodi. Al fine di elaborare una procedura di assessment evidence based, si sono mappati i ruoli e le attività svolte dai colleghi all'interno delle AASSRR di appartenenza, relativamente alla materia oggetto del lavoro, chiedendo loro di compilare un questionario elaborato dai tutor del gruppo. Sulla base delle risposte si è suddiviso il gruppo in due subgroup omogenei per professionalità (equo rapporto medici/farmacisti) e competenze, che hanno rispettivamente avviato una ricerca di normativa (Sottogruppo Normativa) e una ricerca bibliografica sull'assessment dei dm (Sottogruppo Bibliografia evidenze scientifiche). Per entrambi i subgroup è stato identificato un referente (un referente Medico per sottogruppo Bibliografia evidenze scientifiche, un referente Farmacista per sottogruppo Normativa). I tutor hanno effettuato invece una raccolta/confronto di benchmarking tra le procedure di richiesta/acquisizione di dm in uso nelle aziende di provenienza dei colleghi (ASL CN1, AO S.Croce e Carle, AOU Novara, ASLTO4, AO Ordine Mauriziano), per evidenziare i punti comuni e quindi gli elementi di riproducibilità/trasferibilità delle procedure vigenti presso le diverse AA.SS.RR. (benchmarking/know how). Inoltre sono state considerate anche le procedure delle Commissioni DM di Federazione (Torino ovest, Torino nord), elaborate nel 2013, anche con l'apporto di alcuni membri del gdl.

Risultati. In 2° giornata di corso (giugno) si è presentata una bozza di procedura di assessment dei dm in cui si sono sviluppati alcuni dei campi previsti nella procedura generale, proposta a tutti i gruppi dal coordinamento ANMDO-SIFO. In particolare si è lavorato sui risultati delle ricerche attuate dai due subgroup, focalizzando su scopo, campo di applicazione, terminologia, abbreviazioni e flow chart di operatività della procedura. Il documento è stato redatto con la collaborazione di tutti i membri del gdl ed è stato presentato dai tutor e da 2 componenti del gdl. Nel secondo semestre 2013 il gruppo lavorerà da remoto sfruttando la piattaforma online – web conference per favorire la condivisione anche a distanza dei contenuti della procedura. Nella 3° giornata di corso (dicembre) verrà presentata la procedura definitiva che, supportata da riferimenti normativi solidi e aggiornati, potrà essere trasferibile e implementabile nel contesto di tutte le AASSRR del Piemonte oltre che di Aziende sanitarie extraregionali. ANMDO e SIFO insieme presenteranno poi la procedura alla Regione per la validazione che ne permetterà l'implementazione effettiva. Complessivamente l'esperienza in corso ha reso possibile la costruzione non solo di una procedura ma di un percorso comune tra medici di DMPO e farmacisti che ha dimostrato, in più contesti aziendali, essere un potente catalizzatore di innovazione e cambiamento, indispensabili oggi più che mai per la sostenibilità della nuova sanità pubblica!

PROGETTO DI BED MANAGEMENT IN OSPEDALE REGIONALE DI AOSTA; RISULTATI A UN ANNO DI FOLLOW-UP.

Chiara Galotto[§], Roberto Novati, Adriano Gorraz, Gianluca del Vescovo, Larry Colliard[°], Pamela Lale-Demoz[°], *Francesco Arnoletti

Direzione Sanitaria ospedaliera,[°] Servizio sociale ospedaliero, * Direttore Sanitario aziendale, Azienda USL Valle d'Aosta. [§] presenting author.

Parole chiave: bed management, degenza media, gestione, posti letto

Introduzione: L'Ospedale regionale di Aosta dista circa 70 km dal presidio più vicino, il che rende difficile il trasferimento altrove di pazienti acuti che necessitano di ricovero ospedaliero; da ciò è invalsa negli anni la necessità a ricoverare fuori reparto pazienti provenienti da Pronto Soccorso, con le difficoltà che è facile immaginare.

Materiali e metodi: da gennaio 2012 abbiamo introdotto un sistema di gestione dei posti letto (Bed Management, BM), in capo alla Direzione Sanitaria ospedaliera e caratterizzato da 1-facoltà di ricovero per il Pronto Soccorso indipendentemente dalla disponibilità del letto nel reparto prescelto 2 – ricerca letto a carico dello specialista designato, in caso di difficoltà con il supporto del team di BM 3 – maggiore governo della continuità assistenziale nel tentativo di ridurre numero e durata dei lungodegenti. Per la valutazione del modello abbiamo valutato un set di indicatori dal 2008 al 2012, divisi per area ospedaliera, con un approfondimento sulle eventuali differenze riscontrate tra 2012 e 2011, anno precedente l'introduzione del modello.

Risultati. A livello ospedaliero abbiamo riscontrato i migliori valori dal 2009 per quanto riguarda degenza media, occupazione (valore più basso dei cinque anni considerati), dimissioni, ricoveri superiori ai 24 giorni e percentuale di giornate outlier. Fanno da contraltare l'aumento dei ricoveri ripetuti entro 30 giorni e del tasso di ricovero da Pronto Soccorso, entrambi in crescita. In area Medica le differenze sono più spiccate per quasi tutti i parametri indagati, in particolare con forte calo percentuale delle giornate outlier e i valori più alti dal 2008 di ricoveri ripetuti a trenta giorni e di ricoveri molto brevi (24-48 ore); anche l'area chirurgica ha registrato variazioni negli indicatori coerenti a quanto osservato a livello ospedaliero. Confrontando 2012 con 2011, si nota calo percentuale delle giornate outlier e dei ricoveri molto lunghi (>23 giorni), in misura minore di occupazione media e degenza media, con interessanti differenze tra area medica e chirurgica. Per contro il tasso di ricovero da Pronto Soccorso è in crescita (+4,26% su base annua), così come i ricoveri ripetuti a 30 giorni, cresciuti nel 2012 del 9,5%. Il servizio sociale nel corso del 2012 ha seguito il 29,9% di casi in più rispetto 2011; il 14%, dei pazienti segnalati al servizio sociale è deceduto in Ospedale prima della dimissione. La destinazione più frequente dei casi segnalati è stata il domicilio (45% dei pazienti), seguito dalle due RSA. La percentuale di ricoveri ripetuti precoci nei pazienti dimessi dopo presa in carico del servizio sociale è del 19,2%. Infine, nel corso del 2012 abbiamo registrato un evidente miglioramento del clima ospedaliero, con riduzione dei conflitti tra reparti e pronto soccorso e tra i diversi reparti; quale indicatore proxy del fenomeno abbiamo osservato lento calo nel numero di telefonate al reperibile di DMP da gennaio 2012 a marzo 2013.

Conclusioni: Il modello proposto è coerente, efficace su alcuni indicatori e soprattutto assicura brevi permanenze in Pronto Soccorso, con molto minore disagio e rischio per il paziente. Non è tuttavia sufficiente a rispondere alla domanda complessiva di assistenza ospedaliera, che necessita di migliore integrazione territoriale, con particolare riguardo alla popolazione anziana.

GOVERNO DEI TEMPI D'ATTESA DEL RICOVERO OSPEDALIERO MEDIANTE IL MONITORAGGIO DEI PRESENTI IN LISTA

Giordano V*, Lanzetta R**, Palladino R*, Granata A°, Giordano G^, Savoia F*, Russo A*, Moretta S°, Papa M^{°°}, Guida A^^.

* UOSD Pianificazione Ospedaliera, Settore SDO-DRG, ASL Napoli 1 Centro – ** Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro – ° Medici di Sanità Pubblica area ospedaliera – °° UOC Pianificazione e Programmazione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro – ^ Corso di laurea professioni sanitarie – ^^ Direzione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro

Parole chiave: liste d'attesa; classi di priorità.

Introduzione. Le strategie di monitoraggio, verifica e pulizia delle liste sono state programmate mediante specifiche linee di indirizzo focalizzate alla riduzione dei pazienti presenti in lista. Un numero elevato dichiarato di pazienti in lista non sempre corrisponde a pazienti che stiano effettivamente aspettando, poiché possono realizzarsi diverse evenienze, quali:

- Erogazione della prestazione sanitaria in altra struttura;
- Il bisogno di salute non è più presente;
- Rinuncia del ricovero per più di tre volte;
- Mancata cancellazione dalla lista d'attesa di un paziente ricoverato.

Dall'ottobre 2012 è stata effettuata dalle Direzioni Mediche di Presidio in collaborazione con gli Uffici CUP Presidiali, la pulizia delle liste d'attesa di ricovero ospedaliero segnalando al management aziendale i pazienti cancellati dalle liste d'attesa in quanto non sussisteva più il bisogno assistenziale.

Contenuti. Dopo aver definito ed attivato le procedure di pulizia delle liste d'attesa, come sopra riportato, si è formulata un'analisi relativa al totale dei pazienti presenti in lista d'attesa di ricovero ospedaliero (tutte le classi di priorità) presso i PPOO dell'ASL Napoli 1 Centro, i dati sono riportati in tabella.

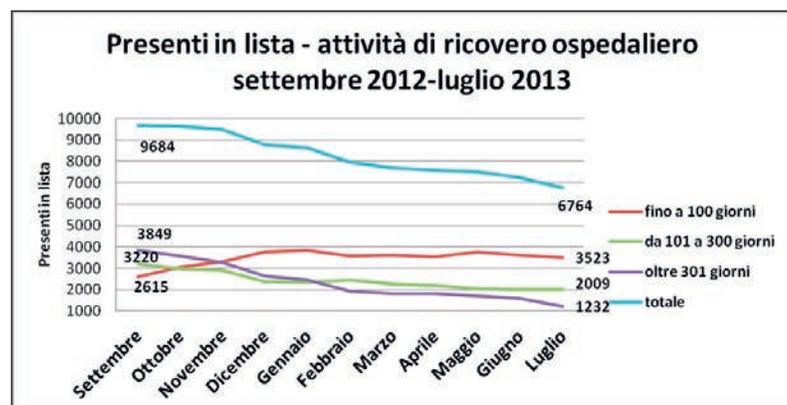
Tabella. Pazienti presenti in lista d'attesa di ricovero ospedaliero (tutte le classi di priorità) presso i PPOO aziendali suddivisa per giorni di presenza in lista – periodo settembre 2012-luglio 2013

Giorni di attesa dei presenti in lista	09 2012	10 2012	11 2012	12 2012	01 2013	02 2013	03 2013	04 2013	05 2013	06 2013	07 2013
fino a 100 giorni	2615	3061	3322	3762	3849	3576	3611	3558	3753	3618	3523
da 101 a 300 giorni	3220	2980	2891	2373	2355	2446	2255	2190	2052	2020	2009
oltre 301 giorni	3849	3588	3268	2652	2440	1941	1822	1826	1702	1607	1232
totale	9684	9629	9481	8787	8642	7963	7688	7574	7507	7245	6764

I pazienti presenti in lista d'attesa per ricovero ospedaliero presso i PPOO aziendali dopo aver posto in essere le strategie di verifica e controllo delle liste d'attesa secondo i criteri sopra enunciati, sono diminuiti del 30% nel periodo settembre 2012-luglio 2013. Specificamente:

1. Il numero dei pazienti presenti in lista da un tempo inferiore ai 100 giorni è aumentato del 35%;
2. Diminuzione dei pazienti con tempi di attesa compresi tra 100 e 300 giorni pari al 38%;
3. Diminuzione dei pazienti con tempi di attesa superiori ai 300 giorni pari al 68%.

