

NAPOLI 15-16-17 Ottobre 2014

40° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.

Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

RIPENSARE LA SANITÀ: RUOLI STRATEGICI E RESPONSABILITÀ

Napoli - 15-16-17 Ottobre 2014



Sistema Moduli Integrati

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



QUATERNARI E BIGUANIDE

Sanificazione superfici con SANIDART e panni in microfibra EXTRAKLIN



CLOREXIDINA

Pulizia e disinfezione dei sanitari con SANOCIT CX e panni in microfibra EXTRAKLIN



CLORO

Lavaggio e disinfezione pavimenti con BIOSPOT + TOC e frangia in microfibra MONOKEM RICCIO



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 Brusaferro 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

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Prof. Ugo Luigi Aparo Dott. Alberto Appicciafuoco

Prof. Cesare Catananti Dott. Rosario Cunsolo

Dott. Carmelo Del Giudice

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

Prof. Karl Kob

Prof. Gabriele Pelissero Dott. Clemente Ponzetti Dott. Domenico Stalteri

Prof. Bruno Zamparelli

INDICE

POSTER	Ę
COMUNICAZIONI	68



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: Ottobre 2015



RIPENSARE LA SANITÀ: RUOLI STRATEGICI E RESPONSABILITÀ

40° Congresso Nazionale ANMDO

Napoli - 15-16-17 Ottobre 2014

giorni della Sanità che siamo abituati a conoscere, volgono, inesorabilmente, al termine. Non si tratta di un problema solo italiano. Tutti i sistemi sanitari del mondo sono alle prese con l'incremento continuo dei costi al quale corrisponde una qualità dell'assistenza sanitaria certamente disomogenea e nessuno è rimasto con le mani in mano. Si è cercato di combattere i comportamenti disonesti, di ridurre gli errori, di elaborare linee-guida, d'implementare soluzioni informatiche ed elettroniche. I risultati sono demoralizzanti. Nulla sembra funzionare.

Il ricorso alla Spending Review e ai suoi tagli indiscriminati, sta ulteriormente peggiorando la situazione, mettendo in discussione la sopravvivenza stessa dei servizi sanitari nazionali.

L'ANMDO ritiene che sia giunto il momento di modificare in maniera sostanziale l'attuale organizzazione della sanità. Occorre elaborare e implementare una nuova strategia. L'obiettivo è massimizzare il valore per il paziente ottenendo i migliori risultati al costo più basso. Per conseguirlo

bisogna abbandonare la logica imperante del razionamento delle risorse e, soprattutto, abbandonare, una volta per tutte, l'attuale modello organizzativo incentrato su quello che fanno i professionisti sanitari, per realizzare un sistema sanitario centrato sul paziente e organizzato sulla base dei bisogni reali del paziente stesso.

In un periodo di grave difficoltà di sostenibilità dei servizi sanitari nazionali parlare di "Less is More" ("Meno per Più", presente nel titolo del 40° Congresso ANMDO), può sembrare una provocazione ai confini della realtà. Non è così. Si consiglia la lettura del report"Best Care at Lower Cost", pubblicato nel 2012 dall'Institute of Medicine statunitense per rendersene conto.

Bisogna avere coraggio. Coraggio di individuare ed eliminare gli sprechi e gli eccessi di medicalizzazione (Overdiagnosis, Overtreatment).

Coraggio di sostituire l'attuale sistema frammentato, in cui ciascun erogatore locale offre una vasta gamma di servizi, con un sistema in cui l'erogazione dei servizi per determi-

nate patologie, sia concentrata in organizzazioni sanitarie di eccellenza, correttamente dimensionate e posizionate, al fine di garantire una risposta completa di elevata qualità ai bisogni sanitari dei pazienti.

In questa nostra Società così chiassosa, confusa, sovraccarica, il "Meno per Più" richiama all'intelligenza del saper fare bene, alla sobrietà, alla semplicità, all'essenzialità, all'efficacia ed efficienza.

L'ANMDO chiama a raccolta tutti gli iscritti e tutti i soggetti che condividono questa visione per definire insieme una strategia condivisa con tutti gli operatori professionali, con i cittadini e con l'industria. Una strategia da mettere a disposizione della guida politica. Si tratta di una visione a medio/lungo termine Siamo fermamente convinti che deve essere definita e avviata urgentemente, perché è possibile fare meglio con meno risorse, assicurando la sostenibilità del sistema sanitario.

Il contributo dei medici di Direzione Sanitaria è imprescindibile ed essenziale.

40° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.

Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

POSTER

OSPEDALE DI GIORNO E OSPEDALE DI NOTTE

Gianna Aldinucci¹, Grazia Campanile², Barbara Bianconi¹, Barbara Innocenti¹, Alessio Cappetti¹, Catalina Doina Cristofor³

- ¹ Direzione di Presidio Ospedale San Donato, ² Direttore Ospedale San Donato,
- ³ Specializzando Igiene e Medicina Preventiva Università di Siena

Parole chiave: consegne, condivisione, sicurezza

Introduzione. La buona gestione dell'ospedale di notte pone le sue basi sul corretto passaggio di consegne fra gli operatori in servizio diurno e quelli in servizio in orario notturno. A garanzia della sicurezza dell'attività, elemento fondamentale dell'organizzazione è la stesura di protocolli condivisi tra i professionisti per l'implementazione di buone pratiche nell'ospedale di giorno che consentano un'ottimale gestione delle problematiche notturne.

Il passaggio di consegne deve avvenire utilizzando strumenti conosciuti e condivisi, comprensivi di tutte le informazioni necessarie, ma sufficientemente sintetici per una immediata comprensione da parte degli operatori cui sono destinati, Inoltre, è necessario stabilire le corrette modalità di attivazione del medico di guardia in orario notturno. Da queste esigenze nasce la riorganizzazione della guardia notturna di area medica all'interno dell'Ospedale S. Donato.

Contenuti. Per il corretto passaggio di consegne viene individuato uno strumento da compilare ed aggiornare costantemente a cura dei medici di reparto. Tale strumento è di estrema utilità per consentire a tutti i medici dell'U.O. di avere un aggiornamento costante rispetto alle caratteristiche salienti di tutti i pazienti ricoverati, indipendentemente dalle attività svolte nei turni precedenti (es: reparto, ambulatorio) o dalla propria assenza (es: ferie, riposo, ...). Le informazioni fornite dallo strumento, ovviamente, non consentono di esimersi dalla consultazione della cartella clinica, ma, in caso di emergenza, consentono un immediato approccio al paziente supportato dai dati salienti relativi al ricovero ed alla sua evoluzione. Lo strumento per il corretto passaggio di consegne è costituito da una tabella da compilare in formato elettronico, da stampare alla fine del turno antimeridiano e, nel caso di modifiche sostanziali delle condizioni anche di un singolo paziente, alla fine del turno pomeridiano.

L'attivazione del medico di guardia in orario notturno deve seguire modalità condivise dipendenti dal livello di urgenza clinica che determina la chiamata. Si distinguono pertanto tre diversi livelli: emergenza, urgenza e ordinario. Per ciascuno di questi è previsto uno specifico percorso.

Conclusione. L'introduzione delle nuove procedure ha consentito di uniformare le modalità di passaggio di consegne e garantire una corretta presa in carico dei pazienti da parte del mendico che entra in turno per la quardia notturna. La definizione delle modalità di attivazione del medico di quardia ha inoltre permesso di aumentare l'appropriatezza delle chiamate a garanzia della qualità e sicurezza degli interventi apportati. La riorganizzazione delle guardie notturne di area medica ha inoltre permesso di bilanciare il carico di lavoro fra tutti gli attori coinvolti, determinando anche la disponibilità di ore di lavoro da utilizzare in orario diurno per l'incremento dell'attività ambulatoriale, mantenendo peraltro congrui livelli di sicurezza.

Ospedale di giorno e ospedale di notte

Procedura per la gestione del passaggio di consegne mediche e per l'attivazione del medico di guardia in orario notturno e riorganizzazione delle guardie attive di area medica all'interno dell'Ospedale S. Donato

Gianna Aldinucol', Grazia Campanile'', Lucia Lenzi E, Barbara Bianconi', Patrizio Imperiali S, Barbara Innocenti', Alvise Mencherini S, Marco Feri #, Stefano Arrigucol ##, Raffaele Scala SS, Annunziata Zuccone €, Massimo Bianchi €€, Roberto Rossi +, Daniol Tacconi * *. Liliana Rossi -, Francesco Cansechi **, Riccardo Battarini ', Stefania Francioni ". Chrzia Sestini", Ales sio Cappetti', Carlo Frigerio S, Simone Andreini SS, Mauro Uzi **, Susanna Patrettili SS, hor Chardeni SS, Ernacesco Vagini **, Miamania Belluciol **, Roberta Battir, Giovanii Inaneli SSS, Annocandii ##, Cataliani Danio diristofre Et unional Carlo Frigerio S, Simone Andreini SS, Barbara Inaneli SSS, Annocandii ##, Cataliani Danio diristofre Et unional Carlo Frigerio S, Simone Andreini SS, Daniol Taccolo Frigerio S, Simone Andreini SS, Annunziata Zuccone €, Nanocandii SS, Annunziat

Dispedie San Dorssis, "Climitore Capaciale San Dorssis, E Directore UDC RIPF, 5 UDC Nationalis, e Directore UDC Risonautice, 49 UDC Maddom Interna, Si Directore UDC Procumologis, E Inf. Coost. UDC Maddom Interna e Gardate, 46 Proto Soccosa, -9 Inf. Coost. UDC Cardadogs, -9 UDC Maddom Interna e Gardate, 47 UDC Maddom Interna e Gardate, -17 UDC Maddom Internation e Gardate, -17 U

La DGRT 1235 del 28/12/2012 prevede la necessità di implementare nuovi modelli organizzativi dell'ospedale di notte che, anche in relazione alla struttura logistica dei presidi, portino ad un guadagno in efficienza della continuità della curia e ad un aumento di produzione dell'attività ambulatoriale, attraverso il recupero degli specialisti dall'attività notturna alla diurna, mantenendo le dovute granzazie in termini di sicurezza di cura. Da queste seigenze nasce la inorganizzazione della guardia notturna di area medica all'interno dell'Ospedale S.

La buona gestione dell'ospedale di notte pone le sue basi sul corretto passaggio di consegne fra gli operatori in servizio diurno e quelli in servizio in orario notturno. A garanzia della sicurezza dell'attività, elemento fondamentale dell'organizzazione è la stesura di protocolli condivisi tra i professionisti per l'implementazione di buone pratiche nell'ospedale di giorno che consentano un'ottimale gestione delle problematiche notturne.

Il passaggio di consegne deve avvenire utilizzando strumenti conosciuti e condivisi, comprensivi di tutte le informazioni necessarie, ma sufficientemente sintetici per una immediata

ione da parte degli operatori cui sono destinati. Inoltre, è necessario stabilire le corrette modalità di attivazione del medico di guardia in orario notturno. Tali modalità di attivazione dovranno essere ben standardizzate, in modo da non lasciare spazio a decisioni soggettive legate ai singoli operatori.

LA GESTIONE DEL PASSAGGIO DI CONSEGNE MEDICHE

Per il corretto passaggio di consegne viene individuato uno strumento da

Tale strumento è di estrema utilità per consentire a tutti i medici dell'U.O. di avere un aggiornamento costante rispetto alle caratteristiche salienti di tutti i pazienti ricoverati, indipendentemente dalle attività svolte nei turni precedenti (es: reparto, ambulatorio) o dalla propria assenza (es: ferie, riposo, ...). Le informazioni fornite dallo strumento, ovviamente, non consentono di esimersi dalla consultazione della cartella clinica, ma, in caso di emergenza, consentono un immediato approccio al paziente supportato dai dati salienti relativi al ricovero ed alla sua evoluzio

Lo strumento per il corretto passaggio di consegne è costituito da una tabella da compilare in formato elettronico, da stampare alla fine del turno antimeridiano e. nel caso di modifiche sostanziali delle condizioni anche di un

Lo strumento deve essere compilato con le seguenti informazioni

- Numero del letto o della stanza (informazione facoltativa, da inserire o meno a seconda delle esigenze e dell'organizzazione dell'U.O.);
- Nome e cognome del paziente
- Data di ingresso: utile per avere immediatamente idea della complessità della situazione del paziente;
 Diagnosi e Situazione clinica attuale: occorre indicare il sospetto diagnostico
- o, se presente, la diagnosi accertata, significative patologie concomitanti ed ogni altra informazione sintetica ed utile all'inquadramento clinico del
- Problemi aperti / Evoluzione / variazioni recenti nella condizione o nel trattamento: occorre indicare tutte le problematiche aperte inerenti il ricovero (es. gestione familiare, ...), informazioni significative inerenti l'evoluzione della situazione clinica, eventualmente corredate da referti di esami strumentali, e recenti modifiche significative relative alla situazione clinica e/o
- Segnali di allerta / Emergenze prevedibili: occorre indicare tutte le variazioni della situazione clinica che possano far prevedere l'insorgenza di problematiche urgenti (es. variazioni repentine della MEWS di almeno 2 punti. alterazioni repentine dello stato di coscienza, ...);
- Note: campo libero da utilizzare per eventuali informazioni supplementari che il medico di reparto ritenga utili ai fini della gestione del paziente

ATTIVAZIONE DEL MEDICO DI GUARDIA IN ORARIO NOTTURNO

L'attivazione del medico di guardia in orario notturno deve seguire determina la chiamata. Si distinguono pertanto tre diversi livelli:

Livello 1 - Emergenza

- Arresto cardiocircolatorio
- Insufficienza respiratoria acuta (necessità controllo delle vie aeree)

Il percorso previsto è il seguente: Per tutte le UU.OO.: l'infermiere di reparto attiva il l'anestesista rianimatore che può optare per le seguenti alternative: ricovero in Terapia Intensiva, attivazione del medico di guardia, attivazione del medico reperibile

Esclusivamente in caso di paziente ricoverato in UTIC - cardiologia: l'infermiere di reparto attiva il cardiologo che decide se attivare

Livello 2 - Urgenza

- Problematiche di nuova insorgenza a carattere di urgenza
- Decessi attesi
- Ricoveri con l'eccezione di quelli per i quali si prevede l'attivazione dello specialista reperibile da P.S. perché in presenza di quadri clinici di pertinenza prettamente specialistica

Il nercorso prevede che l'infermiere di reparto attivi il medico di quardia Se l'intervento risulta particolarmente problematico il medico di guardia informa il collega reperibile, se previsto, con il quale concorda l'iter

Livello 3 - Ordinario

- Gestione problematiche attese
- Controlli ematici programmati nelle ore serali
- Aggiustamenti posologici su terapie già impostate · Riacutizzazione sintomatologica in quadro già noto al medico di

Il percorso prevede la gestione autonoma dell'infermiere in casi codificati. In assenza di altre indicazioni, l'infermiere chiama il medico di guardia che decide se procedere in autonomia o contattare il medico reperibile.

Tab. 1 Strumento per il corretto passaggio di consegne

	Time 1				
-	73		Management of the state	Market of American State of the	-
	1				
	_				
				a comment of the comment	and the second part of the secon

Tab. 2 Schada di rilavazione dell'attività del medico di quardia

_	ش سان ب	1000 4 4 4 4 4 4	terrena .		
				-	_

CONCLUSIONI

L'introduzione delle nuove procedure ha consentito di uniformare le modalità di passaggio di consegne e garantire una corretta presa in carico dei pazienti da parte del medico che entra in turno per la guardia notturna. La definizione delle modalità di attivazione del medico di guardia ha inoltre permesso di aumentare l'appropriatezza delle chiamate a garanzia della qualità e sicurezza degli interventi apportati. La riorganizzazione delle guardie notturne di area medica ha inoltre permesso di bilanciare il carico di lavoro fra tutti gli attori coinvolti, determinando anche la disponibilità di ore di lavoro da utilizzare in orario diurno per l'incremento dell'attività ambulatoriale, mantenendo peraltro congrui livelli di sicurezza.

LA RIORGANIZZAZIONE DELL'AREA MEDICA DEGLI OO.RR. DI PINEROLO PER INTENSITA' DI CURA E ASSISTENZA

Amidei Alberto¹, Pezzano Lara², Sacco Roberto³, Polverini Fabrizio⁴, Chiattone Anna⁵, Cosenza Gaetano⁶, Cesari Luisella⁻, Lentini Antonino⁶, Argena Salvatore⁶

- ¹ Medico specializzando Igiene Medicina Preventiva UNITO; ² Bed Manager OO. RR. di Pinerolo;
- ³ Direttore Medico di Presidio OO. RR. di Pinerolo; ⁴ Responsabile Servizio delle Professioni Sanitarie Assistenziale OO.RR. di Pinerolo; ⁵ Coordinatore Servizio delle Professioni Sanitarie Assistenziale OO. RR. di Pinerolo;
- ⁶ Direttore Generale ASL TO3: ⁷ Direttore Sanitario ASL TO3: ⁸ Medico Direzione Sanitaria OO, RR, di Pinerolo:
- ⁹ Bed Manager OO, RR, di Pinerolo)

Parole chiave: intensive care, management, organization

Introduzione. I nuovi indirizzi del Piano Sanitario Regionale 2012-2015 prevedono un reengineering dell'organizzazione, attraverso il passaggio da una organizzazione gerarchico – strutturale ad una organizzazione a matrice per intensità di cura. Ciò permetterebbe di soddisfare le esigenze e i bisogni della popolazione e superare la frammentazione organizzativa all'interno dei sistemi sanitari. Tale tipo di organizzazione favorirebbe inoltre l'integrazione fra i professionisti.

Contenuti. Obiettivo del lavoro consiste nell'illustrare le fasi di progettazione e realizzazione della riorganizzazione per intensità di cura dell'area medica degli OO.RR. di Pinerolo – ASL TO3.

I metodi utilizzati per la realizzazione del progetto sono i seguenti:

- ricerca bibliografica sulle realtà italiane ed internazionali riguardanti i modelli organizzativi per intensità di cura nell'area medica:
- analisi degli ultimi tre anni di attività e revisione della documentazione integrata relativa a:
- SDO, degenza media, stagionalità ricoveri, reingressi, tasso occupazione posti letto...;
- benchmarking con altre strutture italiane quali ASL di Prato e AUSL Bologna Presidio di Porretta
 Terme che hanno già sperimentato con ottimi risultati tale riorganizzazione;
- formazione del middle management in collaborazione con l'Università Bocconi di Milano:
- work team con integrazione multi professionale e multidisciplinare atta alla costruzione/ mappatura dei profili di cura, scheda unica di terapia ad opera dei professionisti coinvolti nella gestione clinico /assistenziale della patologia oggetto di studio;
- sperimentazione di schede valutazione della complessità clinico-assistenziale (MEWS, RAY Score, TRICO) per un periodo di sei mesi a To (DEA). T24h e T48h:
- ipotesi di stratificazione strutture di ricovero in base alla analisi dello storico:
- pianificazione di un sistema di monitoraggio della fase di sperimentazione.

Lo start up è previsto il 3 novembre 2014.

Conclusioni. La fase di progettazione della riorganizzazione da un lato ha permesso il confronto sulla gestione clinico/assistenziale realizzata dai professionisti coinvolti e dall'altro la messa in discussione di stereotipi organizzativi obsoleti in organizzazioni sanitarie finalizzate al "Less is More".



LA RIORGANIZZAZIONE DELL'AREA MEDICA DEGLI OO.RR. DI PINEROLO PER INTENSITA' DI CURA E ASSISTENZA

Dott. Amidei Alberto², Dott.ssa Pezzano Lara², Dott. Sacco Roberto³, Dott. Polverini Fabrizio⁴, Dott.ssa Chiattone Anna⁵, Dott. Cosen. Gaetano⁶, Dott.ssa Cesari Luisella⁷, Dott. Lentini Antonino⁸, Sig. Argena Salvatore⁹.





INTRODUZIONE

I nuovi indirizzi del Piano Sanitario Regionale 2012-2015 prevedono un reengineering dell'organizzazione, attraverso il passaggio da una organizzazione gerarchico – strutturale ad una organizzazione a matrice per intensità di cura. Ciò permetterebbe di soddisfare le esigenze e i bisogni della popolazione e superare la frammentazione organizzativa all'interno dei sistemi sanitari. Tale tipo di organizzazione favorirebbe inotre l'integrazione fra i professionisti.

3 NOVEMBRE 2014 START-UP NUOVO DIPARTIMENTO AREA MEDICA (medicina, neurologia, nefrologia)

- SUDDIVISIONE DEI REPARTI SECONDO INTENSITÀ DI CURA E ASSISTENZA
- BED MANAGER (Direzione Sanitaria) RESPONSABILE GESTIONE POSTI LETTO, E FLUSSI DI RICOVERO DAL DEA
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Direzione Sanitaria) RESPONSABILE GESTIONE FLUSSI VERSO LE STRUTTURE RESIDENZIALI, DIMISSIONI PROTETTE.
- DIRETTORI DI STRUTTURA DELLE SPECIALITA' CON RESPONSABILITA' MAGGIORE DI TIPO CLINICO

ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE PER MICRO NUCLEI

- INTRODUZIONE SCHEDA UNICA DI TERAPIA
- REVISIONE PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI, GESTIONE
 PATOLOGIE DI CONFINE E APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI

PROCESSI SANITARI DI SUPPORTO

PROCESSI PRIMARI

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

LABORATORIO ANALISI

FARMACIA

AREA PREVENZIONE

AREA OSPEDALIERA

AREA TERRITORIALE

PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

- PROFILI DI CURA
GESTIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI

GESTIONE PERSONALE

GESTIONE CONTABILITÀ PER CENTRI DI COSTO

GESTIONE RELAZIONI CON STAKE HOLDER

PROCESSI GESTIONALI



PROCESSO DI PROFESSIONALIZZAZIONE & EMPOWERMENT IN PROGRESS

- » ANALISI QUALITATIVA DI VISSUTO E ASPETTATIVE DI DIRETTORI E COORDINATORI INFERMIERISTICI COINVOLTI
- CORSI DI FORMAZIONE PER IL MIDDLE MANAGEMENT SPECIFICI TENUTI DA DOCENTI DELLA BOCCONI
- > REDISTRIBUZIONE DEL PERSONALE SUI TRE LIVELI DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALI SECONDO COMPETENZE E DESIDERATO
- > BENCHMARKING CON ALTRE STRUTTURE DEL CENTRO ITALIA CHE HANNO GIA' ATTUATO E CONSOLIDATO IL PROCESSO DI RIORGANIZZAZIONE (quali ASL di Prato e AUSL Bologna - Presidio di Porretta Terme)
- > COSTITUZIONE DI TAVOLE DI LAVORO SUI PERCORSI CLINICO E ASSISTENZIALI CON COINVOLGIMENTO ATTIVO DEGLI ESPERTI DI OGNI SPECILITA'
- PROGETTAZIONE DI CORSI ECM SU PROFILI DI POSTO E PERCORSI
- >INCONTRI SETTIMANALI DEL SITR CON I COORDINATORI
- >COINVOLGIMENTO MULTIPROFESSIONALE E MULTIDISCIPLINARE NELLE TAVOLE ROTONDE PER CONDIVIDERE E DEFINIRE I PERCORSI DELLE PATOLOGIE DI CONFINE

CONCLUSIONI

la fase di progettazione della riorganizzazione da un lato ha permesso il confronto sulla gestione clinico/assistenziale realizzata dai professionisti coinvolti e dall'altro la messa in discussione di stereotipi organizzativi obsoleti in organizzazioni sanitarie finalizzate al "Less is More".

CHIRURGIA AMICA – SURGICAL PATIENT FRIENDLY HOSPITAL

P.M. Antonioli¹, M.C. Manzalini¹, M. Teodorini¹, P. Caponcelli¹, B. Bonato², L. Maniscalco², M. Giordani², M. Franchi², G. Gabutti²

¹ Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; ² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Unife

Parole chiave: chirurgia, ISC, sicurezza

Introduzione. Le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano il 15-20% delle infezioni acquisite in ospedale. Il rischio di ISC è legato a numerosi fattori e gli interventi di riduzione del rischio devono necessariamente tenere conto della complessità del fenomeno. Da queste premesse e da una specifica richiesta di miglioramento del risultato del processo chirurgico nasce il Progetto "CHIRURGIA AMICA - SURGICAL PATIENT FRIENDLY HOSPITAL" con l'obiettivo di ridurre le complicanze infettive del sito chirurgico (ISC) correlate all'assistenza attraverso azioni di provata efficacia e sostenibilità implementate secondo una strategia MULTIMODALE e MULTIDIMENSIONALE.