Pazienti presenti in lista d'attesa di ricovero ospedaliero presso i PPOO aziendali suddivisa per giorni di presenza in lista – periodo settembre 2012-luglio 2013



Conclusioni. Da una prima analisi dei dati relativi all' andamento delle liste d'attesa dopo aver intrapreso le attività di monitoraggio, verifica e controllo delle stesse emerge:

- Un aumento dei pazienti in lista d'attesa per ricovero ospedaliero presso i PPOO dell'ASL Napoli 1 Centro con tempo di attesa inferiore ai 100 giorni, ciò indica che la domanda assistenziale permane tale;
- Una diminuzione marcata dei presenti in lista per tempi maggiori ai 100 giorni mostra l'efficacia degli interventi di pulizia ed in tal modo scongiura l' instaurarsi di comportamenti anomali e/o opportunistici che possano ridurre l'appetibilità dell'offerta sanitaria esistente a fronte di una, apparente, domanda in sovrastima.

IL PROGETTO ORTOGERIATRIA NEL PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA ANNUNZIATA DI FIRENZE

Indiani L*; Benvenuti E°; Giardini S°; Del Lungo I°; Naldini S°°; Ciralo F°°; Barbieri A°°; Adamo C°°; Bonaccorsi G**

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze – ° U.F. Ortopediatria, S.O.S Geriatria, P.O. S.M.A. Azienda Sanitaria Firenze – °° Direzione Sanitaria, P.O. S.M.A. Azienda Sanitaria Firenze – ** Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

Parole chiave: ortogeriatría, qualità dei processi

Introduzione. Il paziente anziano con frattura di femore è un soggetto "fragile", a rischio di outcome clinici, funzionali e sociali avversi. Decadimento cognitivo, precedente disequilibrio, malnutrizione, fragilità sociale, presenza di delirium e complicanze locali/generali, specie infettive, sono solo alcuni dei fattori che possono influire negativamente sul recupero funzionale. Si tratta quindi di un paziente con bisogni che vanno ben oltre la condizione patologica che lo ha condotto in ospedale. Per dare una risposta a questi bisogni, la letteratura anglosassone ha identificato, fino dagli anni '80, un modalità di lavoro definita orto-geriatrica, che prevede una cogestione del malato tra ortopedico, geriatra ed anestesista, infermiere, fisioterapista ed assistente sociale, in ottica multidimensionale e multidisciplinare. Esistono diversi modelli di organizzazione sanitaria in campo ortogeriatrico, ad es. il consulenziale (paziente a tutoraggio ortopedico, seguito se necessario da geriatra), della "presa in carico" (cogestione completa ortopedico/geriatra), il GORU (Geriatric Orthopedic Rehabilitation Unit). La letteratura sembrerebbe indicare nel modello della "presa in carico" quello più efficace. L'efficacia si evidenzia su indici di performance quali incidenza di delirium, contenzione fisica, recupero funzionale, rimozione catetere urinario, rientro a domicilio etc. Dal 2009 nell' Ospedale Santa Maria Annunziata dell'Azienda Sanitaria di Firenze (POSMA) è nata l'Ortopediatria, secondo il modello della "presa in carico".

Materiali e metodi. È stato utilizzato lo strumento IPEG-OG (Indici di Processo ed esito in Geriatria-Ortopediatria) come sistema di controllo della qualità dei processi. Questo sistema comprende indicatori di stato clinico funzionale, indici di transizione, indicatori di esito efficacia e di esito performance. È stata effettuata un' analisi sui ricoveri dei pazienti con frattura di femore, a tutoraggio orto-geriatrico del POSMA, sia su tutto il 2012 (n. 528;124M, 404F) sia, in maniera comparativa sull'ultimo trimestre degli anni 2009-12.

Risultati. Dall'analisi 2012 è emerso che: nel 68% dei casi l'intervento chirurgico è avvenuto in maniera tempestiva entro 48 h dal ricovero, alla dimissione all' 83% dei soggetti era stato rimosso il catetere vescicale con riduzione delle infezioni e recupero della continenza urinaria, il 70% dei pazienti era già in grado di camminare utilizzando il deambulatore rollator, il 39% è stato dimesso a domicilio. Il confronto tra i quattro trimestri anni 2009-12 ha mostrato che, sebbene le caratteristiche della popolazione ricoverata siano rimaste sostanzialmente stabili (es. età >75 in circa 80%, demenza diagnosticata in circa 30%, delirium in circa 36%, elevata prevalenza di complicanze cliniche) si sono registrati miglioramenti con: aumento intervento chirurgico entro 48 h, riduzione delle infezioni urinarie, della contenzione fisica e farmacologica in caso di delirium, delle cadute durante la degenza, delle nuove lesioni cutanee da compressione e della degenza media ed aumento del cammino con rollator alla dimissione e della dimissione a domicilio. Questi risultati possono essere considerati buoni (confrontati con la letteratura più recente) specialmente sul trattamento della confusione mentale acuta, il recupero funzionale precoce e il rientro a domicilio. Sono auspicabili studi di confronto con altre realtà ortogeriatriche per migliorare ulteriormente la qualità dell'intervento.

MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA PER PRESTAZIONI ONCOLOGICHE COMPLESSE: LA VALUTAZIONE DEI PDTA.

Lanzetta R*, Giordano V**, Papa M°, Savoia F**, Russo A**, Moretta S°, Giordano G^, Palladino R**, Granata A°, Guida A^^.

* Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro – ** UOSD Pianificazione Ospedaliera, Settore SDO-DRG, ASL Napoli 1 Centro – ° UOC Pianificazione e Programmazione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro – °° Medici di Sanità Pubblica area ospedaliera – ^ Corso di Laurea Professioni Sanitarie – ^^ Direzione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro

Parole chiave. PDTA; tempi d' attesa.

Introduzione. Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2010-12 (PNGLA) ha individuato alcuni percorsi complessi riguardanti patologie a prevalenza significativa che possono avere una prognosi sfavorevole e che necessitano di monitoraggio costante rispetto ai tempi di svolgimento del percorso. I PDTA individuati sono:

- Carcinoma del colon-retto;
- Carcinoma mammella;
- Carcinoma polmone;
- Angioplastica coronarica.

Il Management dell'ASL Napoli 1 Centro ha monitorato la parte terapeutica dei percorsi relativi alle neoplasie del colon-retto e alle neoplasie della mammella, trattate nei PPOO aziendali al fine di analizzare i tempi d'attesa. Non sono stati considerati i PDTA relativi a cancro del polmone ed angioplastica coronarica in quanto tali PDTA non sono erogati in azienda dato che nei PPOO aziendali non insistono UUOO di Cardiocirurgia e Chirurgia Toracica.

Materiali e Metodi La metodologia adottata prevede: "l'identificazione dei casi da osservare partendo dalla rilevazione codici di procedura e diagnosi presenti sulle SDO dei ricoveri erogati dai PPOO Aziendali". Una volta individuati i pazienti da osservare, nel percorso PDTA viene considerato: "il tempo di attesa della fase terapeutica come differenza tra la data di ammissione al Ricovero e la data di prenotazione dello stesso".

- *Periodo:* I trimestre 2013;
- *Fonte:* flusso dati SDO PPOO ASL NA 1 CENTRO;
- *Identificazione dei casi:* estrazione delle SDO in cui sono presenti i codici di diagnosi principale e procedure specifiche individuate dal PNGLA 2010-2012.
- *Calcolo tempo di attesa della fase terapeutica:* tempi di attesa dalla data di prenotazione del ricovero alla data di ammissione.

Risultati. Nella tabella vengono riportati il numero di PDTA presi in carico presso i PPOO Aziendali e la percentuale di PDTA trattati entro i tempi previsti.

PDTA neoplasia colon-retto		
Tempi d'attesa	Numero pazienti	Percentuale
Entro 30 gg	26	84%
Tra 30 e 90 gg	3	10%
Oltre 90 gg	2	6%
Totale	31	100%
PDTA neoplasia mammella		
Tempi d'attesa	Numero pazienti	Percentuale
Entro 30 gg	27	84%
Tra 30 e 90 gg	3	10%
Oltre 90 gg	2	6%
Totale	32	100%

Obiettivo Agenas. Pazienti che effettuano il percorso terapeutico entro 30 gg > 90%

I dati mostrano che sia per il percorso terapeutico per tumore del colon-retto sia per quello della neoplasia della mammella l'84% dei pazienti viene trattato entro i 30 giorni dalla data di prenotazione. Seppur inferiore all'obiettivo nazionale fissato (90%), rappresenta un'ottima performance di contesto rispetto alla presa in carico del bisogno complesso di salute. La strategia aziendale futura rispetto al governo dei tempi d'attesa sarà orientata alla sensibilizzazione del personale impegnato nell'assistenza, affinché operi una corretta selezione della casistica rispetto alle classi di priorità di ricovero e l'eventuale istituzione di liste d'attesa dedicate alle patologie oncologiche.

DEOSPEDALIZZARE: RISULTATI DELL'ATTIVITÀ DELLA DIREZIONE MEDICA DELL'OSPEDALE SAN PAOLO DI BARI

Leaci A.*; Guaccero A.*; Casciari T.; Mundo A.

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

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

Parole chiave Deospedalizzazione, appropriatezza, setting assistenziale

Introduzione. L'organizzazione del S.S.N. impone la deospedalizzazione come scelta indispensabile in termini di economicità, appropriatezza organizzativa e sviluppo tecnologico, seguendo il percorso che vede, a parità di efficacia per il paziente e di sicurezza per l'operatore, la possibilità di erogare attività sanitarie che vanno dal ricovero ordinario a differenti setting assistenziali.

Il processo di deospedalizzazione comporta diverse conseguenze: diminuzione del numero di ricoveri ordinari, che viene ritenuta di per sé un processo positivo per il S.S.N., passaggio da ricoveri ordinari a ricoveri diurni e da ricovero ad ambulatorio.

Materiali e metodi. La Direzione Medica del Presidio San Paolo di Bari nell'anno 2010 si è dedicata al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa che ha avviato le seguenti strategie:

- analisi e controllo della reportistica del Controllo di Gestione Aziendale, delle cartelle cliniche e codifica SDO con stesura di percorsi alternativi al ricovero;
- incontri periodici con i Direttori delle UU.OO. per condividere l'analisi effettuata e le procedure da attivare;
- verifica sistematica delle azioni intraprese.

Il presente lavoro ha confrontato i dati di attività degli anni 2010 e 2012 in quattro reparti rappresentativi rispettivamente dell'area medica (Cardiologia e Gastroenterologia), e chirurgica (Chirurgia Generale e Chirurgia Toracica).

Risultati. Il confronto ha evidenziato un incremento dell'8,5% del Day Hospital e del 9% dell'attività ambulatoriale per l'U.O. di Gastroenterologia. L'U.O. di Cardiologia ha mantenuto il numero dei ricoveri aumentando il peso medio da 1,32 a 1,58, riducendo la degenza media da 6,3 a 4,4, incrementando l'indice chirurgico dal 37,5% al 58,2% e le prestazioni ambulatoriali dell'86%. L'U.O. di Chirurgia Generale ha attivato i ricoveri in Day Surgery, con una percentuale, nel 2012, del 17% sul totale dei ricoveri e incrementato dell'11% le prestazioni ambulatoriali. L'U.O. di Chirurgia Toracica ha incrementato i ricoveri in Day Surgery del 7%, mantenendo il peso medio dei ricoveri ordinari (1,81) e aumentando le prestazioni ambulatoriali del 26%. Nell'area chirurgica il decremento dei “dimessi <2 giorni” è stato del 63%, sono rimasti invariati l'indice chirurgico al 75% sulla totalità dei ricoveri e la degenza media pari a 5 giorni.

I ricoveri a rischio di inappropriatazza (108 DRG) hanno presentato una riduzione del 26% sui ricoveri totali dell'Ospedale.

Il confronto conferma l'indirizzo nazionale e regionale verso la rimodulazione del tasso di ospedalizzazione con l'aumento dei dimessi in altro setting assistenziale. In sostanza la tendenza alla deospedalizzazione viene espressa dalla crescita di differenti setting assistenziali con una maggiore attenzione all'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

Va sottolineato comunque che il fine che si sta perseguendo nel nostro Presidio non è solo la ricerca di maggiore appropriatezza clinico-organizzativa, ma piuttosto di un cambiamento dell'Ospedale per acuti e area critica, in cui diventa necessario attivare un circuito virtuoso, nel quale l'offerta ospedaliera è più adeguata alla domanda di salute della popolazione ed i cittadini sono educati ad un impiego corretto dei servizi offerti. In questo senso occorrerà non limitare l'analisi all'assistenza ospedaliera, ma estenderla alle cure territoriali.

2013, MAURIZIANO, TORINO – INTENSITÀ DI CURA: LOW CARE PERFORMANCE&PATIENT CENTRIC CON LEANSIXSIGMA

Vitale A*, DeFilippis G°, Costamagna G°, Mitola B*, Vigna I*, Malvasio P**

* Dirigente medico SC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero – ° Direttore Sanitario d'Azienda – °° Dirigente responsabile SITRO – ** Direttore SC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero: Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino

Parole chiave: intensità di cura, low care, lean six sigma

Introduzione. Nel 2012-2013 l'AOOM ha programmato la riorganizzazione a livelli di intensità di cura, estendendo a tutti i Dipartimenti assistenziali modalità organizzativo-gestionali in vigore presso il Dipartimento Chirurgico, implementando l'attività per aree funzionali omogenee.

In tale processo si è realizzata l'area low care programmata con metodo lean six sigma e organizzata da un gruppo multidisciplinare/ multiprofessionale, coordinato dalla DMPO.

Obiettivi: Realizzare low care performance&patient centric definendo

- modello organizzativo
- responsabilità medici/infermieri
- standard assistenziali medici/infermieristici
- criteri eleggibilità verso/dimissione da lowcare

Materiali e metodi. Per realizzare Low care con metodo LeanSixSigma (DMAIC) è stato necessario:

1. Definire low care, obiettivi, criteri ammissione/esclusione/dimissione dei pazienti, caratteristiche, ruoli/ responsabilità medici/infermieri
2. Misurare aspetti chiave processo low care, su dati rilevanti relativi a percorsi: gg degenza/tipo di dg e intervento/outliers
3. Analizzare dati per migliorare percorsi low care secondo nuovo modello organizzativo, identificando possibili “sprechi” attuali
4. Implementare modello organizzativo condiviso con DG
5. Controllare andamento low care, dopo effettiva realizzazione

Risultati. Low care è un'area di intensità di cura con

- – basso grado di attività clinica
- – alto grado di assistenza infermieristica

per assicurare continuità assistenziale/approccio interdisciplinare, ottenere massimo recupero possibile autonomia della persona, ridurre degenza media ottimizzando utilizzo pl x acuti, diminuire costo assistenza.

Criteri di ammissione: stabilità clinica (assenza problemi clinici attivi, programma terapeutico consolidato, finalizzato a gestione domiciliare), presenza di progetto definito post dimissione (ritorno a domicilio/ricovero in struttura), complessità assistenziale (possibilità di massimo recupero funzionale possibile con attivazione capacità residue funzionali/cognitive).

Caratteristiche area low care:

- 30 – 40 posti letto
- elevato turnover
- degenza media 15-20gg
- risorse adeguate x riabilitare
- fisioterapisti dedicati
- coinvolgimento Nucleo Operativo Continuità Cure
- procedura accesso condivisa
- documentazione clinica-assistenziale “lean”

Figure previste: medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, personale supporto, altro personale (psicologo, consulenti specialistici).

Ruolo medico referente: dedicato per gestione pz degenti low care. Modello organizzativo infermieristico: team nursing. Strumento per valutare pazienti: TRICO.

In conclusione l'area low care aziendale è stata attivata a giugno 2013 in un reparto ristrutturato di 32pl (Cure intermedie+Lungo degenza+Riabilitazione), con cartella clinica integrata medico-infermieristica, procedura accesso-dimissione formalizzata-diffusa. Realizzare la low care ha permesso di creare pl dedicabili alla terminalità, in gestione alle Cure palliative. Al momento la low care sembra la scelta più appropriata per gestire percorsi quali gestione pazienti con frattura di femore operata dopo 72 ore di degenza in ortopedia, gestione pazienti con amputazione di falangi arto inferiore in chirurgia vascolare dopo stabilizzazione clinica, evitando eccesso movimento, ottimizzando layout percorsi e impiego risorse umane, valorizzando competenze professionali pregiate. La valutazione dell'implementazione della low care avverrà a settembre p.v....e speriamo che da questa raccolta di dati di attività scaturisca un'ottima annata!

L'INTRODUZIONE DI NUOVE TECNOLOGIE ALL'INTERNO DI UN'ASR: L'ESPERIENZA SUI FARMACI DEL GRUPPO SIFO-ANMDO PIEMONTE

Messori Ioli G, Abrate P*, Azzolina MC**, Bianco M**, Boni M*, De Intiniis G**, Ferrosi M*, Fogliano MR*, Martinese M**, Rosano S*, Sacco R**, Scaldaferrì M*, Scarmozzino A**, Cattel F*, Ripa F****

* SIFO – Società Italiana di Farmacia Ospedaliera sez. Piemonte e Valle d'Aosta

** ANMDO – Associazione Nazionale Medici Direzione Ospedaliera sez. Piemonte e Valle d'Aosta

Parole chiave: HTA, farmaci.

Introduzione. Nell'ambito del progetto di Health Technology Assessment realizzato in Piemonte da SIFO e ANMDO, il gruppo di lavoro dedicato ai "farmaci" si sta occupando della redazione di una procedura condivisa per la valutazione di un medicinale ed il suo inserimento nel PTA.

Fin dai primi incontri è infatti già emersa una discreta disomogeneità organizzativa tra le Aziende dalle quali provengono i membri del gruppo; tale considerazione ha rafforzato l'opportunità di procedere nella direzione di una procedura condivisa, da proporre poi anche a livello regionale.

Materiali e metodi: uno degli obiettivi del lavoro è stato quello di procedere alla mappatura delle procedure aziendali inerenti la valutazione di un nuovo medicinale ed il suo inserimento nella pratica clinica; a tal fine è stato costruito un questionario composto da 14 domande, per poter confrontare le procedure in uso presso sette diverse aziende sanitarie. Sono stati inoltre raccolti e analizzati i singoli moduli per la richiesta di inserimento dei medicinali nel PTA.

Il questionario è stato redatto e quindi compilato da 5 AA.SS.LL. (TO3, TO4, TO5, CN1, BI) e da 2 AA.SS.OO. (Città della Salute di Torino e Maggiore della Carità di Novara), su un totale di 19 AA.SS.RR. piemontesi.

I punti di contatto delle diverse procedure riguardano in particolare:

- la presenza di un modulo specifico per la richiesta di inserimento del medicinale;
- la presenza di una segreteria scientifica, la valutazione finale delle evidenze da parte di una Commissione dedicata;
- l'inserimento di medicinali con specifiche restrizioni di utilizzo e la gestione dei medicinali non presenti in Prontuario regionale (elementi presenti nell'86% dei casi).

Gli aspetti che hanno dimostrato una maggior variabilità sono stati invece i seguenti:

- la frequenza di incontro della Commissione (da un minimo di 0 ad un massimo di 6 incontri/anno);
- la composizione della Commissione (tra le figure professionali coinvolte, solo il Direttore Sanitario, il Direttore della Farmacia ed il Farmacista risultano infatti sempre presenti);
- la possibilità di revisionare il PTA per eliminare prodotti obsoleti, codificata solo nel 42% dei casi;
- le voci e gli item del modulo di inserimento farmaci (sono infatti presenti nelle aziende moduli con gradi di complessità e completezza molto diversi tra loro).

Le criticità riguardano la redazione e la diffusione ai clinici di reportistiche, relativamente al contenuto delle valutazioni di HTA realizzate dalla Commissione.

Conclusioni. L'analisi delle risposte ottenute ha permesso di mettere in luce una certa omogeneità sugli aspetti di base dell'introduzione della nuova tecnologia "farmaco", ma anche una notevole disomogeneità inerente aspetti fondamentali e di contenuto per un corretto percorso di H.T.A.

Lo sviluppo del lavoro prevede nei prossimi mesi la messa a punto di una procedura condivisa, con un focus particolare sulla valutazione farmaco-economica: gli incontri già calendarizzati sono quelli del 18 settembre (lavoro di gruppo per la proposta della procedura finale) e del 6 dicembre (conclusione dei lavori: procedura conclusa e linee di indirizzo inerenti la valutazione farmaco-economica).

IL BPR (BUSINESS PROCESS REENGINEERING) COME STRUMENTO PER MIGLIORARE LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: LA GESTIONE DEL CATETERE VENOSO CENTRALE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI LECCO

Monti P. (Direttore Sanitario), Luzzaro F. (Direttore Microbiologia), Tentori C., Brambilla G. (Infermiere, CIO – Servizio Nutrizione), Bolis D., Leandri L., Mariani C., Ripamonti C. (Coordinatrici Aree Intensive)

Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco

Parole chiave: prevenzione infezioni, catetere venoso centrale, procedure

Introduzione. Dal 2009, semestralmente, sono state condotte presso l'A.O. di Lecco indagini puntiformi di prevalenza delle infezioni, che hanno permesso di evidenziare nel 2011 un aumento delle infezioni delle vie ematiche. A tale riguardo, va considerato che l'utilizzo dei cateteri intravascolari, pur essendo indispensabile nella pratica medica, è spesso collegato all'insorgenza di complicanze infettive. Il CIO ha ritenuto opportuno rivalutare le procedure inerenti il catetere venoso centrale (CVC) dando incarico ad un gruppo multidisciplinare di rivedere le indicazioni all'utilizzo, le modalità di inserimento e mantenimento in situ e, più in generale, gli aspetti organizzativi della gestione dei CVC.

Materiali e Metodi Sono stati costituiti 3 gruppi di lavoro che hanno trattato l'inserimento del CVC, la gestione del catetere short term e long term. In particolare, il gruppo di lavoro per la gestione dei cateteri short term (composto da infermieri delle aree intensive, del CIO e del Servizio di Nutrizione), dopo revisione della letteratura, ha rivisto i contenuti della procedura riguardanti la preparazione dell'operatore, il materiale usato per la medicazione del punto di emergenza cutanea del CVC, la tipologia di disinfettante, i sistemi di fissaggio, la frequenza e la modalità di sostituzione delle linee di infusione e dei connettori. Parallelamente sono state riviste le modalità organizzative: dove effettuare l'inserimento, gli operatori autorizzati all'esecuzione della manovra, gli standard di interventi/anno, la formazione, le modalità di invio della richiesta, i tempi di risposta in elezione e in urgenza. In questo processo di riorganizzazione si è ridotto il numero degli operatori coinvolti, in particolare nell'inserimento del CVC. La procedura, approvata dal CIO nel settembre 2012, è stata condivisa con gli operatori durante le riunioni di reparto. In Neuro-rianimazione la procedura è stata introdotta a partire da dicembre 2012. Le infezioni correlate all'uso del CVC sono state monitorate nei 4 mesi successivi e comparate a quelle riscontrate nei 4 mesi precedenti.