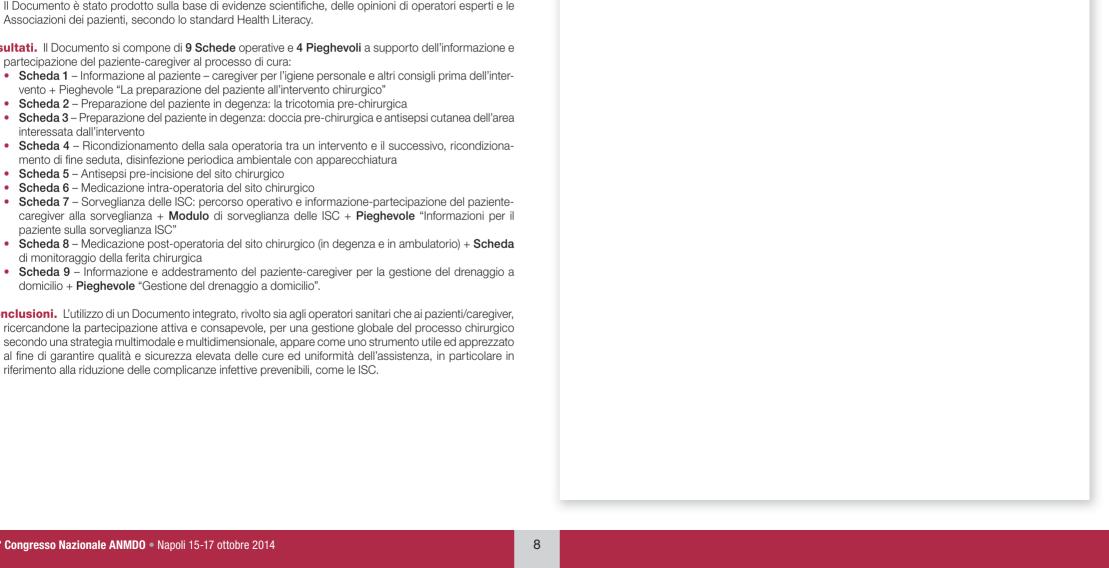
Contenuti. Scopo del documento è di fornire uno strumento chiaro, efficace e pratico rivolto sia agli operatori sanitari che ai pazienti/caregiver durante tutte le fasi del percorso chirurgico.

Il Documento è stato prodotto sulla base di evidenze scientifiche, delle opinioni di operatori esperti e le

Risultati. Il Documento si compone di 9 Schede operative e 4 Pieghevoli a supporto dell'informazione e

- mento di fine seduta, disinfezione periodica ambientale con apparecchiatura

Conclusioni. L'utilizzo di un Documento integrato, rivolto sia agli operatori sanitari che ai pazienti/caregiver, ricercandone la partecipazione attiva e consapevole, per una gestione globale del processo chirurgico secondo una strategia multimodale e multidimensionale, appare come uno strumento utile ed apprezzato al fine di garantire qualità e sicurezza elevata delle cure ed uniformità dell'assistenza, in particolare in



IMPLEMENTAZIONE PPOP E VISUAL HOSPITAL NEL PO SGD A FIRENZE: STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE FUTURE

Bassetti A¹, Calderoni R¹, Naldini S¹, Brugnoli S¹, Gozzini S², Latini S², Brunetti G², Corti V², Garofolini L², Chellini M³, Indiani L³, Sinisgalli E³, Pellegrino E³, Sala A³, Bonaccorsi G⁴

¹ Medico di Direzione Sanitaria P.O. San Giovanni di Dio - Azienda Sanitaria Firenze; ² Direzione Infermieristica P.O. San Giovanni di Dio - Azienda Sanitaria Firenze; ³ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Firenze; ⁴ Professore del Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica - Università degli Studi di Firenze

Parole chiave: proattività, pianificazione, visuale

Introduzione. Presso il PO SGD dell'ASL 10 di Firenze a partire da dicembre 2013 sono stati implementati due progetti: "Piano per ogni paziente" (PPOP) e "Visual Hospital" (VH).

Le finalità del PPOP sono quelle di migliorare la programmazione e la gestione del percorso di cura dei singoli pazienti

presenti nelle linee di degenza, facilitandone la dimissione e assicurando che le prestazioni siano fornite in modo sincrono al percorso stesso. La finalità del VH è quella di assicurare l'individuazione e la messa in atto delle azioni necessarie per garantire lo scorrimento del flusso dei pazienti dal DEA verso le Linee di Degenza, tra le linee e da queste verso l'esterno. I due strumenti sono strettamente integrati tra loro.

Contenuti. Le fasi che hanno caratterizzato l'implementazione dei progetti sono state:

- 1. Scelta dei reparti di partenza
- 2. Analisi dello stato attuale
- 3. Start tavoli operativi tra reparti e servizi
- 4. Incontro conclusivo ante-start per presentazione lavori
- 5. Fase di Start up: novembre 2013, aprile 2014
- 6. Pianificazione diffusione degli Strumenti,

Il PPOP è uno strumento di gestione visuale che consente di ottenere un quadro sempre aggiornato e visibile, per tutti i professionisti coinvolti nel processo, dello stato del percorso dei singoli pazienti e le loro necessità, in modo da facilitarne il flusso. Lo strumento principale è costituito da un pannello su cui vengono riportate, attraverso l'utilizzo di una simbologia predefinita, tutte le attività programmabili relativamente al percorso previsto per ogni singolo paziente dall'ammissione alla dimissione. Lo strumento consente il monitoraggio dello scostamento tra quanto pianificato e quanto effettivamente eseguito, al fine di intervenire sulle criticità individuate. La compilazione e il costante aggiornamento della pianificazione del percorso del paziente è di responsabilità dei professionisti coinvolti nel processo.

Il VH è uno strumento di gestione visuale che consente di avere un quadro sempre aggiornato e visibile della situazione dei posti letto del Presidio Ospedaliero e delle azioni che devono essere effettuate per il miglioramento del flusso del paziente in ospedale. Lo strumento è gestito dal Team VH, costituito da professionisti della Direzione Sanitaria di Presidio (DSPO) e della Direzione Infermieristica Ospedaliera (DIPO). Il Team rappresenta il collettore di tutte le informazioni che riguardano la gestione dei posti letto dedicati al ricovero, ha la funzione di coordinamento e facilitazione per la gestione proattiva dell'utilizzo dei posti letto del Presidio. Il Team VH valuta la situazione dello stato dei posti letto nelle linee dell'ospedale comprensivo dei trasferimenti interni ed esterni, dei ricoveri programmati, delle necessità di ricovero da parte del DEA attraverso rilevazioni dirette. Il numero delle rilevazioni nell'arco delle 12 ore giornaliere è di almeno 4 in tutti i giorni della settimana.

Conclusioni. Da un'analisi dei dati raccolti dal PPOP e dal VH relativi ai primi 6 mesi del 2014, in particolare dagli scostamenti, emerge che le principali criticità riguardano il posticipo della dimissioni per motivi organizzativi e a ritardi nell'esecuzione di esami radiologi e cardiologici.

Grazie a questi strumenti la DSPO e la DIPO possono monitorare indicatori predefiniti e organizzare azioni di miglioramento strutturate, al fine di migliorare l'assistenza ai pazienti, la gestione dei posti letto e integrare il lavoro tra i professionisti.

40°Congresso Nazionale ANMDO - Napoli, 15-17 Ottobre 2014



Implementazione Piano Per Ogni Paziente e Visual Hospital nell'Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze: stato dell'arte e prospettive future



Andrea Bassetti*, Rosalba Calderoni*, Simone Naldini*, Sara Brugnoli*, Simona Gozzini**, Silvia Latini**, Giancarlo Brunetti**, Luisa Garofolini**, Vania Corti**, Guglielmo Bonaccorsi*, Martina Chellini***, Laura Indiani***, Ersilia Sinisgalli***, Elettra Pellegrino***, Antonino Sala***
*Direzione Santiaria P.O. San Giovanni di Dio - Azienda Santiaria Fienze. *Prizezione Infermieristica P.O. Santiaria P.O. S

Introduzione

Presso il PO SGD dell'ASL 10 di Firenze a partire da dicembre 2013 sono stati implementati due progetti: "Piano per ogni paziente" (PPOP) e "Visual Hospital" (VH). Le finalità del PPOP sono quelle di migliorare la programmazione e la gestione del percorso di cura dei singoli pazienti presenti nelle linee di degenza, facilitandone la dimissione e assicurando che le prestazioni sinon fornite in modo sincrono al percorso stesso. La finalità del VH è quella di assicurare l'individuazione e la messa in atto delle azioni necessarie per garantire lo scorrimento del flusso dei pazienti dal DEA verso le Linee di Degenza, tra le linee e da queste verso l'esterno. I due strumenti sono strettamente integrati tra loro.

Contenuti

Le fasi che hanno caratterizzato l'implementazione dei progetti sono state:

- ✓ Scelta dei reparti di partenza.
- ✓ Analisi dello stato attuale
- ✓ Start tavoli operativi tra reparti e servizi
- ✓ Incontro conclusivo ante-start per presentazione lavori
- ✓ Fase di Start up: novembre 2013, aprile 2014
- ✓ Pianificazione diffusione degli Strumenti

Guida all'uso del pannello per il PIANO PER OGNI PAZIENTE LINEA MEDICA Nuovo San Giovanni di Dio

PIANIFICATO	IN NERO: ciò che vorrei fosse eseguito IN ROSSO: ciò che riprogrammo perché è slittato Simboli specifici di quest'area:	
ATTUATO	IN NERO: ciò che è stato fatto di quanto segnalato nella pianificazione Simbolo specifico per quest'area:	
	Cimbologia comuna aziondala	

Simbologia comune aziendale

AMMISSIONE E DIMISSIONE DEL PAZIENTE				
AZIONE	CHI SCRIVE	NELL'AREA	SIMBOLO DA USARE	
Il paziente è ricoverato in reparto	PROFESSIONISTI DEL REPARTO	PLAN	•	
Clinicamente il paziente verrà dimesso il giorno "X"	MEDICO	PLAN	_	
Il paziente oggi non è stato dimesso per problemi clinici	PROFESSIONISTI DEL REPARTO	PLAN	cc cc	
Il paziente oggi non è stato dimesso NON per problemi clinici	PROFESSIONISTI DEL REPARTO	PLAN	X	
Il paziente esce fisicamente dal reparto	PROFESSIONISTI DEL REPARTO	ACTUAL	•	

Esempio di legenda in reparto

FASI PROGRAMMABILI E CRUCIALI PER L'ADEGUATA PERMANENZA DEL PAZIENTE			
AZIONE	CHI SCRIVE	NELL'AREA	SIMBOLO DA USARE
Inviare segnalazione per la Dimissione	PROFESSIONISTI	PLAN e	DCI
Complessa	DEL REPARTO	ACTUAL	
Attendere fino a questo giorno prima di poter	PROFESSIONISTI	PLAN e	•
pianificare oltre (Punto di decisione)	DEL REPARTO	ACTUAL	
Esame citologico RISPOSTA prevista	PROFESSIONISTI	PLAN e	CITOR
(4 giorni)	DEL REPARTO	ACTUAL	
Esami colturali RISPOSTA prevista	PROFESSIONISTI	PLAN e	CR
(3 giorni dopo prelievo)	DEL REPARTO	ACTUAL	
Il servizio di riabilitazione ha preso in carico il	PROFESSIONISTI	PLAN e	PETE

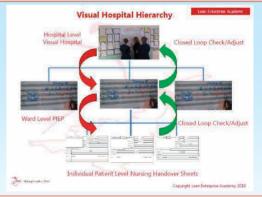
Il <u>PPOP</u> è uno strumento di gestione visuale che consente di ottenere un quadro sempre aggiornato e visibile, per tutti i professionisti coinvolti nel processo, dello stato del percorso dei singoli pazienti e le loro necessità, in modo da facilitarne il flusso.

20,00 30,00 od do 02 do 03 do 04 do

CARLO LOLICA

Lo strumento principale è costituito da un pannello su cui vengono riportate, attraverso l'utilizzo di una simbologia predefinita, tutte le attività programmabili relativamente al percorso previsto per ogni singolo paziente dall'ammissione alla dimissione. Lo strumento consente il monitoraggio dello scostamento tra quanto pianificato e quanto effettivamente eseguito, al fine di intervenire sulle criticità individuate.

La compilazione e il costante aggiornamento della pianificazione del percorso del paziente è di responsabilità dei professionisti coinvolti nel processo.



II VH è uno strumento di gestione visuale che consente di avere un quadro sempre aggiornato e visibile della situazione dei posti letto del Presidio Ospedaliero e delle azioni che devono essere effettuate per il miglioramento del flusso del paziente in ospedale.