Risultati. Nel periodo dicembre 2012 – marzo 2013 sono state rilevate 5 infezioni correlate all'uso dei CVC, pari al 10.4% dei 48 CVC posizionati. Tale percentuale è risultata sensibilmente inferiore a quella riscontrata nel periodo precedente (agosto – novembre 2012), quando erano state rilevate 8 infezioni, pari al 25% dei 32 CVC posizionati nello stesso periodo.

Nonostante il limitato numero di casi osservato, la riduzione della percentuale di infezioni correlate all'uso dei CVC dopo l'introduzione della nuova procedura e le modifiche organizzative, indica un miglioramento nella gestione dei CVC short term ed evidenzia che il riesame complessivo dei processi, che rivede gli aspetti di appropriatezza, professionalità ed organizzazione, è la strada da percorrere per ottenere risultati anche nella riduzione delle infezioni correlate all'assistenza.

IL SAFETY WALK ROUND, STRUMENTO INNOVATIVO NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: ESPERIENZA APPLICATIVA IN DUE OSPEDALI ROMANI

Nasi G.^o, Gneo A.^{oo}, La Commare F.^{ooo}, Gilardi F.*^o, Mariani T.*^o, Ricciardi L.**^o

^o Direttore Sanitario Villa Betania, Presidio Ospedaliero Polo S. Spirito ASL Roma E – ^{oo} Direttore Sanitario Hospice Villa Speranza UCSC Roma – * Medico in formazione Istituto di Igiene Università di Roma Torvergata – ** Dirigente Medico SIS – Dipartimento di Prevenzione ASL Roma B

Parole chiave: safety walk round, risk assessment, gestione rischio clinico

Introduzione. Il Safety Walk Round (SWR) è una tecnica di risk assessment utilizzata per identificare situazioni di rischio clinico e vulnerabilità di sistema nella relativa gestione, permettendo di adottare le misure correttive mirate per aumentare la sicurezza dei pazienti e di incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori. Tale strumento è stato adottato in due ospedali romani ed applicato nelle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia Generale, Ortopedia e Medicina di entrambe le strutture.

Materiali e metodi. Il SWR si è svolto con visite ed interviste strutturate effettuate da rappresentanti dell'azienda che si occupano di gestione del rischio clinico per evidenziare criticità organizzative, previa formazione specifica. Il questionario sottoposto agli operatori sanitari è stato strutturato in 17 domande, di cui 12 sulla sicurezza dei pazienti in generale, 1 domanda a "cascata" specifica per ciascuna delle seguenti attività di prevenzione: cadute, servizio di sala operatoria, utilizzo farmaci, 1 sulla segnalazione degli eventi avversi o near miss o eventi sentinella, un'ultima domanda riguardante l'efficacia dell'intera intervista prevedendo consigli e suggerimenti utili al gruppo intervistatore. Ai pazienti sono state esposte 3 domande generali in tema di sicurezza delle cure. La scala decisionale per individuare le priorità di intervento è stata elaborata secondo la classificazione tassonomica dei fattori e sub-fattori contribuenti di Vincent.

Risultati. Le informazioni acquisite, ovvero le criticità evidenziate con il SWR sono state inserite in un database e classificate sulla base del modello di Vincent: 6 fattori causali principali (fattori organizzativi e gestionali, ambiente di lavoro, team, fattori individuali, compiti e processi, caratteristiche dei pazienti) esplicitati in 31 sub-fattori contribuenti totali. Tutti gli items del questionario sono stati vagliati secondo un elenco di 14 voci analitiche: carenza nella leadership e nell'organizzazione, carenza personale, mansione non adeguata alla tipologia di personale, mancata attribuzione di ruoli – dualismo nelle funzioni, mancanza di comunicazione con i pazienti, mancanza di lavoro in equipe e comunicazione fra operatori, ripercussioni in caso di errore, mancata comunicazione alla leadership per timore, carente formazione, non osservanza delle disposizioni, carenza strumentario – tecnologie, carenze strutturali, rischi nella terapia, rischi nell'assistenza, mancata disponibilità presidi, farmaci, emocomponenti. Il SWR ha, così, messo a disposizione informazioni fondamentali nella formulazione della mappatura stessa dei rischi nelle varie UU.OO. e nei relativi servizi assistenziali con particolare riferimento allo sviluppo dei processi organizzativi e della comunicazione in quanto sono state riscontrate rilevanti criticità a riguardo. Le interviste effettuate attraverso le passeggiate per la sicurezza dei pazienti, come da risultati attesi, hanno effettivamente raccolto le indicazioni sulle vulnerabilità del sistema che mettono a rischio gli assistiti e hanno portato ad individuare nello specifico delle UU.OO. gli ambiti di miglioramento. Su questa base è stato possibile trovare soluzioni e azioni migliorative da adottare ovvero misure preventive da implementare: trasformazione positiva della comunicazione a tutti i livelli e verifica della messa in opera effettiva delle Raccomandazioni Ministeriali e relative procedure e protocolli.

IVG: ASSISTENZA PUBBLICA ED IMPATTO SOCIO SANITARIO. L' ESPERIENZA DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO

Palladino R*, Lanzetta R**, Giordano V*, Granata A°, Savoia F*, Russo A*, Moretta S°, Papa M°, Guida A^, Papa R^^

* UOSD Pianificazione Ospedaliera – Settore SDO-DRG. ASL Napoli 1 Centro

** Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro

° Medici di Sanità Pubblica area ospedaliera

°° UOC Pianificazione e Programmazione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro

^ Direzione Sanitaria ASL Napoli 1 Centro

^^ UOC Tutela salute della donna ASL Napoli 1 Centro

Parole chiave: IVG; socio-assistenziale; equità.

Introduzione. La legge 194 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria di gravidanza” è stata approvata dal Parlamento italiano nel Maggio del 1978 ed i risultati del referendum abrogativo del 1981 hanno confermato la decisione del legislatore.

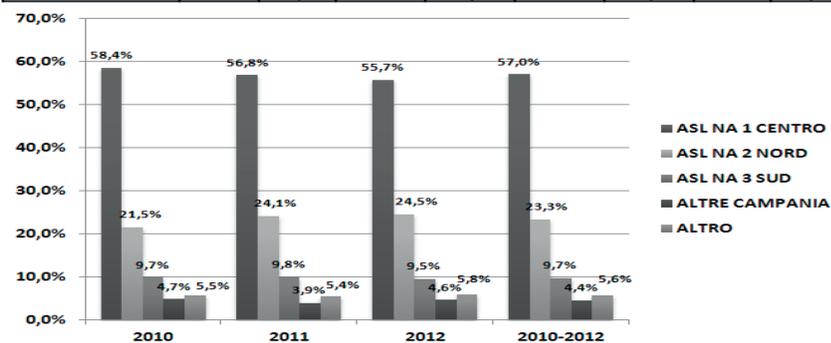
L’analisi epidemiologica del fenomeno delle IVG relative a: età, ASL di residenza, cittadinanza, Presidio Ospedaliero sede dell’intervento, tipo di intervento, rappresentano aspetti di notevole rilevanza socio sanitaria ed assistenziale.

Il modello dell’“empowerment” sia delle professionalità assistenziali che delle professionalità dedicate all’organizzazione diventa un momento chiave per garantire assistenza. Per l’ IVG è fondamentale definire un percorso assistenziale chiaro e condiviso a garanzia, per l’ utente, di trasparenza e presa in carico. È necessario considerare l’ IVG nella sua complessità e nel suo insieme e non come atto singolo. Si va dall’ orientamento, accoglienza e presa in carico al colloquio e certificazione; dalla prenotazione IVG alla procedura IVG presso il centro ospedaliero individuato; dalla prenotazione della consulenza consultoriale post IVG. Il tutto considerando per una valutazione reale indicatori di impatto socio assistenziale che rendano “leggibile” il fenomeno IVG e migliorabile l’ outcome sociale ed assistenziale che ad esso sottende.

Risultati. sono stati considerati i dati espressi in valore assoluto e percentuale del triennio 2010 – 2012 relativi alle IVG in centri pubblici della ASL Napoli 1 Centro. Specificamente sono stati considerati:

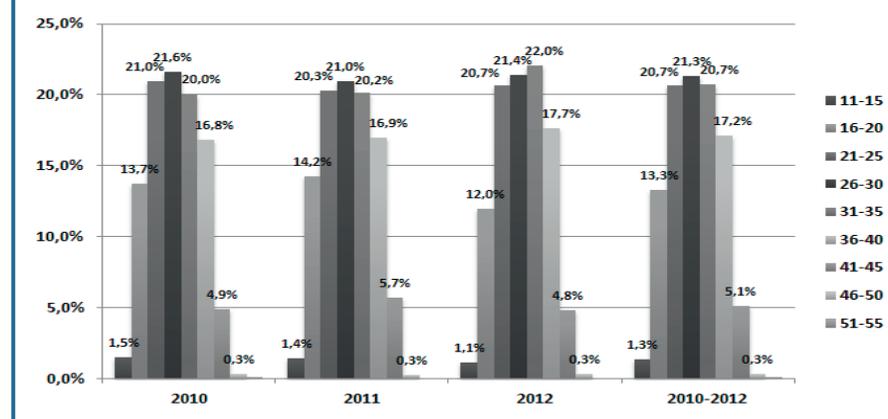
1. IVG per ASL di residenza

ASL di residenza	2010		2011		2012		2010-2012	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
ASL NA 1 CENTRO	1169	58,4%	1109	56,8%	1107	55,7%	3385	57,0%
ASL NA 2 NORD	431	21,5%	470	24,1%	486	24,5%	1387	23,3%
ASL NA 3 SUD	195	9,7%	192	9,8%	188	9,5%	575	9,7%
ALTRE CAMPANIA	95	4,7%	76	3,9%	91	4,6%	262	4,4%
ALTRO	111	5,5%	106	5,4%	115	5,8%	332	5,6%
TOTALE	2001	100,0%	1953	100,0%	1987	100,0%	5941	100,0%



2. IVG per età

Fasce d'età	2010		2011		2012		2010-2012	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
11-15	30	1,5%	28	1,4%	22	1,1%	80	1,3%
16-20	275	13,7%	278	14,2%	238	12,0%	791	13,3%
21-25	420	21,0%	396	20,3%	411	20,7%	1227	20,7%
26-30	433	21,6%	410	21,0%	425	21,4%	1268	21,3%
31-35	400	20,0%	394	20,2%	438	22,0%	1232	20,7%
36-40	337	16,8%	331	16,9%	351	17,7%	1019	17,2%
41-45	98	4,9%	111	5,7%	96	4,8%	305	5,1%
46-50	7	0,3%	5	0,3%	6	0,3%	18	0,3%
51-55	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Totale	2001	100,0%	1953	100,0%	1987	100,0%	5941	100,0%



3. IVG per nazionalità.

Il trend 2010-2012 non evidenzia sensibili variazioni, infatti, circa l'85% delle pazienti è italiana, mentre il 15% è rappresentato da straniere. Tra le donne straniere le nazionalità maggiormente rappresentate sono: Romania 3,2%, Ucraina 2,7% e Sri Lanka 1,8%.