Lo strumento è gestito dal Team VH, costituito da professionisti della Direzione Sanitaria di Presidio (DSPO) e della Direzione Infermieristica Ospedaliera (DIPO).

Il Team rappresenta il collettore di tutte le informazioni che riguardano la gestione dei posti letto dedicati al ricovero, ha la funzione di coordinamento e facilitazione per la gestione proattiva dell'utilizzo dei posti letto del Presidio.

Il Team VH valuta la situazione dello stato dei posti letto nelle linee dell'ospedale comprensivo dei trasferimenti interni ed esterni, dei ricoveri programmati, delle necessità di ricovero da parte del DEA attraverso rilevazioni dirette. Il numero delle rilevazioni nell'arco delle 12 ore giornaliere è di almeno 4 in tutti i giorni della settimana.

Conclusion

Da un'analisi dei dati raccolti dal PPOP e dal VH relativi ai primi 6 mesi del 2014, in particolare dagli scostamenti, emerge che le principali criticità riguardano il posticipo della dimissioni per motivi organizzativi e a ritardi nell'esecuzione di esami radiologi e cardiologici.

Grazie a questi strumenti la DSPO e la DIPO possono monitorare indicatori predefiniti e organizzare azioni di miglioramento strutturate, al fine di migliorare l'assistenza ai pazienti, la gestione dei posti letto e integrare il lavoro tra i professionisti.

IL PROTOCOLLO DEI CONTROLLI INTERNI STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA: L'ESPERIENZA DELL'A.O. DI CS

A. Benvenuto¹, M.A. Vantaggiato², S. De Paola³, K. Rossi⁴

¹ Responsabile SSA Monitoraggio e Controllo delle attività di ricovero A.O. CS; ² Responsabile SS Rischio Clinico ed edilizia ospedaliera A.O. CS; ³ Direttore Sanitario SPOKE Castrovillari; ⁴ Infermiere SSA Monitoraggio e Controllo delle attività di ricovero A.O. CS

Parole chiave: appropriatezza, qualità, performance

Introduzione. L'aumento dei costi sanitari, e la scarsità di risorse economiche, hanno negli ultimi anni spinto le istituzioni a collocare la valutazione dell'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali; si è sviluppata una crescente attenzione per l'appropriatezza delle prestazioni erogate a carico del SSN. Con il patto salute 2010-2012 sono stati introdotti indicatori destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa, è stata aggiornata la lista dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario. La Regione Calabria ha recepito le indicazioni ministeriali ed ha emanato il DPGR n.53 del 4 luglio 2011, nel quale sono esplicitate le Linee guida per il monitoraggio ed il controllo dell'attività di ricovero ospedaliero per acuti, aggiornato con un successivo DPGR n.5 del febbraio 2014, ma già nel 2008 con le D.G.R. n. 541 e n. 726 aveva spostato le prestazioni dell'Allegato 2C del DPCM 29/11/2001 verso regimi assistenziali a minor impiego di risorse.

Al fine di rendere operativo quanto contenuto nelle indicazioni nazionali e regionali, la SSA Mon. e Contr. ha messo a punto un protocollo dei controlli interni, al fine di garantire il monitoraggio delle attività di ricovero e perseguire un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa.

Contenuti. Il protocollo dei controlli interni, applicato dal 2008 in modo non strutturato e dal 2010 ufficializzato attraverso l'invio agli organismi competenti aziendali e regionali, viene aggiornato annualmente e prevede due modalità di controlli:

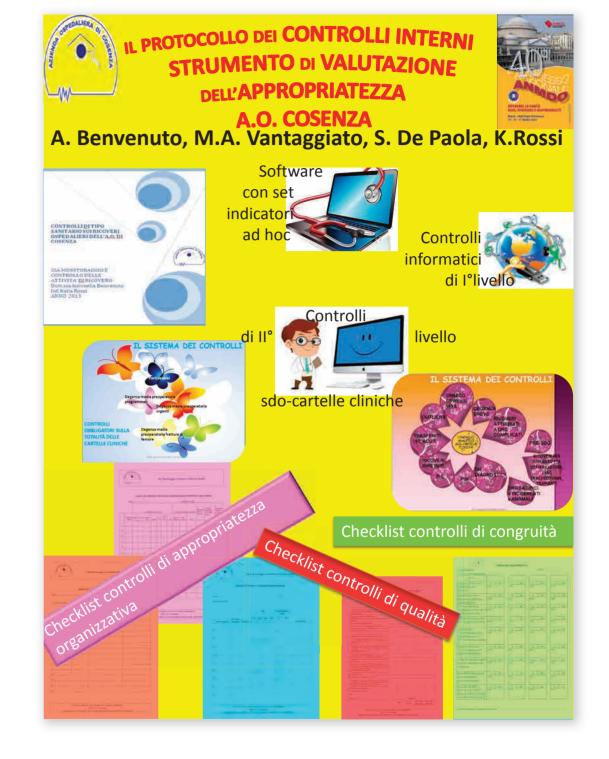
- controllo ed analisi sugli archivi SDO finalizzati alla verifica della qualità e della completezza del tracciato SDO e al monitoraggio dell'attività a consuntivo, attraverso l'elaborazione di un set di idonei indicatori che costituiscono la base per la selezione della casistica da sottoporre al successivo controllo analitico di secondo livello, da effettuarsi sulla SDO e poi sulla cartella clinica direttamente in reparto.
- controlli analitici sulle cartelle cliniche e relative SDO che comprendono un controllo analitico annuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche e un controllo analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche per quelle prestazioni che periodicamente vengono individuate dalla Regione come ad alto rischio di inappropriatezza.

Nel protocollo sono contenuti tutti i controlli effettuati nell'anno di riferimento suddivisi in:

- Controlli di qualità della cartella clinica per verificare corretta tenuta e completezza
- Controlli di appropriatezza organizzativa
- · Controlli di congruità.

Le verifiche di secondo livello vengono effettuate con l'ausilio di checklist costruite ad hoc. Queste ultime, sono state strutturate, implementate e modificate a seguito delle indicazioni regionali. La valutazione della giornata di ammissione viene effettuata con lo strumento PRUO. Gli item permettono l'elaborazione di report e di feedback da restituire alle UU.OO. e ai responsabili della Direzione Strategica per dare loro informazioni al fine di prendere decisioni e/o modificare comportamenti.

Conclusioni. Il sistema di controlli interni rappresenta uno strumento necessario ed irrinunciabile per il perseguimento di obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza permettendo l'adozione tempestiva di azioni correttive nei casi di ingiustificato scostamento dai valori standard nazionali e regionali. Favorisce inoltre il coinvolgimento dei professionisti e decision-maker dell'azienda che vengono coinvolti e responsabilizzati a meglio comprendere i fenomeni dell'inappropriatezza.



FOLLOW UP DI OPERATORI SANITARI COINVOLTI IN INCIDENTI BIOLOGICI: VALUTAZIONE DELL'ATTIVITA' DI UN BIENNIO

Filippo Berloco¹, Maddalena Pozzi¹, Costanza Baratta¹, Matteo Raponi², Giuseppe Vetrugno¹, Fabrizio Celani¹

- ¹ Direzione Rischio Clinico e Igiene Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma;
- ² Istituto di Sanità Pubblica Sezione di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Parole chiave: esposizione occupazionale, incidenti biologici, follow up

Introduzione. Il lavoro analizza la casistica prodotta in due anni dal servizio di medicina preventiva di un Policlinico Universitario, relativamente al follow up di operatori sanitari coinvolti in incidenti comportanti esposizione a sangue o a altri fluidi organici (cosiddetti incidenti/infortuni biologici).

Contenuti. Nel periodo considerato si sono verificati 416 casi di esposizione occupazionale con 414 pazienti (in due casi un paziente ha costituito la fonte per due operatori). Considerando i casi con follow up concluso (306) è stata osservata una compliance degli operatori molto alta (superiore al 90%) rispetto alle indicazioni fornite dal personale del servizio di medicina preventiva, codificate nello specifico protocollo aziendale. È interessante rilevare come, valutando la qualifica degli operatori coinvolti, il gruppo più numeroso è rappresentato dai medici (poco meno del 52%) seguiti dal personale infermieristico (43%) e dagli studenti di vari corsi di laurea (medicina, ostetricia, infermieristica, ecc.). La preponderanza dei medici si accentua se si analizza la distribuzione per qualifica di coloro che non si sono sottoposti ad alcun controllo dopo l'incidente: essi incidono per il 56%.

Quasi il 60% degli infortuni si è registrato nell'intervallo compreso tra le ore 7 e le ore 14, corrispondente al turno mattutino del personale infermieristico. Il 54% delle esposizioni si è verificato in reparti di degenza, il 28% circa in sala operatoria (o ambienti affini).

La valutazione sierologica dei soggetti individuati come fonte ha evidenziato una netta prevalenza degli HCV positivi, intesa come presenza degli anticorpi specifici (18.6% del totale dei pazienti fonte), seguiti dagli HIV positivi (5.3%). I soggetti risultati positivi per HCV costituiscono il 71% rispetto al totale dei sieropositivi. È utile ricordare che la prevalenza stimata in Italia per tale condizione oscilla tra il 2,5 e il 3.5%. L'intervento preventivo ottimale per gli operatori esposti a fonti HIV positive è rappresentato dalla chemioprofilassi antiretrovirale, da iniziarsi entro poche ore dall'incidente. A 41 operatori (circa la metà implicati in incidenti con fonte ignota) è stata proposta la chemioprofilassi. 23 (56%) hanno accettato. La percentuale di completamento della profilassi è pari al 50%. Rispetto ai 77 casi di esposizione a fonte HCV positiva il 69% degli operatori coinvolti è stato sottoposto a follow up completo: di questi 53 operatori 43 avevano avuto incidenti con fonte HCV-RNA positiva. Il numero di esposizioni occupazionali a pazienti HBV positivi (con presenza dell'antigene di superficie) è stato pari a 9. In un caso si è resa necessaria, per assenza di immunità pregressa, intraprendere la siero-vaccino profilassi.

Conclusioni. Nessun caso di sieroconversione è stato documentato al termine del follow up.

L'analisi dei dati ha indotto ad una revisione del protocollo aziendale, con conseguente ridefinizione del calendario degli accertamenti previsti per il follow up. L'elevata percentuale di adesione è stata ottenuta attraverso una costante relazione con gli operatori coinvolti. L'elevata componente emotiva correlata ad tipo di infortunio richiede una particolare sensibilità da parte del personale del servizio.

Policlinico Agostino Gemelli Università Cattolica del Sacro Cuore



Napoli - Hotel Royal Continental 15 - 16 - 17 Ottobre 2014



Follow up di operatori sanitari coinvolti in incidenti biologici: valutazione dell'attività di un biennio

Filippo Berloco¹, Maddalena Pozzi¹, Costanza Baratta¹, Matteo Raponi², Giuseppe Vetrugno¹, Fabrizio Celani¹.

- ¹Direzione Rischio Clinico e Igiene, Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma
- ² Istituto di Sanità Pubblica Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Parole chiave: esposizione occupazionale, incidenti biologici, follow up.

Introduzione: Il lavoro analizza la casistica prodotta in due anni dal servizio di medicina preventiva di un Policlinico Universitario, relativamente al follow up di operatori sanitari coinvolti in incidenti comportanti esposizione a sangue o a altri fluidi organici (cosiddetti incidenti/infortuni biologici).

Contenuti: Nel periodo considerato si sono verificati 416 casi di esposizione occupazionale con 414 pazienti (in due casi un paziente ha costituito la fonte per due operatori). Considerando i casi con follow up concluso (306) è stata osservata una compliance degli operatori molto alta (superiore al 90%) rispetto alle indicazioni codificate nello specifico protocollo aziendale.

E' interessante rilevare come, valutando la qualifica degli operatori coinvolti, il **gruppo più numeroso è rappresentato dai medici** (poco meno del 52%) seguiti dal personale infermieristico (43%) e dagli studenti di vari corsi di laurea (medicina, ostetricia, infermieristica, ecc.). La preponderanza dei medici si accentua se si analizza la distribuzione per qualifica di coloro che non si sono sottoposti ad alcun controllo dopo l'incidente: essi incidono per il 56%.

Quasi il 60% degli infortuni si è registrato nell'intervallo compreso tra le ore 7 e le ore 14, corrispondente al turno mattutino del personale infermieristico. Il 54% delle esposizioni si è verificato in reparti di degenza, il 28% circa in sala operatoria (o ambienti affini).