Conclusioni. L' IVG è una procedura assistenziale complessa a forti ricadute sociali. I dati esprimono la rilevanza del fenomeno, l' importanza della possibilità di erogare in strutture pubbliche che diano garanzie di equità e di ritorno al consultorio tale bisogno assistenziale. Il futuro dovrebbe tendere a: Collegare in rete i consultori con i Centri IVG; Definire i criteri di priorità per l'inserimento in lista di bisogni assistenziali improcrastinabili per l' impatto psicologico sulla donna con implicazioni concernenti l'etica, l'equità il diritto all' accesso prioritario per situazioni estreme quali: atti di violenza a sfondo sessuale; IVG su Minore; Grave patologia materna; Grave disagio sociale (tossicodipendenze, patologie psichiatriche gravi).

L'ACQUISIZIONE DI DISPOSITIVI MEDICI PRESSO L'AOU OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA: IMPIEGO E VALUTAZIONE DEL MINI HTA

Papa R*, Illuminati D#, Cola V**, Molinari V**, Sebastiani M*, Incicchitti L*, Polenta L*, Luzi F*, Martini C*, Tocchini M***, Serafini G*

AOU Ospedali Riuniti Ancona: *Direzione Medica Ospedaliera; **SOD Farmacia; ***Laboratorio Analisi, # Scuola di Spec. in Igiene e Med. Preventiva. L'autore Sottolineato è colui che presenterà il lavoro

Parole chiave: EBM, HTA,

Introduzione. L'Health Technology Assessment (HTA) è caratterizzato da un approccio multidisciplinare relativo alla valutazione sistematica delle conseguenze di una tecnologia sulla salute. Inoltre ha il compito di facilitare le scelte a livello strategico ed operativo attraverso una metodologia "evidence based". L'HTA offre quindi una eccellente opportunità per migliorare l'appropriatezza nell'applicazione delle tecnologie sanitarie.

Nel 2005, il National Board of Health Danese (tramite il Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment – DACEHTA) ha pubblicato il testo "Introduction to Mini-HTA" raccomandando l'uso di un questionario capace di interpretare la filosofia dell'HTA nell'applicazione delle procedure di acquisizione di dispositivi medici. Il questionario, definito mini HTA, conteneva domande su: aspetti tecnologici, paziente, organizzazione e aspetti finanziari. Questo strumento, capace di offrire un supporto valido e relativamente veloce alle scelte del management ospedaliero sull'acquisizione di dispositivi medici, farmaci e altri interventi sanitari, dal 2006 è stato usato in tutto il mondo al punto da essere incorporato nella "cassetta degli attrezzi" dell'International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). L'obiettivo di questo studio è quello di valutare la qualità di questo strumento impiegato sistematicamente presso gli Ospedali Riuniti di Ancona dal 1° gennaio 2013 in termini di qualità e di efficacia.

Materiali e metodi. La qualità dei mini HTA prodotti è stata valutata servendosi della checklist dell'INAHTA per i report di HTA. I dati prodotti sono relativi alla revisione della qualità di sedici schede di mini-HTA prodotte dagli Ospedali Riuniti di Ancona nel 2013.

Risultati. In generale i mini-HTA studiati sono risultati completi nel settore dedicato alla descrizione della tecnologia valutata e del loro comparatore (92%) insieme alle informazioni sugli studi clinici a sostegno della richiesta (54%). Invece per quanto riguarda i dettagli sulla selezione e interpretazione della letteratura clinica e la gestione del rischio clinico, questi sono stati spesso scarsamente rappresentati. Solo il 38 % dei mini-HTA ha prodotto la lista completa delle referenze reperite per la stima delle dimensioni degli effetti clinici. Il livello di evidenza relativo agli esiti clinici e agli aspetti economici è generalmente basso. Soltanto nell'8% per cento dei casi è descritta una stima dei costi e delle conseguenze etiche. In conclusione, anche se i risultati dell'analisi mostrano che la qualità delle informazioni contenute nei mini-HTA in alcuni settori è migliorabile, appare evidente il valore del mini-HTA nel promuovere un processo culturale mirato a selezionare le tecnologie "evidence based" incrementando al tempo stesso la tempestività e l'indiscutibile vantaggio di un uso limitato delle risorse.

CONTROLLO DI GESTIONE DELLE AZIENDE SANITARIE: UTILIZZO DELLA SIMULAZIONE AD EVENTI DISCRETI (DES)

A.Pepino¹, E.Esposito², D.Baldi³, R.Lanzetta⁴, F.Cito⁵, E.Grasso⁶, V.Giordano⁴, A.diMajo⁷, G.Schettini⁷, A.Torri¹, M.Bucarelli¹, M.Papa⁷

¹Università degli Studi di Napoli Federico II, Dipartimento di Ingegneria Elettronica e Tecnologie dell'Informazione, D.I.E.T.I. - ²A.S.L.NA 1 Centro, Direzione Generale - ³A.S.L.NA 1 Centro, Direzione Amministrativa Aziendale - ⁴A.S.L.NA 1 Centro, Dipartimento Assistenza Ospedaliera - ⁵A.S.L.NA 1 Centro, Direzione Sanitaria P.O. San Paolo - ⁶A.S.L.NA 1 Centro, U.O.C. Medicina Generale P.O. San Paolo - ⁷A.S.L.NA 1 Centro, U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale

Key-words: Simulazione, Controllo di gestione, Sistemi Informativi Sanitari

Introduzione. Gli amministratori delle Strutture Sanitarie, per perseguire gli obiettivi di gestione, necessitano di sistemi di controllo che permettano di trovare la soluzione gestionale più idonea in funzione degli obiettivi definiti in sede di pianificazione aziendale.

I Sistemi Informativi Sanitari utilizzati ad oggi descrivono i processi attraverso la memorizzazione dei dati e non tengono in conto le informazioni relative ai flussi ed alle risorse umane.

Il presente lavoro intende proporre un approccio basato sull'impiego di un modello di simulazione ad eventi discreti (DES) che, sulla base dei dati storici e attraverso interviste, sia in grado di riprodurre in modo accettabile il funzionamento della unità operativa al fine di fornire degli indicatori real-time del processo.

Materiali e Metodi L'Ospedale San Paolo è un P.O. dell'A.S.L. NA 1 Centro ed è dotato di circa 190 posti letto. L'U.O.C. di Medicina Generale (M.G.), ricovera pazienti in regime ordinario con 24 posti letto ed in regime di Day Hospital con 4 posti letti.

Per definire la struttura del modello ci si è basati sui dati storici presenti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Successivamente, attraverso le interviste al personale, sono state reperite ulteriori informazioni sulla quantità e tipologia di risorse umane, impiegate nei vari blocchi funzionali. Tutte queste informazioni confluiscono nel modello di simulazione di Fig.1.

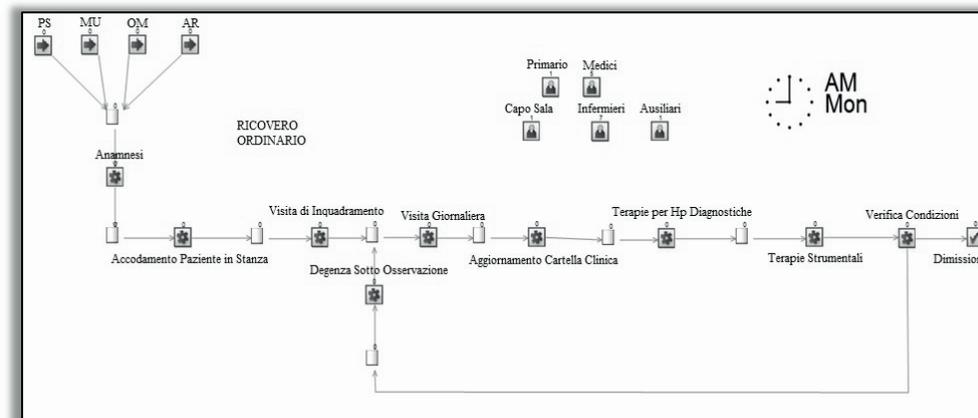


Figura 1. Flusso del reparto

Il modello permette di misurare ad es. il tempo di esecuzione delle varie attività, i tempi di attesa tra una attività e l'altra, la percentuale di utilizzo del personale e i costi associati ad ogni singolo paziente. Una volta definita la architettura del modello, occorre effettuarne la validazione attraverso il confronto di indici noti del sistema reale e i corrispondenti rilevati attraverso il modello; da questo confronto è emerso che il flusso realizzato consente un suo utilizzo per esaminare alcuni aspetti gestionali come il costo del sin-

golo ricovero. Il modello è stato quindi adoperato per analizzare i costi associati al singolo paziente che sono stati confrontati con il corrispondente DRG per quel paziente; i risultati dell'analisi sono presentati nel grafico sottostante:

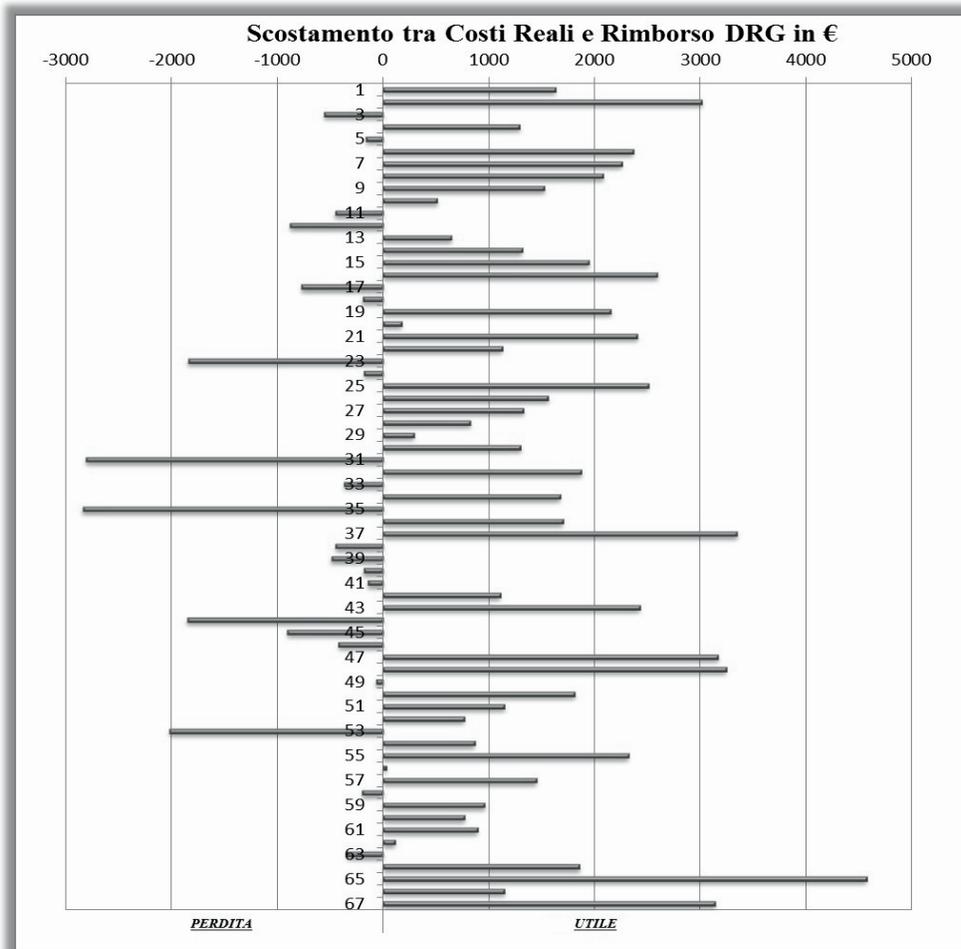


Grafico 1. Differenza Costi-Rimborsi per singolo paziente

Risultati. L'esperienza fatta richiede naturalmente ulteriori approfondimenti e non rappresenta la soluzione ottimale per il controllo di gestione. Tuttavia, in assenza dei dati necessari alla corretta misurazione dei processi in esecuzione all'interno del reparto, un modello di simulazione consente di avere almeno un preliminare riferimento gestionale con una stima delle informazioni sui flussi operativi.

OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE: INNOVAZIONE GESTIONALE NELL' AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Pioppo M.*, Orlandi W.**, Ceccarini E., Bazzucchi G., Beacci M., Zucconi M., Freddio S., Cambiotti D., Zucchini C., Duranti L., Torroni D.*

*Direttore DMO Azienda Ospedaliera Perugia; ** Direttore Generale Azienda Ospedaliera Perugia; ° P.O Dipartimento delle Professioni Sanitarie Azienda Ospedaliera Perugia

Key Words: infermiere, ottimizzazione, crisi

Introduzione. La difficile congiuntura che l'economia italiana e internazionale sta affrontando in questo periodo rende necessario per le aziende sanitarie avviare processi di razionalizzazione interna indispensabili al mantenimento della sostenibilità del Sistema Sanitario. A tal fine nell'Azienda Ospedaliera di Perugia è stato avviato un progetto sperimentale della durata di 4 mesi (dal 01/06/2013 al 31/09/2013) che prevede l'ottimizzazione delle risorse del Comparto Sanità e nello specifico la figura professionale dell'Infermiere. L'obiettivo del progetto era quello di garantire la fruizione delle ferie estive e dei turni di riposo con minor ricorso alla richiesta di prestazioni aggiuntive attraverso l'unificazione degli infermieri afferenti agli ambulatori con quelli delle strutture con degenza.

Materiali e Metodi Il lavoro è iniziato con una riunione plenaria in cui è stato discusso e deciso il metodo; i coordinatori infermieristici delle attività ambulatoriali-day hospital e servizi hanno descritto in maniera sintetica il tipo di attività svolta, gli orari di lavoro, il personale assegnato ai rispettivi centri di costo.

Risultati. I dati forniti sono stati analizzati dal gruppo di lavoro:

- il numero totale di infermieri assegnati alle attività sopra descritte è in totale di 242 unità di cui 49 risultano idonei con prescrizione e 193 sono idonei senza alcuna prescrizione;
- il personale assegnato a tali attività è assunto a tempo indeterminato ad eccezione di 2 unità con contratto a termine;
- l'età media del personale assegnato è di 51 anni (ds ± 7.2)

È stata disposta la riorganizzazione di una turnistica unica del personale per Centro di Responsabilità, pur mantenendo autonomia organizzativa dei Centri di Costo, che ha consentito agli infermieri impegnati di aumentare le loro competenze consentendo una maggiore interscambiabilità e rotazione del personale. Il primo risultato ottenuto nei 3 mesi di sperimentazione è stato il recupero di 8.578 ore di lavoro che corrisponde a 18.3 unità equivalenti (infermieri, OSS, ostetriche).

Il secondo obiettivo raggiunto è di ordine economico: durante il periodo estivo, per garantire il diritto alla fruizione delle ferie estive del personale del comparto, la Direzione Aziendale, in accordo con il Dirigente del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, conferisce allo stesso una risorsa economica per le prestazioni aggiuntive fuori orario di servizio. Tali risorse nell'anno 2012 ammontavano a circa 400 mila euro che hanno coperto un periodo temporale di 46 giorni. Nell'anno 2013, grazie al progetto di riorganizzazione, avendo assegnati 340 mila euro, sono stati coperti, 49 giorni con l'utilizzo del 50% delle risorse (dato aggiornato a fine agosto).

L'applicazione di modelli innovativi "lean organization", ha prodotto, oltre che un risparmio economico, il coinvolgimento attivo del personale, con aumento del senso di responsabilità ed appartenenza, con la diffusione di una proposta organizzativa di tipo "bottom up".

In condizioni di crisi economica tutte le attività, oltre che con la riduzione degli investimenti (tagli), possono essere sostenute ottenendo migliori risultati dalle risorse investite, previa identificazione e riduzione degli sprechi. Secondo il principio di giustizia distributiva l'etica del razionamento appartiene alla politica, ma quella della riduzione degli sprechi e dell'ottimizzazione delle risorse è indissolubilmente legata alla professionalità degli operatori.

LA RIORGANIZZAZIONE PER IL TRASFERIMENTO: L'ESPERIENZA DELLA ASL 2 LUCCA

Polimeni J.¹; Coccioli S.²; Natucci L.³; Dinelli F.⁴

¹ Direttore Sanitario ASL 2 Lucca; ² Direttore Sanitario PO Lucca; ³ Responsabile Assistenza Infermieristica Ospedaliera PO Lucca; ⁴ Dirigente Medico Direzione sanitaria PO Lucca

Parole chiave: polispecialistico, trasferimento, riorganizzazione

Introduzione. Il Campo di Marte di Lucca è il maggiore dei due Presidi Ospedalieri della ASL 2 ed è un ospedale a padiglioni con circa 370 posti letto.

A febbraio 2014 sarà inaugurato a Lucca il nuovo Ospedale cittadino (NH) S. Luca, monoblocco che fa parte del progetto H4 (apertura dei 4 nuovi Ospedali Toscani con Pistoia, Prato, Massa-Carrara). Il NH, per struttura, tecnologia, organizzazione e funzione è pensato e progettato per casi acuti e complessi, secondo il modello per intensità di cura, e per offrire risposte personalizzate ai diversi bisogni assistenziali. Poiché l'organizzazione Campo di Marte non rispondeva né organizzativamente né logisticamente al modello del NH, dal settembre 2012 è iniziata la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, propedeutica al trasferimento per evitare che il passaggio al nuovo ospedale rappresentasse sia un cambiamento contestuale sia logistico che delle modalità di lavoro per intensità di cure.

Materiale e Metodi Secondo le indicazioni della regione Toscana, sia legislative che di indirizzo attraverso il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, è iniziata la riorganizzazione delle aree di degenza dei Dipartimenti Chirurgico, Medico e Oncologico. In due fasi successive, prima l'area chirurgica e poi quella medica è iniziata la riorganizzazione attraverso la creazione di setting polispecialistici e modulati per intensità di cure. La degenza chirurgica è stata innanzitutto distinta in urgenza ed elezione e all'interno dell'elezione, a seconda della durata post-intervento prevista, sono stati creati setting di degenza ordinaria, week surgery e day surgery. Le degenze Mediche e Oncologiche sono state ricondotte da tre diversi padiglioni ad un unico padiglione, in setting polispecialistici, mantenendo solo la specificità della stroke unit. È inoltre in corso la creazione della Medicina d'urgenza, attualmente non presente, e che invece è già prevista nel NH. La riorganizzazione permette di sperimentare nonché consolidare il modello per intensità di cure attraverso l'integrazione professionale. Le degenze polispecialistiche hanno permesso di ottimizzare il numero di letti totali, aumentare il tasso di occupazione e rendere più flessibile l'assegnazione professionale, anche grazie a cellule assistenziali infermieristiche non dedicate ad ogni singola specialistica.

Risultati. La riorganizzazione, permette il trasferimento al NH con un modello organizzativo, per intensità di cure, consolidato e le cui criticità possono essere preventivamente corrette. La collaborazione dei professionisti al cambiamento e la loro vera integrazione unite al forte mandato aziendale sono stati gli elementi che hanno reso possibile il cambiamento messo in atto. Le difficoltà logistiche incontrate attualmente, dovute alle caratteristiche strutturali dell'attuale ospedale, saranno superate al NH dove saranno presenti piattaforme uniche di degenza, sia medica che chirurgica.

VALIDAZIONE ED INTRODUZIONE DI UN NUOVO STRUMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA.

Poscia A.*, Tucceri C.**; Collamati A.***, Fiore A.°, De Belvis A.G.°, Ricciardi W.°, Cambieri A.°, Volpe M.°§

* Specializzando Istituto di Sanità Pubblica, Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma – ** Infermiere Direzione Sanitaria, Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma – *** Specializzando Dipartimento di Geriatria Neuroscienze ed Ortopedia, Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma – ° Responsabile U.O. Qualità e accreditamento, Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma – °° Direttore U.O.C. Programma governo clinico e Percorsi clinico-assistenziali di Roma, Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma – °°° Direttore Dipartimento per l'Assistenza Sanitaria di Sanità Pubblica, Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma – § Direttore Sanitario, Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma – §§ Dirigente Medico di Direzione Sanitaria, Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma

Parole Chiave: Valutazione, Qualità, Documentazione Sanitaria,

Introduzione. Una cartella clinica completamente e correttamente compilata, oltre a costituire un diritto fondamentale del paziente ed un punto di riferimento ai fini medico-legali, rappresenta sempre di più uno standard essenziale per garantire un processo di cura efficiente ed integrato. Un processo di valutazione trasparente della documentazione sanitaria, anche quando non esplicitamente richiesto dalla normativa, dovrebbe caratterizzare tutte quelle strutture assistenziali che puntano all'eccellenza. Questo lavoro presenta il processo interno di realizzazione ed introduzione di una scheda di valutazione della qualità in un policlinico universitario.

Materiali e Metodi Un team costituito da 3 persone, identificate e formate ad hoc dalla Direzione Sanitaria, ha effettuato tra gennaio e marzo 2012 una ricerca di letteratura scientifica e grigia per identificare gli item essenziali di una scheda per la valutazione di qualità della documentazione sanitaria. I 48 item identificati sono stati testati su un campione di 2400 cartelle cliniche, rappresentativo dei ricoveri ordinari e di DH effettuati tra Giugno 2012 e Febbraio 2013 da tutte le Unità Complesse del Policlinico. La valutazione di qualità è stata oggetto di audit dipartimentali a piccoli gruppi (2 incontri per gruppo) al fine di condividere la metodologia ed i risultati, implementando strategie di miglioramento. Due valutatori hanno ripetuto l'analisi su un campione di 100 cartelle; il test di Chronback e Concord's LIN sono stati utilizzati per valutare, rispettivamente, la ripetibilità intra ed inter osservatore. Il confronto con uno standard nazionale (Manuale della Cartella Clinica 2ed – Regione Lombardia) è stato effettuato attraverso il test di Bland-Altman. L'analisi statistica, effettuata mediante IC STATA 12 per MAC, è stata considerata significativa se $p < 0.05$.