	Ausiliari	Tecnici	Infermieri Caposale Ostetriche	Medici strutturati	Medici non strutturati	Studenti
Proporzione a follow up concluso (N=306)	4,57%	1,31%	33,33%	14,70%	36,93%	9,15%
Proporzione personale mai venuto ai controlli (7.52% del totale)	0%	0%	43,48%	34,78%	21,74%	0%

		Tipologia d'infortunio (N=416)					
i		Puntura e ferita da ago	Ferita, Escoriazione (escl da ago)		Contaminaz	ione	Varie
		216 (51,92%)	56 (13,46%)		141 (33,89	1%)	3 (0,72%)
	П	Turno in cui si è verificato l'infortunio (N=416)					
		Mattina (h 07.00 escl - 14.00 incl)	Pomeriggio (h 14.00 escl - 22.00 incl)		Notte 22.00 escl 07.00 incl)	,	Non noto
		243 (58,41%)	130 (31,25%)	2:	9 (6,97%)	1	4 (3,36%)

La valutazione sierologica dei soggetti individuati come fonte ha evidenziato una **netta prevalenza degli HCV positivi**, intesa come presenza degli anticorpi specifici (18,6% del totale dei pazienti fonte), seguiti dagli **HIV positivi** (5,3%). I soggetti risultati positivi per HCV costituiscono il 71% rispetto al totale dei sieropositivi. La prevalenza stimata in Italia per tale condizione oscilla itra il 2,5 e il 3,5%. L'intervento preventivo ottimale per gli operatori esposti a fonti HIV positive è rappresentato dalla chemioprofilassi antiretrovirale, da iniziarsi entro poche ore dall'incidente. A 41 operatori (circa la metà implicati in incidenti con fonte ignota) è stata proposta la chemioprofilassi. 23 (56%) hanno accettato. La percentuale di completamento della profilassi è pari al 50%. Rispetto ai 77 casi di esposizione a fonte HCV positiva il 69% degli operatori coinvolti è stato sottoposto a follow up completo: di questi 53 operatori 43 avevano avuto incidenti con fonte HCV-RNA positiva. Il numero di esposizioni occupazionali a pazienti **HBV positivi** (con presenza dell'antigene di superficie) è stato pari a 9. In un caso si è resa necessaria, per assenza di immunità pregressa, intraprendere la siero-vaccino profilassi.

UUOO sede d'infortunio (N=41	16)
Reparti (incl Day Surg, TTII, PS, Rianimaz e Reparti chirurg)	227 (54,57%)
Sale Operatorie (incl Elettrofisiol, Emodinamica, Endoscopia)	116 (27,88%)
Amb, DH, Centro Trasf, Sala Prelievi	37 (8,89%)
Laboratori (incl Sala Settoria)	18 (4,33%)
Radiol, Angiogr, Med Nucl, Radioter	15 (3,6%)
Vari (Sterilizz, Locali Servizio, Non rilevato)	3 (0,72%)

	Prevalenza infezione tra i pazienti-fonte d'infortunio (414 pz-fonte*)					
Agente	Sierologia pz-fonte	% sul totale dei pz-fonte	Dipendenti in profilassi			
HIV	Ab pos, deb pos, dubbi: 22 Considerati contagiosi: 14	5,31%	11 profilassi completate; 1 in corso (2,90% dei dipendenti infortunati)			
HCV	Ab positivi: 77 RNA positivo: 43	18,60% • 10,39%	Non disponibile			
HBV	HBV Ag positivo: 9 2,17% 1 siero-vaccino profilassi (0,25% dei dipendenti infortunati)					
* In un pa	* In un paio di casi un paziente è stato fonte di infortunio per due dipendenti					

Conclusioni: Nessun caso di sieroconversione è stato documentato al termine del follow up.

L'analisi dei dati ha indotto ad una **revisione del protocollo aziendale**, con conseguente ridefinizione del calendario degli accertamenti previsti per il follow up. L'elevata percentuale di adesione è stata ottenuta attraverso una costante relazione con gli operatori coinvolti.

L'elevata componente emotiva correlata al tipo di infortunio richiede una particolare sensibilità da parte del personale del servizio.

Referente: Maddalena Pozzi maddalena.pozzi@rm.unicatt.it

STUDIO OSSERVAZIONALE DELLA DURATA DEI RICOVERI PRESSO L'OBI PEDIATRICA DELL'AORN DI CASERTA

Boccalone P.1, Boccalone E.2, Mensorio M.1, Pianese E.3, Matarazzo G.4

¹ Dirigente medico – Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S. Anna e S. Sebastiano, Caserta; ² Scuola di Medicina Seconda Università degli Studi di Napoli; ³ Responsabile UOSD Pronto Soccorso Pediatrico; ⁴ Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S.Anna e S. Sebastiano – Caserta

Introduzione. Nell'ambito della riqualificazione della rete di emergenza-urgenza posta in essere dalla Regione Campania con Decreto Commissariale 45 del giugno 2010 e seguito dal Decreto Commissariale n. 57 del 14/6/2012 sono stati attivati presso l'Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta quattro posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) Pediatrica nell'ambito del Dipartimento Integrato Emergenze in quanto ospedale di 3° livello dell'emergenza. Il Pronto Soccorso Pediatrico (PSP) dispone di una sala visita con due postazioni attrezzate per l'emergenza-urgenza e di una sala con quattro posti letto di OBI.

Contenuti. L'OBI ha finalità di rapido inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente, in genere non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore.

È stato da noi svolto uno studio osservazionale che consente la rilevazione della durata d'osservazione dei ricoveri presso l'OBI, attraverso l'analisi dei report mensili sequenziali di accessi al PSP per quanto riguarda il periodo 1/1/2014-31/8/2014 e 1/1/2013-31/12/2013.

Nei primi otto mesi dell'anno 2014 gli accessi al PSP sono stati 10014 con una media mensile di 1251 e una media giornaliera di 41,725. Di questi accessi, i ricoveri sono stati 635 con una media mensile di 79 e i trasferimenti sono stati 343 con una media mensile di 43; i ricoveri di OBI sono stati 1526 e di questi 218 sono stati poi ricoverati.

In particolare bisogna porre attenzione che dei 10014 accessi al PSP il 32,9% in media sono stati codice bianco, il 65,8% codice verde, l'1,1% codice giallo e lo 0,2% codice rosso.

Ponendo più nello specifico l'attenzione sulla durata della permanenza in OBI si evince che dei 1526 pazienti quelli rimasti in osservazione per meno di due ore sono stati 697 (il 45,7%), tra due e quattro ore 608 (39,8%), tra quattro e dodici ore 195 (il 12,8%) e tra dodici e ventiquattro ore 26 (l'1,7%).

Nell'anno 2013 gli accessi al PSP sono stati 13229 con una media mensile di 1102. Di questi accessi, i ricoveri sono stati 972 con una media mensile di 81 e i trasferimenti sono stati 507 con una media mensile di 42; i ricoveri di OBI sono stati 1058 e di questi 348 sono stati poi ricoverati.

Bisogna porre attenzione che dei 13229 accessi al PSP il 30,7% in media sono stati codice bianco, il 68,0% codice verde, lo 0,89% codice qiallo e lo 0,13% codice rosso.

Ponendo più nello specifico l'attenzione sulla durata della permanenza in OBI si evince che

1058 (50,2%) pazienti sono rimasti in osservazione per meno di due ore, 731 (34,7%) tra le due e le quattro ore, 288 (13,7%) tra le quattro e le dodici ore, 27 (1,3%) tra le dodici e le ventiquattro ore e 4 (0,2%) oltre le ventiquattro ore.

Conclusioni. Dalla rilevazione sui dati relativi ai ricoveri in OBI dopo accesso al PSP si evince che per i primi otto mesi del 2014, rispetto ai 10014 accessi al PSP, i ricoveri in OBI sono stati 1526, cioè il 15,2%. Di questi ricoveri in OBI il 14,5% ha durata di osservazione tra le quattro e le ventiquattro ore, mentre l'85,5% ha durata di osservazione inferiore alle quattro ore.

Inoltre, si può evincere come rispetto all'anno 2013 i dati riguardanti i primi otto mesi del 2014 mostrino percentuali pressoché simili per quanto riguarda le fasce di durata di osservazione.

È importante ricordare che la tariffa individuata con Decreto Commissariale 45 del giugno 2010 della Regione Campania per il periodo sperimentale di OBI è di 280,00euro ad accesso fino ad una rotazione di 2,5 osservazioni al giorno per posto letto. Un numero di accessi superiore a 2,5 per giorno per posto determina un abbattimento del 40% della tariffa.

Dai dati ricavati dai report si evince che è rispettato il parametro di accesso in OBI con meno di 2,5 osservazioni al giorno per posto letto (1,59 osservazioni/die per posto letto nei mesi gennaio-agosto 2014 e 1,46 osservazioni/die per posto letto nei mesi gennaio-dicembre 2013).

Studio osservazionale della durata dei ricoveri presso l'OBI Pediatrica dell'AORN di Caserta

Boccalone P 1, Boccalone E2, Mensorio M1 Pianese E. 3Matarazzo G. 4

1Dirigente medico – Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S.Anna e S. Sebastiano – Caserta 2 Scuola di Medicina Seconda Università degli Studi di Napoli 3 Responsabile UOSD Pronto Soccorso Pediatrico

4Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S.Anna e S. Sebastiano – Caserta

Nell'ambito della riqualificazione della ete di emergenza-urgenza posta in essere dalla Regione Campania con Decreto Commissariale 45 del giugno 2010 e seguito dal Decreto Commissariale n. 57 del 14/6/2012 sono stati attivati presso l'Azienda Ospedaliera S.Anna e S.Sebastiano di Caserta quattro posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) Pediatrica nell'ambito del Dipartimento Integrato Emergenze in quanto ospedale di 3°livello dell'emergenza. Il Pronto Soccorso Pediatrico (PSP) dispone di una sala visita con due postazioni attrezzate per l'emergenza-urgenza e di una sala con quattro posti letto di ORI

L'OBI ha finalità di rapido inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente, in genere non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore

E' stato da noi svolto uno studio osservazionale che consente la rilevazione della durata d'osservazione dei ricoveri presso l'Osla, attraverso l'analisi dei report mensili sequenziali di accessi al PSP per quanto riguarda il **periodo 1/1/2014-31/8/2014 e** 1/1/2013-31/12/2013.

Nei primi otto mesi dell'anno 2014 gli accessi al PSP sono stati 10014 con una media mensile di 1251 e una media giornaliera di 41,725. Di questi accessi, i ricoveri sono stati 635 con una media mensile di 79 e i trasferimenti sono stati 343 con una media mensile di 43; i ricoveri di OBI sono stati 1526 e di questi 218 sono stati poi ricoverati.

In particolare bisogna porre attenzione che dei 10014 accessi al PSP il 32,9% in media sono stati codice bianco, il 65,8% codice verde, l'1,1% codice giallo e lo 0,2% codice rosso.

Ponendo più nello specifico l'attenzione sulla durata della permanenza in OBI si evince che dei 1526 pazienti quelli rimasti in osservazione per meno di due ore sono stati 697 (il 45,7%), tra due e quattro ore 608 (39,8%), tra quattro e dodici ore 195 (il 12,8%) e tra dodici e ventiquattro ore 26 (l'1,7%).

Nell'anno 2013 gli accessi al PSP sono stati 13229 con una media mensile di 1102. Di questi accessi, i ricoveri sono stati 972 con una media mensile di 81 e i trasferimenti sono stati 507 con una media mensile di 42; i ricoveri di OBI sono stati 1058 e di questi 348 sono stati poi ricoverati.

Bisogna porre attenzione che dei 13229 accessi al PSP il 30,7% in media sono stati codice bianco, il 68,0% codice verde, lo 0,89% codice qiallo e lo 0,13% codice rosso.

Ponendo più nello specifico l'attenzione sulla durata della permanenza in OBI si evince che 1058 (50,2%) pazienti sono rimasti in osservazione per meno di due ore, 731 (34,7%) tra le due e le quattro ore, 288 (13,7%) tra le quattro e le dodici ore, 27 (1,3%) tra le dodici e le ventiquattro ore e 4 (0,2%) oltre le ventiquattro ore

In conclusione dalla rilevazione sui dati relativi ai ricoveri in OBI dopo accesso al PSP si evince che per i primi otto mesi del 2014, rispetto ai 10014 accessi al PSP, i ricoveri in OBI sono stati 1526, cioè il 15,2%. Di questi ricoveri in OBI il 14,5% ha durata di osservazione tra le quattro e le ventiquattro ore, mentre l'85,5% ha durata di osservazione inferiore alle quattro ore. Inoltre, si può evincere come rispetto all'anno 2013 i dati riguardanti i primi otto mesi del 2014 mostrino percentuali pressoché simili per quanto riguarda le fasce di durata di osservazione.

E' importante ricordare che la tariffa individuata con Decreto Commissariale 45 del giugno 2010 della Regione Campania per il periodo sperimentale di OBI è di 280,00euro ad accesso fino ad una rotazione di 2,5 osservazioni al giorno per posto letto. Un numero di accessi superiore a 2,5 per giorno per posto determina un abbattimento del 40% della tariffa.

Dai dati ricavati dai report si evince che è rispettato il parametro di accesso in OBI con meno di 2,5 osservazioni al giorno per posto letto (1,59 osservazioni/die per posto letto nei mesi gennaio-agosto 2014 e 1,46 osservazioni/die per posto letto nei mesi gennaio-dicembre 2013).

Durata osservazione OBI Pediatrica 1/1-31/8 2014

DURATA OSSERVAZI ONE	N. PAZIENTI	% PAZIENTI
< 2 h	697	45,7%
2-4 h	608	39,8%
4-12 h	195	12,8%
12-24 h	26	1,7%
TOTALE	1526	100%

Durata osservazione OBI Pediatrica

DURATA OSSERVAZI ONE	N. PAZIENTI	% PAZIENTI
< 2 h	1058	50,2%
2-4 h	731	34,7%
4-12 h	288	13,7%
12-24 h	27	1,3%
> 24 h	4	0,2%
TOTALE	2108	100%

EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA DELL'ANDAMENTO DI KLEBSIELLA PNEUMONIAE MULTI RESISTENTE PRESSO L'AORN DI CASERTA.

Matarazzo G.1, Lino M.2, Boccalone P.3, Boccalone E.4

- ¹ Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S. Anna e S. Sebastiano, Caserta;
- ² Specialista in Igiene e Medicina Preventiva; ³ Dirigente medico, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S. Anna e S. Sebastiano Caserta; ⁴ Scuola di Medicina Seconda Università degli Studi di Napoli

Introduzione. In seguito all'azione del Coordinamento della Regione Campania che ha aderito al sistema di sorveglianza nazionale per le misure di prevenzione e controllo delle infezioni da *Enterobatteri* produttori di *Carbapenemi*, è sembrato interessante condurre presso l'AORN di Caserta un'indagine epidemiologica valutativa per studiare la diffusione e la percentuale di antibiotico resistenza di *Klebsiella pneumoniae*.

Contenuti. L'indagine epidemiologica osservazionale ha consentito la descrizione della prevalenza della percentuale di *K. pneumoniae MDR* attraverso lo studio del campione di isolati risultati positivi nel periodo gennaio 2009 – dicembre 2013 estratto dall'archivio del laboratorio di microbiologia della succitata AORN. Si è andato, inoltre, ad indagare sulla distribuzione del microrganismo per sede e/o tipologia di materiale; età, sesso e unità operativa di degenza del paziente; sui livelli di antibiotico resistenza verso le classi di antibiotici *Cefalosporine di III generazione*, *Fluorochinolonici, Aminoglicosidi, Carbapenemi* e si è valutato per ciascuna classe di antibiotico i rispettivi Trend e il livello di significatività statistica.

Nel periodo considerato il numero totale di isolati positivi è stato di 9133, tra questi 4035 risultati appartenere a *Enterobatteri* e in particolare 1917 *K. Pneumonie.*

Dall'analisi degli isolati di *K. pneumoniae* si nota come è riscontrata maggiormente in pazienti di sesso maschile (M 61.1% vs F 38.9%), di età ≥ 65 anni (56.6%) e pazienti ricoverati in unità operative di terapia intensiva (41.1%) rispetto a u.o. mediche (31%) o chirurgiche (27.5%). *K. pneumoniae* è stata riscontrata maggiormente in isolati dalle vie urinarie (30,3%) rispetto a vie respiratorie (21.2%), sangue (15.7%) ed altri. Poi si è andato a quantizzare il n° di isolati di *K. pneumoniae* sensibili e resistenti agli antibiotici negli anni in esame. Si è visto che la percentuale di resistenze alle *Cefalosporine di III generazione*, *Fluorochinolonici, Aminoglicosidi, Carbapenem*i aumenta progressivamente nel tempo in tutti gli antibiotici testati.

Per gli *Aminoglucosidi* si è passato da una percentuale di antibiotico resistenza di 37,8% del 2009 al 46% del 2011 all'81,6% del 2013. Per i *Fluorochinolonici* rispettivamente 52,9%; 64,5%; 87,6%. Per le *Cefalosporine di III generazione* 51,2%; 61,6%; 85,7%. Per i *Carbapenemi* 14,7%; 22.0%; 80,4%.

Per ciascuna classe di antibiotico è stato calcolato il Trend dei livelli di resistenza tramite test di Cochran-Armitage e i livelli di significatività relativi al trend tramite test del chi-quadro con ipotesi nulla di presenza di un trend lineare contro l'ipotesi alternativa di allontanamento da esso.

I risultati hanno mostrato che i Trend di tutti gli antibiotici analizzati sono risultati significativi (p<0,001) e che i Trend dei *Fluorochinolonici*, e delle *Cefalosporine di III generazione* sono di tipo lineare. Invece si vede un andamento di tipo non lineare con improvviso aumento delle resistenze a partire dal 2011 per la *Cefalosporina di III generazione Cefepime*, per l'*Aminoglucoside*, e per i *Carbapenemi*.

Bisogna però notare come all'inizio del 2012 è avvenuta, in seguito all'azione del Coordinamento regionale, la transizione dei criteri interpretativi delle sensibilità agli antibiotici proposti dal CLSI a quelli dell EUCAST e ciò potrebbe aver influenzato i predetti Trend.

Conclusioni. La rilevazione sui dati relativi alla diffusione di *K. pneumoniae MDR* e al livello di antibiotico resistenza riscontrati presso l'AORN di Caserta nel periodo esaminato fornisce un quadro d'insieme in cui si nota come i Trend dei livelli di resistenza alle *Cefalosporine di III generazone, ai Fluorochinolonici, agli Aminoglucosidi e ai Carbapenemi* mostrano significativo incremento delle percentuali di resistenza e tendenza di *K pneumoniae MDR* a diffondere in terapie intensiva, indicazioni per una necessaria costante sorveglianza da parte del Gruppo Operativo del Comitato Infezioni Ospedaliere, fin dall'ingresso del paziente nell'u.o. per permettere di adottare azioni preventive necessarie.

Epidemiologia valutativa dell'andamento di *Klebsiella pneumoniae multi* resistente presso l'AORN di Caserta

Matarazzo G. 1, Lino M. 2, Boccalone P. 3, Boccalone E 4

1Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S.Anna e S. Sebastiano – Caserta
2 Specialista in Idiene e Medicina Preventiva

medico – Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S.Anna e S. Sebastiano – Caserta 4 Scuola di Medicina Seconda Università degli Studi di Napoli

In seguito all'azione del Coordinamento della Regione Campania che ha aderito al sistema di sorveglianza nazionale per le misure di prevenzione e controllo delle infezioni da Enterobatteri produttori di Carbapenemi, è sembrato interessante condurre presso l'AORN di Caserta un'indagine epidemiologica valutativa per studiare la diffusione e la percentuale di antibiotico resistenza di Klebsiella preumoniae.

L'indagine epidemiologica osservazionale è stata effettuata in due momenti, con metodologie di statistica descrittiva e di statistica inferenziale. L'analisi ha consentito la descrizione della prevalenza della percentuale di K. pneumoniae MDR attraverso lo studio del campione di isolati risultati positivi nel periodo gennaio 2009 – dicembre 2013 estratto dall'archivio del laboratorio di microbiologia della succitata AORN.

Si è andato, inoltre, ad indagare sulla distribuzione del microrganismo per sede e/o tipologia di materiale; età, sesso e unità operativa di degenza del paziente; sui livelli di antibiotico resistenza verso le seguenti classi di antibiotici, Cefalosporine di III generazione, Fluorochinolonici, Aminoglicosidi, Carbappeneni; infine si è vallutato per ciascuna classe di antibiotico i rispettivi Trend e il livello di significatività statistica.

Bisogna sottolineare che all'inizio del 2012, in seguito all'azione del Coordinamento regionale, è avvenuta la transizione dei criteri interpretativi delle sensibilità agli antibiotici proposti dal Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) a quelli proposti dall'European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST).

Nel periodo considerato dallo studio, il numero totale di isolati positivi è stato di 9133, tra questi 4035 sono risultati appartenere agli Enterobatteri, in particolare 1917 K. pneumoniae, risultando la specie più frequentemente isolata tra i campioni.

L'analisi descrittiva degli isolati di *K. pneumoniae* ha evidenziato come il microrganismo sia più frequente in pazienti di sesso maschile (M 61.1% vs 7 38.9%), di età ≥ 65 anni (56.6%) ed in pazienti ricoverati in unità operative di terapia intensiva (41.1%) rispetto a unità operative mediche (31%) o chirurgiche (27.5%). *K. pneumoniae* è stata riscontrata maggiormente in isolati dalle vie urinarie (30.3%) rispetto a vie respiratorie (21.2%), sanque (15.7%) ed altri materiali. **Tab** 1

Successivamente, si è quantizzato il numero di isolati di K. pneumoniae sensibili e resistenti agli antibiotici negli anni esaminati dallo studio. I risultati hanno evidenziato che la percentuale di resistenze a Cefalosporine di III generazione, Fluorochinolonici, Aminoglicosidi e Carbapenemi aumenta progressivamente nel tempo in tutti gli antibiotici testati. In particolare, per gli Aminoglicosidi si è passati da una percentuale di antibiotio resistenza di 37.8% del 2009, a 46% del 2011et a 81.6% del 2013; per i Fluorochinolonici rispettivamente di 52.9% del 2009, 64.5% del 2011 e 87.6% del 2013; per le Cefalosporine di III generazione di 51.2%, 61.6%, 85.7%; per i Carbapenemi di 14.7%; 22%, 80.4%. Tab. 2

Per ciascuna classe di antibiotico si è valutata la significatività dei Trend dei livelli di resistenza, utilizzando il Test di Cochran-Armitage Trend. Il Test ha avuto l'obiettivo di valutare, in base al valore assunto dalla variabile χ^2 l'esistenza di un Trend significativo e l'allontanamento significativo del Trend dilandamento linere. I risultati hanno mostrato che i Trend di tuti gli antibiotici oggetto di studio sono significativi (p=<0.001); in particolare, ra gli antibiotici testati l'andamento del Trend è risultato essere lineare e significativo (p=<0.001) per Levofloxacina, Cefotaxmine e Ceftazidime. Si è, invece, evidenziato un andamento significativo (<math>p=<0.001) del trend di tipo non lineare, con improvviso aumento delle resistenze a partire dal 2011, per Cefepime, Amikacina e per tutti i Carbapenemi oggetto di studio.

La rilevazione sui dati relativi alla diffusione di K. penumoniae MDR e al livello di antibiotico resistenza riscontrati presso l'A.O.R.N. di Caserta, nel periodo esaminato dallo studio, fornisce un quadro d'insieme attraverso il quale risultano confermate molte criticità:

i Trend dei Tassi di resistenza alle Cefalosporine di III generazione, ai Fluorochinolonici, agli Aminoglucosidi e ai Carbapenemi mostrano un significativo incremento delle percentuali d resistenza;

la tendenza di K. pneumoniae MDR a diffondersi nell'ambiente ospedaliero ed in specia modo in aree assistenziali critiche quali le terapie intensive.

Sebbene alcuni dei predetti Trend potrebbero essere stati influenzati dal passaggio da CLSI a EUCAST, in ogni caso l'analisi dei dati raccolti nel 2012 fornisce in generale indicazioni circa la necessità di una costante sorveglianza di questi eventi che dovrà impegnare il Gruppo Operativo del Comitato Infezioni Ospedaliere nella verifica critica dei comportamenti degli operatori e delle procedure adottate. Detta sorveglianza dovrà interessare i pazienti sospetti fin dal loro ingresso nelle unità operative, per permettere di adottare le azioni preventive necessarie.

La gestione dei pazienti non può prescindere da una presa in carico del gruppo operativo multidisciplinare che deve comprendere anche l'infettivologo.