Risultati. La scheda di valutazione integra i 26 items della scheda in uso in Regione Lombardia al fine di verificare anche la qualità delle aree relative alla Scheda Unica di Terapia, alla rilevazione del dolore, al consenso informato (chirurgico, anestesiológico ed alla trasfusione) ed alla check-list trasfusionale. 23/48 items sono valutati in tutte le cartelle cliniche, mentre 25 solo in caso di somministrazione di terapia, intervento chirurgico o trasfusione/anestesia. I risultati dell'analisi di ripetibilità hanno mostrato un agreement intra-osservatore ottimo (> 0.95) e inter-osservatore buono (Lin > 0.90). Tali risultati dimostrano come la scelta di utilizzare una scala con domande sì/no garantisca un'alta ripetibilità e oggettività alla valutazione. Inoltre l'analisi di Bland-Altman ha mostrato un'ottima concordanza con la scheda a 26 items, sia considerando il punteggio relativo alla singola cartella (differenza media: 0.041 [CI 0.038-0.045]), che quello complessivo delle varie UOC analizzate (0.048 [0.029-0.067]). Sono stati condotti 34 audit, interagendo con oltre 480 professionisti (personale medico ed infermieristico). I clinici coinvolti hanno manifestato un giudizio positivo nei confronti della valutazione, considerandola ripetibile, e condividendo con la direzione la necessità di migliorare, anche nell'ottica di una maggiore accountability e trasparenza. La scheda proposta rappresenta un valido strumento per la misurazione della qualità minima della documentazione sanitaria e l'audit si è mostrato un'efficace metodologia per la sua introduzione, garantendone l'accettabilità tra il personale e creando quindi la base per un rapido e quantificabile miglioramento. Autore che presenterà il lavoro in caso di accettazione: Andrea Poscia

GLI INCIDENTI NASCOSTI: PERCUTANEE E MUCOCUTANEE IN OSPEDALE E LORO RIDUZIONE IN PIEMONTE.

Sacco R.*, Ceruti M.***, Campobasso M.***, Gentile N.***, Argentero P.A.***

* Direttore OORR Pinerolo (Torino), ** Specialità Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino,

*** Ici e Responsabile Unità Prevenzione Infezioni Ambiente Sanitario ASLTO3 Piemonte.

Parole chiave: Emotrasmesse, incidenti, operatori sanitari.

Introduzione. La sorveglianza delle esposizioni percutanee e mucocutanee negli ospedali pubblici del Piemonte mostra un calo dei tassi di esposizione percutanea (da 5,2/100 operatori del 1999/2002 a 3/100 operatori del 2010), ma non delle esposizioni mucocutanee facendo pensare ad un dato reale, non imputabile alla crescita della sottonotifica. Nell'ospedale di Rivoli (250 pl) i tassi hanno una tendenza simile: da 7,2 per 100 operatori (1999-2002) a 4,4 per 100 operatori (2010). Per valutare un possibile incremento della sottonotifica delle esposizioni (ben documentato in letteratura con livelli dal 24% al 64%) è stata condotta una indagine presso l'ospedale citato, che nel 2003 aveva evidenziato una sottonotifica del 35% delle esposizioni percutanee e del 42% delle mucocutanee.

Materiali e Metodi. Coinvolte tutte le Unità dell'ospedale (marzo 2013) ma elaborati i dati solo delle strutture con le risposte di almeno il 90% dei dipendenti (40% del totale: reparti di dialisi, cardiologia, chirurgia generale, medicina generale, ORL, urologia, gastroenterologia, psichiatria). Il questionario anonimo somministrato a medici, infermieri, operatori sanitari, ausiliari, indagava gli incidenti dell'ultimo anno, le denunce eseguite, le motivazioni per la non denuncia, lo stato sierologico conosciuto o no della fonte.

Risultati. Interessati 254 operatori con 230 questionari compilati. Le esposizioni percutanee riferite sono state 27, quelle denunciate 16, con un tasso di sottonotifica del 40,8 % (medici del 61,5%, infermieri del 25%, OSS e tecnici dello 0 %). Le esposizioni mucocutanee riferite sono state 35, le denunciate 4 con un tasso di sottonotifica dell'88,6% (medici:100%; infermieri:90%; OSS e tecnici:75%). Le motivazioni per la mancata denuncia sono risultate assenti nel 20% dei casi (1 caso su 5) per le percutanee e nel 27% dei casi (4 casi su 15) nelle mucocutanee. Nei casi descritti tra le percutanee prevale la presenza di un ago pulito, la limitatezza della lesione, la rapida disinfezione, la volontà di non indagare l'evento per paura. Per le mucocutanee, nella maggioranza dei casi l'interessamento della cute integra (5) e la mancanza di tempo per effettuare la denuncia (5) quindi la presenza di un paziente ritenuto non infetto (3), l'uso di misure di decontaminazione (1) la paura dei controlli (1). La conoscenza dello stato sierologico del paziente fonte è presente nel 26,7% casi in cui fu fatta la denuncia e nel 50% dei casi in cui la denuncia non fu fatta. L'entità della sottonotifica per le percutanee, nella sede studiata, ha subito poche modifiche rispetto al 2003 (35% rispetto al 41%) mentre è cresciuta la sottonotifica per le mucocutanee (dal 41% all' 88,6%). Conclusioni. La sottonotifica delle esposizioni è un problema rilevante che interessa in misura decrescente medici, infermieri e altri operatori. Tra le motivazioni, è da notare, in particolare per i medici, la mancata percezione del rischio. La riduzione delle denunce di esposizione percutanee non pare associata, sulla base del limitato campione osservato, ad una crescita della sottonotifica. Si può ipotizzare una effettiva riduzione delle esposizioni per cutanee, tuttavia con necessità di conferma. Non vi è associazione tra mancata denuncia e stato sierologico conosciuto del paziente fonte. Si può proporre una razionalizzazione dei percorsi di denuncia e formazione riguardo l'opportunità della segnalazione.

VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI UN MODELLO DI GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA CHIRURGICHE

M. Sebastiani, D. Illuminati*, M. Morosetti, S. Campofiloni, S. Giacchetti, MC. Spina, M.B. Benedetti, R. Papa, C. Martini, F. Luzi, L. Incicchitti, L. Polenta, G. Serafini.

Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona. *Scuola di Spec. in Igiene e Medicina Preventiva della UNIVPM, Ancona. L'autore sottolineato è colui che presenterà il lavoro.

Parole chiave: liste d'attesa, intervento chirurgico, programmazione.

Introduzione. Gli Ospedali Riuniti di Ancona sono l'unica Azienda Ospedaliera (AO) delle Marche dotata di un DEA di II livello e di numerose eccellenze chirurgiche. In un'ottica di rete ospedaliera regionale è necessario delocalizzare l'attività meno complessa e meno urgente da tale AO agli altri presidi regionali capaci di erogarla, liberando così risorse per ridurre i tempi di attesa della chirurgia complessa (classi di priorità A e B). Per tale motivo nel 2011 è iniziata la sperimentazione di un modello di gestione delle liste di attesa chirurgiche. Obiettivo del testo è valutare in termini di efficacia, accuratezza e trasparenza, i risultati del progetto a due anni dalla sua attivazione attraverso gli indicatori di performance descritti in tabella 1

Tabella 1

dimensione valutata	indicatore di performance
efficacia	percentuale di interventi in classe di priorità A e B eseguiti entro i termini temporali stabiliti dalla conferenza stato regione del 11 luglio 2002
trasparenza	numero di pazienti inseriti nella lista d'attesa informatizzata aziendale sul totale degli operati
appropriatezza	interventi prenotati per cui è presente una classe di priorità verificata sul totale degli operati
appropriatezza organizzativa	individuazione di interventi in classe C e D delocalizzabili in presidi ospedalieri con attività chirurgica meno complessa

Materiali e metodi. Il progetto è basato sui seguenti punti:

- individuazione ed utilizzo di criteri clinici "evidence based" per l'assegnazione dell'appropriata classe di priorità
- distribuzione delle sedute operatorie sulla base di un algoritmo matematico che consideri per ogni SOD chirurgica: numero di casi inseriti in lista in classe A e B, tempi medi di esecuzione di tali interventi, tempo assorbito dalle urgenze in seduta ordinaria, percentuale di pazienti inseriti nella lista d'attesa informatizzata
- verifica, per ogni intervento inserito in lista, della correttezza della classe di priorità
- redistribuzione a cadenza trimestrale delle sedute operatorie per rendere l'offerta flessibile alle variazioni della domanda
- verifica periodica degli esiti

Risultati. In tabella 2 sono riportati i risultati del progetto a due anni dall'attivazione

Il sistema, correlando la prenotazione in lista d'attesa dei pazienti alla possibilità di ricevere spazi operatori, ha ottimizzato la trasparenza (95% dei pazienti operati in elezione presenti in lista d'attesa informatizzata). L'algoritmo utilizzato si è dimostrato efficace nel redistribuire le risorse aziendali per l'esecuzione di interventi in classe di priorità A e B in luogo di quelli in classe C e D, in parte già delocalizzati. L'efficacia gestionale, la trasparenza e la capacità di individuare volumi e classi di priorità degli interventi in maniera standardizzata per tutte le specialità chirurgiche, rendono il modello così progettato un valido strumento per programmare l'attività chirurgica in maniera funzionale ad una moderna rete ospedaliera regionale.

Tabella 2

dimensione valutata	indicatore di performance		anno 2010	anno 2012
efficacia	interventi A e B eseguiti entro i termini temporali stabiliti dalla conferenza stato regione del 11 luglio 2002	classe A	68,4%	74,9% (+6,5%)*
		classe B	55,4%	59,9% (+4,5%)*
		classe C	73,0%	67,9% (-5,1%)*
		classe D	77,3%	63,4% (-9,4%)*
trasparenza	numero di pazienti inseriti nella lista d'attesa informatizzata aziendale sul totale degli operati		65,7%	95% (+29,3%)*
appropriatezza	interventi prenotati per cui è presente una classe di priorità verificata sul totale degli operati		65%	100% (+35%)*
appropriatezza organizzativa	individuazione di interventi in classe C e D delocalizzabili in presidi ospedalieri con attività chirurgica meno complessa		N.A.	individuati e delocalizzati in luglio 2013 interventi chirurgici in classe di priorità C e D

* $p < 0.005$, analisi statistica: chi-quadro

STUDIO PILOTA PER LA VALUTAZIONE E L'ADATTAMENTO DEL HENDRICH II FALL RISK MODEL NEL IRCCS POLICLINICO SAN DONATO (PSD)

Villa V.*, Cuppone M.T.*, Castaldo F.*, Ramondetti F.*, Cristiano M.°, Boccasile L.°, De Candia D.°, Chierico M.C.°, Gallo G.†, Carpinelli L.*

* Medico Direzione Sanitaria PSD; ° Infermiere PSD; † Responsabile Qualità PSD.

Autore presentante il lavoro: Villa V.

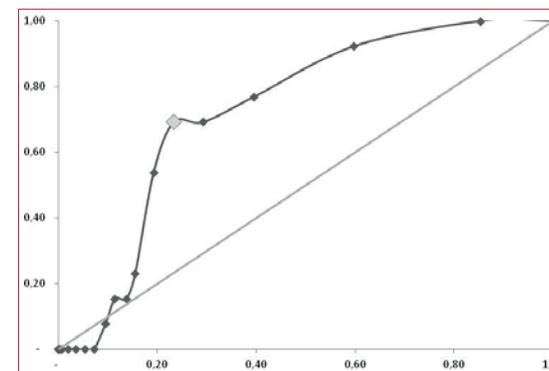
Parole chiave: Risk management, cadute, modello di Hendrich II

Introduzione. Le cadute dei degenti e i danni conseguenti impattano in modo significativo sugli outcome ospedalieri, sull'indipendenza funzionale del paziente, sulla spesa sanitaria e sulle ricadute in termini di contenziosi per le aziende ospedaliere, soprattutto all'interno delle fasce di popolazione più anziane e fragili. Quindi si rende utile la ricerca e la validazione di strumenti che possano stratificare il rischio permettendo l'implementazione di strategie mirate al contenimento delle cadute.