	20	000	. 3	110	. 25	nti.	2	23.5	3	15
Marcelale	N	142	N	AL.	N	140	N	1	N	54
Virtinia	30.	100	146	41,4	12	35.6	110	26.4		343
Switzmann	44	173	11	16.7	-	18	**	28.6	- ON	211
frage	95	ZZ.6	19	(8.T	90	21.5	71	18.3	2.85	150
Tenum modili	30 :	7,4	381	9.0	26	13:	30	55	41	28
Танцена	300	67	Mil	83,	.30	(83)	(55)	5.5	.52	124
Denice	36.	2.8	38.1	4	12	46.	37.	144	.46	13
Liques					. 81	129:	18	(33	(8)	1.4
Sheet .	30	14	16.	2.1	21	18.8	08	2,8	140	2.5
Young		15	334	27.6	ats	29.4	260	127.7	62	363

Tab

		2000		(8111)	7,6	1991	340	40	1	mo:
Nomine Sortini		307		174	- 1	12		RU		1971
	N	94	M	30	*	5	*		At I	4
Accomplished										
-	15.	1854	110	240	3441	160	(494)	ě.	46	366
Access	-	B1	33	200		000	(86)	MX.	041	100
Florence										
-	751	968	270	199	100	345	100	44.5	180	30
Charles .	817	110	m	1441	100	46	100	THE		195
Cefatospoints di [II] generations										
-	90	110	38	254	15	89	201	755	-	- 61
-	166	ALZ:	211	1447	-	20.0	39	75	В	
and the same	16	15.5	213	10.0	261	ME	244	154	iii,	. 6
Сантаринина										
-	H	148	66	80.7	75	842	256	463	100	
	22	141	160	1940	10	200	-	44	- 24	
		124	п				6	100.5	-	

Tab 2

	Tes	a di Cochrar	-Arminage Trend					
		*						
	Trend	p-corbe	Alloniamamento Lineare	p-value				
Ammoglicosidi								
Contamine	206.2	<0.001	253	101.05				
Ameliania /	585.4	<0.001	102.0	430,001				
Phonichinolonici								
Langtonner	150.0	-0000	12.4	*0.001				
Carolinamo	134.2	100.001	5.31	16207				
Cefalosporine di I generazione	a:							
Cyliptom	170.8	<0.001	53.7	90001				
Cristosen	146.6	<0.091	-53	0.20				
Calterylan	121.8	<0.001	4,5	6.15				
Carbapenemi								
Memperow	658.3	50,001		+6300				
and one	570.5	<0.001	72.8	*0.00				
on a second		-00.001	754	<0.00				

Tab 3

TRASFERIMENTO IN DEGENZA POST ACUZIE (DPA) E CONTINUITÀ DELLE CURE

Alessandro Callegaro¹, Athos Borghi², Ivo Venturini³, Roberto Chiesa³, Attilia Scacchetti³, Antonia Gherardini⁴, Annarita Garzia⁴, Anselmo Campagna⁵, Kyriakoula Petropulacos⁵

¹ Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena; ² Direttore Degenza Post Acuzie Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena; ³ Degenza Post Acuzie Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena; ⁴ Direzione Infermieristico Tecnica Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena; ⁵ Direttore Sanitario e Direttore Generale Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

"Il processo di reinvenzione (dell'ospedale) è destinato a continuare, ma diventerà (a tutti) evidente quando l'ospedale sarà diventato relativamente invisibile, nascosto entro il contesto di sistemi sanitari integrati che operano come parte della rete dei servizi per la comunità" (American Hospital Association, 1993) Introduzione e contesto

L'incremento di pazienti con malattie croniche e multimorbidità ha messo in luce limiti organizzativi e gestionali dei sistemi sanitari dei paesi occidentali, così da identificare già oltre 20 anni or sono alcuni problemi generali e largamente diffusi:

- 1) poca propensione ad aderire alle linee guida stabilite;
- 2) scarso coordinamento delle cure e del follow up per garantire i migliori risultati nel tempo;
- 3) pazienti non adeguatamente supportati nel gestire le loro malattie.

Come risposta ai suddetti limiti, a metà degli anni '90, si è sviluppato in California il movimento scientifico e culturale che ha portato al cosiddetto Chronic Care Model, che ha sostituito il paradigma dell'attesa con un approccio proattivo alle malattie croniche, per definire i trattamenti sulla base delle migliori conoscenze scientifiche e più efficaci approcci gestionali (questi ultimi sono stati oggetto di significative innovazioni gestionali come il "case management" e il "discharge planning").

Nello stesso periodo storico e per le medesime ragioni, anche in Italia vi sono state importanti modifiche al sistema sanitario con:

- 1) iniziative e strumenti per l'utilizzo appropriato della risorsa ospedale;
- definizione delle funzioni delle strutture ospedaliere di lungodegenza postacuzie e riabilitazione estensiva (LPARE);
- 3) parziale adequamento delle risorse riabilitative.

Le trasformazioni organizzative e culturali hanno consentito di intercettare meglio i nuovi bisogni di cure, soprattutto legati alle patologie croniche riacutizzate, associate in gran numero all'età avanzata e a vari gradi di fragilità e disabilità. Resta tuttavia da approfondire l'effettivo impatto di tali innovazioni sugli indicatori di salute: l'eterogeneità degli studi disponibili indica la necessità di ricercare e innovare ulteriormente le metodologie gestionali, anche al fine di ridurre alcune criticità permanenti quali il rischio di autoreferenzialità di strutture e servizi, scarsa integrazione di linguaggi comuni valutativi e di risposta ai problemi, separazione tra valutazione dei problemi sanitari e sociali e responsabilità della presa in carico. Di frequente i percorsi dei pazienti risentono di un frazionamento degli interventi ai vari livelli (tra aree territoriali, tra i vari ospedali e tra le diverse discipline) fino a coinvolgere l'operatività di medici, infermieri, terapisti, assistenti sociali, in relazione a scansioni spazio-tempo (separazione logistica tra reparti, giorno della settimana e turni di lavoro).

Contenuti. Le criticità sopra delineate tendono ad emergere nel momento in cui è necessario o si ritiene utile provvedere ad un trasferimento del paziente. Il trasferimento del paziente, sia da un reparto all'altro all'interno dell'ospedale sia da ospedale a territorio, è un evento critico, poiché comporta il rischio di compromettere la continuità clinico assistenziale, a causa di parziali perdite di informazioni o di un loro insufficiente utilizzo. In oltre il 50% dei casi, nella nostra realtà, manca l'esplicitazione degli obiettivi che sono alla base di una richiesta di trasferimento intraospedaliero in Degenza Post Acuzie.

Il Direttore della Degenza Post Acuzie, di concerto con la Direzione del Policlinico di Modena, ha definito una proposta di miglioramento per ottimizzare il percorso del malato. In un modulo formale di richiesta, che costituisce un aggiornamento del modulo preesistente, sono stati descritti in maniera strutturata i

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA ROVACONO
Antonio Gogodilare - Unoseultaria di Modesa
Policinetti

Trasferimento in Degenza Post Acuzie (DPA) e continuità delle cure

Alessandro Callegaro¹, Athos Borghi², Ivo Venturini³, Roberto Chiesa³, Attilia Scacchetti³, Antonia Gherardini⁴, Anna Rita Garzia⁴,
Anselmo Campagna⁵. Kyriakoula Petropulacos⁵

- 1. Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
- 2. Direttore Degenza Post Acuzie Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
- Degenza Post Acuzie Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
 Direzione Infermieristica e Tecnica Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
- Direttore Sanitario e Direttore Generale Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
 Direttore Sanitario e Direttore Generale Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
- "Il processo di reinvenzione (dell'ospedale) è destinato a continuare, ma diventerà (a tutti) evidente quando l'ospedale sarà diventato relativamente invisibile, nascosto entro il contesto di sistemi sanitari integrati che operano come parte della rete dei servizi per la comunità" (American Hospital Association, 1993)

ntroduzione e contesto

L'incremento di pazienti con malattie croniche e multimorbidità ha messo in luce limiti organizzativi e gestionali dei sistemi sanitari dei paesi occidentali, così da identificare già oltre 20 anni or sono alcuni problemi generali e largamente diffusi:

sanitari dei paesi occidentali, così da identificare già oltre 20 anni or sono alcuni problemi generali e largamente diffusi: i) poca propensione ad aderire alle linee guida stabilite; ii) scarso coordinamento delle cure e del follow up per garantire migliori risultati nel tempo; iii) pazienti non adeguatamente supportati nel gestire le loro malattie.

Come risposta ai suddetti limiti, a metà degli anni '90, si è sviluppato in California il movimento scientifico e culturale che ha portato al cosiddetto Chronic Care Model, che ha sostituito il paradigma dell'attesa con un approccio proattivo alle malattie croniche, per definire i trattamenti sulla base delle migliori conoscenze scientifiche e più efficaci approcci gestionali (questi ultimi sono stati oggetto di significative innovazioni gestionali come il "case management" e il "discharge planning"). Nello stesso periodo storico e per le medesime ragioni, anche in Italia vi sono state importanti modifiche al sistema sanitario

 i) iniziative e strumenti per l'utilizzo appropriato della risorsa ospedale; ii) definizione delle funzioni delle strutture ospedaliere di lungodegenza postacuzie e riabilitazione estensiva (LPARE); iii) parziale adeguamento delle risorse riabilitative.

Le trasformazioni organizzative e culturali hanno consentito di intercettare meglio i nuovi bisogni di cure, soprattutto legati alle patologie croniche riacutizzate, associate in gran numero all'età avanzata e a vari gradi di fragilità e disabilità. Resta tuttavia da approfondire l'effettivo impatto di tali innovazioni sugli indicatori di salute: l'eterogeneità degli studi disponibili indica la necessità di ricercare e innovare ulteriormente le metodologie gestionali, anche al fine di ridurre alcune criticità permanenti quali il rischio di autoreferenzialità di strutture e servizi, scarsa integrazione di linguaggi comuni valutativi e di risposta ai problemi, separazione tra valutazione dei problemi sanitari e sociali e responsabilità della presa in carico. Di frequente i percorsi dei pazienti risentono di un frazionamento degli interventi ai vari livelli (tra aree territoriali, tra i vari ospedali e tra le diverse discipline) fino a coinvolgere l'operatività di medici, infermieri, terapisti, assistenti sociali, in relazione a scansioni spazio - tempo (separazione logistica tra reparti, giorno della settimana e turni di lavoro).

Contenuti

Le criticità sopra delineate tendono ad emergere nel momento in cui è necessario o si ritiene utile provvedere ad un trasferimento del paziente. Il trasferimento del paziente, sia da un reparto all'altro all'interno dell'ospedale sia da ospedale a territorio, è un evento critico, poiché comporta il rischio di compromettere la continuità clinico assistenziale, a causa di parziali perdite di informazioni o di un loro insufficiente utilizzo. In oltre il 50% dei casì, nella nostra realtà, manca l'esplicitazione dedli obiettivi che sono alla base di una richiesta di trasferimento intraospedaliero in Degenza Post Acuzie.

Il Direttore della Degenza Post Acuzie, di concerto con la Direzione del Policlinico di Modena, ha definito una proposta di miglioramento per ottimizzare il percorso del malato. In un modulo formale di richiesta, che costituisce un aggioramento del modulo preesistente, sono stati descritti in maniera strutturata i criteri per effettuare la proposta di trasferimento. Tali criteri sono elencati sotto le diciture motivi e obiettivi del trasferimento. Dal mese di luglio 2014 pertanto, per proporre il trasferimento di un paziente in DPA, si utilizza il modulo Proposta di ricovero in Struttura Complessa di DEGENZA POST ACUZIE (DPA) l'Vedi Schema a filanco]. La finalità è quella di arrivare ad una proposta di trasferimento adeguata alle esigenze del paziente e coerente con le competenze del reparto di assistenza. Anche in caso di non completa corrispondenza tra le caratteristiche del paziente e di criteri previsti nelle diciture motivi e obiettivi del trasferimento, il modulo consente al richiedente di riflettere sui problemi del paziente e addivenire ad una proposta di presa in carico il più possibile adeguata. Il modulo di Proposta di ricovero in Struttura Complessa di DEGENZA POST ACUZIE (DPA), rendendo espliciti i motivi e gli obiettivi della richiesta di trasferimento, è lo strumento che viene utilizzato per il corretto inquadramento dei problemi clinico assistenziali del paziente, in base a criteri definiti, che fanno riferimento ad un progetto.

Conclusione

Il coinvolgimento formalizzato multidisciplinare e multiprofessionale nella costruzione del percorso clinico assistenziale riferito ad un progetto che riguarda il paziente, dovrebbe contrastare i limiti dell' approccio "per tappe", della separazione tra valutazione e responsabilità e dei processi basati solo su fasi definite, ma senza adeguata attenzione per pianificazione e verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Gli autori sono interessati a valutare nell'arco di un semestre, il miglioramento del grado di esplicitazione degli obiettivi e della loro coerenza col progetto individuale del paziente.