Obiettivo di questo studio pilota è adattare e studiare la validità predittiva del Hendrich II Fall Risk Model (HIIIFRM) nelle unità operative a maggior rischio di caduta.

Materiali e Metodi Lo studio prospettico, condotto dalla Direzione Sanitaria dell'ospedale in collaborazione con i dirigenti ed il personale infermieristico dei reparti a maggior rischio di caduta negli anni precedenti dell'IRCCS Policlinico San Donato (PSD): Medicina, Oncologia, Pneumologia, Neurologia, Ortopedia, Urologia, Chirurgia Vascolare e Chirurgia Plastica. Per ogni paziente ricoverato (indipendentemente da sesso ed età) è stata compilata la scheda di valutazione del rischio (HIIIFRM) ad inizio degenza. In base alle caratteristiche della popolazione del nostro ospedale si è modificata la scala aggiungendo agli item anche quello relativo all'utilizzo di farmaci antipertensivi come eventuale fattore di rischio aggiuntivo. Il periodo in esame va dal 1 Luglio 2013 all'8 Settembre 2013. I pazienti sono stati classificati in base allo score derivante dalla HIIIFRM e divisi come a rischio e non a rischio in base al cutoff originario della scala (score 5) confermato sul nostro campione dalla curva ROC ridisegnata.

Risultati Lo studio ha arruolato 741 pazienti (65% dei ricoverati nel periodo e nelle unità operative in studio). Di questi 179 sono stati valutati a rischio (24,2 %) e 562 non a rischio. Tra coloro a rischio durante il periodo di degenza sono caduti 9 pazienti (5 %); le cadute tra i non a rischio sono state 4 (0,7 %). Il rischio relativo (RR) di caduta per i pazienti a rischio è 7,1; l'intervallo di confidenza al 95% del RR è: 2,3-22,0. La valutazione della curva ROC per la scala HIIIFRM è stata ricalcolata:



Il livello di cutoff di 5 è in grado di ottimizzare l'identificazione dei pazienti a rischio aumentato (Se 69%, Sp 77%). In conclusione la HIIIFRM è uno strumento valido per stratificare i pazienti a rischio di caduta durante la degenza presso reparti per acuti.

PREVALENZA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE IN PUGLIA: OTTO ANNI DI MONITORAGGIO

G. Villone¹, C. Sponzilli², M.T. Balducci³, P. Pagone, A. Battista⁴

¹ Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di

Foggia – ² Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" –

³ Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, consulente Osservatorio Epidemiologico Regionale, Regione

Puglia, Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di

Foggia – ⁴ Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia

A partire dal 2004 è stata realizzata in Puglia, negli ospedali pubblici ed equiparati, un'indagine di prevalenza delle infezioni ospedaliere secondo protocollo condiviso riportante istruzioni operative e criteri di inclusione ed esclusione. I dati su ospedale, unità operativa, paziente, fattori di rischio, antibiotici, microbiologia, sono stati raccolti su una scheda, quindi inseriti su foglio di lavoro elettronico, infine elaborati con analisi statistica.

Sono stati effettuati confronti con indagini di prevalenza condotte con metodologia simile su scala regionale, nazionale, europea.

Sono stati complessivamente reclutati, nelle nove rilevazioni del periodo 2004-2011, 42.433 degenti (massimo 6209 nel 2004, minimo 3038 nel 2009).

L'andamento complessivo della prevalenza di infezioni ospedaliere ha il suo minimo del 5,4% nel 2005 e il suo massimo del 7,6% nel 2009, con mediana 6%.

Il lavoro ha esaminato la distribuzione delle infezioni ospedaliere per area di degenza evidenziando una criticità nella frequenza di infezioni nell'Area di Terapia Intensiva (30% – 37,4%).

In ordine alla distribuzione per localizzazione anatomica, il calo della frequenza di infezioni del sito chirurgico è attribuibile alle dimissioni sempre più precoci che fanno sì che le infezioni si rivelino più spesso a domicilio. La frequenza percentuale di infezioni delle basse vie respiratorie è sempre maggiore del 20% (20,7% – 30,6%). Per la localizzazione sistemica si rintraccia una linea di rottura tra le prime rilevazioni e le ultime; si va da una media dell'8% del totale delle infezioni, nel periodo 2004-2007 fino al 22,9% del 2009 e al 19,2% del 2011; è quindi evidente il peso sempre maggiore delle infezioni sistemiche.

Si registra un netto calo della frequenza di "altre localizzazioni" attribuibile ad una maggiore accuratezza nella raccolta dei dati.

Si rileva inoltre una concentrazione di infezioni nelle rianimazioni; la percentuale di degenti in Rianimazione sul totale dei reclutati supera, al picco, il 3%, ma la percentuale di infezioni in Rianimazione sul totale delle infezioni raggiunge il 30%; la rilevanza del problema è confermata dal dato di prevalenza sempre superiore al 50% (52% – 66,1%), con una percentuale di infezioni delle basse vie respiratorie costantemente maggiore del 30%.

Il catetere vescicale è un noto fattore di rischio per le infezioni urinarie. Negli otto anni di rilevazione, dopo l'iniziale flessione della percentuale di reclutati sottoposti alla procedura (dal 2004 al 2005), si è visto, dal 2006 in poi, un continuo incremento della percentuale di pazienti sottoposti a cateterismo vescicale (dal 25,1% del 2006 al 35,2% del 2011).

L'uso appropriato di antibiotici rappresenta il cardine nella prevenzione delle resistenze. Si evidenzia che la percentuale di soggetti reclutati che hanno assunto almeno un antibiotico è costantemente superiore al 50%. Esaminando la serie storica, si rileva come cresce nel periodo 2009-2011 la proporzione di pazienti sottoposti a trattamento antibiotico. Il valore minimo (50,7%) si registra nel 2004, quello massimo nel 2011 (55,6%) con mediana 52% nel 2007.

In base alle criticità emerse sono state approntate talune misure finalizzate alla prevenzione delle infezioni e al contenimento dei fattori di rischio, quali implementazione locale di Linee guida per la profilassi antibiotica in chirurgia, procedure per la prevenzione di infezioni da multiresistenti, procedure per l'appropriato utilizzo del catetere vescicale.

ISTITUZIONE DEL TRIAGE E DELL'OBI PRESSO IL P.S. DEL PRESIDIO OSPEDALIERO S. MARIA DI LORETO NUOVO – ASL NA 1 CENTRO: MODELLO ORGANIZZATIVO ED APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE

Vittorioso L.^o, Manzi E., Longanella W.^o

^o Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo – Asl Napoli 1 Centro

Parole chiave: Triage, OBI, Appropriatezza

Introduzione: L'aumento progressivo del numero di pazienti che si rivolgono al PS ha determinato negli anni un sovraccarico degli stessi.

Le cause vanno, tra l'altro, dal ricorso allo specialista piuttosto che al medico di medicina generale, al minor numero di posti letto negli ospedali. Tutto ciò ha reso necessaria l'introduzione di uno strumento che regoli gli accessi del PS non in base all'ordine di arrivo ma in base alla gravità. Il Triage assolve a questa funzione prevedendo l'assegnazione di un codice di gravità per ogni paziente che accede al PS: Rosso (il paziente è in pericolo di vita), Giallo (il paziente è in potenziale pericolo di vita), Verde (il paziente necessita di una prestazione medica differibile) e Bianco (non vi è alcuna alterazione delle funzioni vitali). La Regione Campania ha recentemente approvato il Decreto del Commissario ad acta n.49 del 27 settembre 2010 sul "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale..." al cui interno uno specifico capitolo è dedicato alla "Rimodulazione del sistema e della rete dell'emergenza – urgenza" che riporta "ad ogni livello, il triage sarà lo strumento di valutazione della tipologia e della priorità di intervento". Il Decreto prevede inoltre l'attivazione, nell'ambito dei Dipartimenti Integrati dell'Emergenza della Regione, di posti letto di osservazione breve intensiva (OBI).

Contenuti: Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo incremento degli accessi al Pronto Soccorso del P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo che ha portato la Direzione Sanitaria ad elaborare nuove soluzioni organizzative e gestionali in grado di rispondere ad una domanda crescente di prestazioni urgenti assicurando una sempre maggiore efficacia ed efficienza delle cure con l'istituzione del Triage e dell'OBI. Da Marzo a Dicembre 2012 sono stati triagati 49020 pazienti: i codici verdi sono stati 35284 (72%); i codici gialli sono stati 11985 (24,5%); i codici rossi sono stati 760 (1,5%); i codici neri sono stati 17 (0,03%) e i codici bianchi sono stati 974 (2%).

Nella tabella 1 e 2 sono riportati gli indici di attività che mettono a raffronto i dati pre (anno 2011) e post istituzione del Triage-OBI (anno 2012).

Tabella 1. Dati di attività P.S. P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo – Asl Napoli 1 Centro

Anno 2011	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	tot
Referti	3240	5800	6210	5796	5924	5981	5727	5661	5874	5620	5426	5890	70149
Ricoveri P.S.	1025	938	945	972	1007	914	1007	851	914	970	882	887	11312
Trasferiti	11	9	18	10	14	16	13	10	10	14	9	19	153
Anno 2012	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	tot
Referti	5820	5321	5502	4836	5273	5226	4655	4443	4480	4920	4693	4992	60161
Ricoveri P.S.	974	828	858	848	940	859	852	771	858	960	934	880	10562
Trasferiti	13	21	16	14	13	29	17	13	15	10	8	15	184

Tabella 2. Attività di ricovero P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo – Asl Napoli 1 Centro

Anno 2011	Cardiologia	Chirurgia	Medicina	Neurochirurgia	Neurologia	Ortopedia	Ostetricia Ginecologia	IVG	Terapia Intensiva	UTIC	Neonatologia	
Ricovero ordinario												
N° casi	1196	2200	3165	725	1072	1089	1618		270	144	882	
0 – 1 giorno	102	670	1315	162	202	243	234		88	60	17	
Day Hospital	259	33	14	0	0	36	57	528	22	0	0	
Anno 2012 (fino a sett)	Cardiologia	Chirurgia	Medicina	Neurochirurgia	Neurologia	Ortopedia	Ostetricia Ginecologia	IVG	Terapia Intensiva	UTIC	Neonatologia	Urgenza Medica
Ricovero ordinario												
N° casi	771	1458	1750	403	796	807	1318		131	95	753	709
0 – 1 giorno	64	442	540	72	138	171	156		36	36	22	640
Day Hospital	213	6	2	0	0	19	58	435	0	0	0	

Conclusioni: Dai dati rilevati emerge che l'attivazione del Triage e dell'OBI ha determinato una razionalizzazione del flusso di pazienti in PS, una riduzione dei tempi di attesa; una riduzione dei ricoveri in generale ed in particolare dei ricoveri impropri di 0 – 1 giorno, un aumento del grado di soddisfazione dell'utenza e del personale, una riduzione dei costi di gestione.

Bibliografia:

1. Decreto del Commissario ad Acta n. 49 del 27 settembre 2010 “Riassetto della rete ospedaliera e territoriale regionale” – B.U.R.C. n. 65 del 28 settembre 2010;
2. DPR 27/03/92, atto di indirizzo e coordinamento delle regioni per determinare i livelli di assistenza sanitaria di emergenza;
3. Accordo Stato – Regioni del 25/10/2001: approvazione linee guida del Triage intraospedaliero;
4. Decreto n. 57 del 14/06/2012 del Commissario ad acta della Regione Campania: riqualificazione rete emergenza-urgenza;