Riferimenti bibliografici Proposta di ricovero in Struttura Complessa di DEGENZA POST ACUZIE (DPA)

- Reinventing the American HospitalAuthor(s): Stephen M. Shortell, Robin R. Gillies and Kelly J. DeversSource: The Milbank Quarterly, Vol. 73, No. 2 (1995), pp. 131-160Published by: Wiley on behalf of Milbank Memorial FundStable URL: http://www.jstor.org/stable/3350254.
- 2. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
- 3. E.Rocchi, A.Callegaro et al. "La Degenza Post Acuzie, un ponte fra ospedale e territorio", L' OSPEDALE n°3 (2005)





Gratica: Mauro Miglioli – Servizio Assicurazione Qualit

40° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. – Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere RIPENSARE LA SANITÀ: RUDCI OSTRATEGICO E RESPONSABILITÀ Napoli – Hotel Royal Continental 15 – 17 Ottobre 2014

criteri per effettuare la proposta di trasferimento. Tali criteri sono elencati sotto le diciture motivi e obiettivi del trasferimento. Dal mese di luglio 2014 pertanto, per proporre il trasferimento di un paziente in DPA, si utilizza il modulo Proposta di ricovero in Struttura Complessa di DEGENZA POST ACUZIE (DPA) [*Vedi Schema a fiancol. La finalità è quella di arrivare ad una proposta di trasferimento adequata alle esigenze del paziente e coerente con le competenze del reparto di assistenza. Anche in caso di non completa corrispondenza tra le caratteristiche del paziente ed i criteri previsti nelle diciture motivi e obiettivi del trasferimento, il modulo consente al richiedente di riflettere sui problemi del paziente e addivenire ad una proposta di presa in carico il più possibile adequata. Il modulo di Proposta di ricovero in Struttura Complessa di DEGENZA POST ACUZIE (DPA), rendendo espliciti i motivi e gli obiettivi della richiesta di trasferimento, è lo strumento che viene utilizzato per il corretto inquadramento dei problemi clinico assistenziali del paziente, in base a criteri definiti, che fanno riferimento ad un progetto.

Conclusione, Il coinvolgimento formalizzato multidisciplinare e multiprofessionale nella costruzione del percorso clinico assistenziale riferito ad un progetto che riguarda il paziente, dovrebbe contrastare i limiti dell'approccio "per tappe", della separazione tra valutazione e responsabilità e dei processi basati solo su fasi definite, ma senza adequata attenzione per pianificazione e verifica del raggiungimento degli obiettivi. Gli autori sono interessati a valutare nell'arco di un semestre, il miglioramento del grado di esplicitazione degli obiettivi e della loro coerenza col progetto individuale del paziente.

Riferimenti bibliografici Proposta di ricovero in Struttura Complessa di DEGENZA POST ACUZIE (DPA)

- 1. Reinventing the American Hospital Author(s): Stephen M. Shortell, Robin R. Gillies and Kelly J. Devers-Source: The Milbank Quarterly, Vol. 73, No. 2 (1995), pp. 131-160Published by: Wiley on behalf of Milbank Memorial FundStable URL: http://www.istor.org/stable/3350254.
- 2. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The Chronic Care Model&s=2
- 3. E.Rocchi, A.Callegaro et al. "La Degenza Post Acuzie, un ponte fra ospedale e territorio", L'OSPEDALE n°3 (2005).

POLITICHE REGIONALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DELLA MEDICINA DI GENERE

Grazia Campanile*, Annamaria Celesti^

- * Coordinatore Centro Aziendale per la Promozione della Sanità di genere, AUSL 8 Arezzo;
- ^ Coordinatore Centro regionale della Salute e Medicina di genere, Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale, Regione Toscana

Parole chiave: medicina di genere, equità di accesso

Introduzione. L'approccio di genere non è ancora pienamente utilizzato come strumento sistematico per programmare le azioni e gli interventi di promozione della salute, persistendo da una parte stereotipi e pregiudizi, dall'altra una sottovalutazione dei bisogni di salute delle donne, fatti derivare esclusivamente dalla sfera biologica ormonale. Elemento essenziale preliminare è proprio il superamento di tale pregiu-

Oggi è sentita l'urgenza di parlare di sanità di genere che non si identifica con le malattie delle donne e degli uomini, ma cerca di capire come curare, diagnosticare e prevenire le malattie comuni ai due sessi, che incidono diversamente su uomo e donna per la differenza di genere e che il medico si trova ad affrontare quotidianamente nel territorio e nell'ospedale. Aspetto fondamentale è quello di applicare il concetto di diversità per garantire a tutti, donne e uomini, il miglior trattamento possibile in funzione della specificità di genere. Per tale motivo è importante l'integrazione trasversale di specialità e competenze professionali diverse, affinché si formi una cultura ed una presa in carico della persona che tenga presente le differenze di genere, non solo dal punto di vista anatomo-fisiologico, ma anche sotto l'aspetto farmacologico, funzionale, psicologico, sociale e culturale.

Con questa necessaria reimpostazione concettuale appare rilevante anche la constatazione delle significative differenze di genere nell'accesso e nell'organizzazione delle cure che impongono un ripensamento di una serie di aspetti organizzativi relativi ai servizi sanitari. La Sanità di Genere non è quindi una nuova etichetta della medicina ma un pensiero/percorso trasversale che integra le diverse discipline mediche.

Contenuti. Il Centro di Coordinamento regionale della Salute e della Medicina di genere costituisce il necessario strumento di raccordo e integrazione delle azioni e delle iniziative poste in essere dalle aziende sanitarie e da tutti gli altri soggetti coinvolti, per lo sviluppo di una rete multidisciplinare e multiprofessionale integrata ed articolata per programmi nelle aree in cui la salute delle donne è particolarmente a rischio, con un approccio di percorso diagnostico-terapeutico.

Il primo obiettivo è quello di garantire attuazione degli indirizzi definiti dal Centro a livello di Area vasta e aziendale, anche attraverso la costituzione dei Centri aziendali di coordinamento che operano in rete con il livello regionale.

Con DGRT 638/2014 sono state definite le sequenti azioni prioritarie nel biennio 2014/2015 che le Aziende sanitarie si impegnano ad attuare con il supporto del Centro di coordinamento regionale:

- La gravidanza come finestra sulla salute futura;
- La prevenzione del tumore della prostata:
- Chemioterapia antitumorale con le fluoro pirimidine in vari tipi di tumori solidi personalizzata in base al genere;
- Endometriosi: diagnosi precoce e terapia
- Indicatori di salute: screening colon-retto e pazienti con IMA STEMI;
- Farmaci antidiabetici tradizionali e di nuova generazione: quali differenze di genere.

Conclusioni. Al fine di promuovere sinergie e valorizzare le iniziative adottate dalle diverse istituzioni, il Centro si avvale di tutte le competenze e risorse presenti sul territorio attraverso il raccordo con: Agenzia Regionale di Sanità toscana, Commissione regionale pari opportunità, Università toscane, Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Con quest'ultima istituzione, in particolare, si sta procedendo all'individuazione di un set di indicatori da inserire nel sistema di valutazione delle Aziende sanitarie, che permetta di misurare il grado di attuazione delle azioni prioritarie.

CENTRO REGIONALE SALUTE E MEDICINA DI GENERE

Politiche regionali per la Promozione della Salute e della Medicina di genere



Introduzione

L'approccio di genere non è ancora pienamente utilizzato come strumento sistematico per programmare le azioni e gli interventi di promozione della salute, persistendo da una parte stereotipi e pregiudizi, dall'altra una sottovalutazione dei bisogni di salute delle donne, fatti derivare esclusivamente dalla sfera biologica ormonale. Elemento essenziale preliminare è proprio il superamento di tale pregiudizio scientifico.

Con la costituzione nel 2002 del Department of Gender and Women's Health (GWH), l'OMS ha riconosciuto che il sesso (dati biologici) ed il genere (dati di ruolo socio-culturale) sono importanti determinanti della salute. Essi regolano le condizioni di salute e malattia degli uomini e delle donne. In ogni programma che riguarda la salute le differenze di genere e di sesso devono essere considerate.

Oggi è sentita l'urgenza di parlare di sanità di genere che non si identifica con le malattie delle donne e degli uomini, ma cerca di capire come curare, diagnosticare e prevenire le malattie comuni ai due sessi, che incidono diversamente su uomo e donna per la differenza di genere e che il medico si trova ad affrontare quotidianamente nel territorio e nell'ospedale. Aspetto fondamentale è quello di applicare il concetto di diversità per garantire a tutti, donne e uomini, il miglior trattamento possibile in funzione della specificità di genere. Per tale motivo è importante l'integrazione trasversale di specialità e competenze professionali diverse, affinché si formi una cultura ed una presa in carico della persona che tenga presente le differenze di genere, non solo dal punto di vista anatomo-fisiologico, ma anche sotto l'aspetto farmacologico, funzionale, psicologico, sociale e culturale.

Con questa necessaria reimpostazione concettuale appare rilevante anche la constatazione delle significative differenze di genere nell'accesso e nell'organizzazione delle cure che impongono un ripensamento di una serie di aspetti organizzativi relativi ai servizi sanitari. La Sanità di Genere non è quindi una nuova etichetta della medicina ma un pensiero/percorso trasversale che integra le diverse discipline mediche

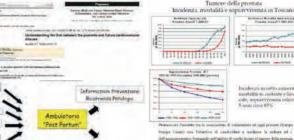
Il Centro di Coordinamento Regionale

Il Centro di Coordinamento regionale della Salute e della Medicina di genere costituisce il necessario strumento di raccordo e integrazione delle azioni e delle iniziative poste in essere dalle aziende sanitarie e da tutti gli altri soggetti coinvolti, per lo sviluppo di una rete multidisciplinare e multiprofessionale integrata ed articolata per programmi nelle aree in cui la salute delle donne è particolarmente a rischio, con un approccio di percorso diagnostico-terapeutico.

Il primo obiettivo è quello di garantire attuazione degli indirizzi definiti dal Centro a livello di Area vasta e aziendale, anche attraverso la costituzione dei Centri aziendali di coordinamento che operano in rete con il livello regionale.

Programma delle azioni 2014/2015





Some Court was believed it controller a tention to other of a second Prevedere le contrazione, in multipia con le bount mor. di promute camer, con opportue

Adotuse introduce di stallor e di commissiono nall'appropriatezza di programmi di

Chemioterapia antitumorale con le fluoropirimidine in vari tipi di tumori solidi personalizzata in base al genere



mbobe count backin done (program del radio & tomate gree) e femore

A tilli scoss may condeits sun ritrice classes reconstant at may everly de parmers effetti de de con-

Endometriosi: diagnosi precoce e terapia



1- fare informazione e sensibilizzazione nelle adolescenti, tra i medici di medicina generale e i ginecologi del territorio 2- individuare le adolescenti a rischio di sviluppare endometriosi (questionari

3- valutare le adolescenti che presentano fattori di rischio

Indicatori di salute: screenina colon retto e pazienti con IMA STEMI

a perch custo ment per minor reconfined reaction cells despet to exceed a surface many country only could react to make the confined to co

Comme discrete in additionaries dell'1990, provide ser reme for di informe dei remedito programme it removed to terreta in "Some Augustica", and time dell'efficient management a Adia modelii communitii a del suo perceno, effentario madan managhati l'impe

Parient out IMA STEME

paringii con inferto acuto del miccardio (INIA), dei regioni delle atrottus di Cardiologia delle Quarter on l'étamico es religiats, às jumpio di genera, le printe

- на Бібенее пиловетання гідна соп сонща
- rachierta & soccorio
- con difference characteristic for the fact that the difference positions of term in recolumn

6 Farmaci antidiabetici tradizionali e di nuova generazione: quali differenze di genere

- 1. differenza de apostre nalla prescriziona dei farmori an
- minimum detectors.
- (Owek/rw Companie Auli 2007) had due 1996.

All processing the south trademarks authorize the source

- Sensor the appoints to provide the subsplic of GLPL to SEP 4 words set if preciouses a felt close (FRA), deared institute, typ if the de, constitute)

PROGETTO "OSPEDALE LOW-FORMALIN"

Alessio Cappetti¹, Grazia Campanile², Barbara Innocenti¹, Barbara Bianconi¹, Andrea Carnevali³, Giancarlo Lisi5; Ettore Migali4, Catalina Doina Cristofor6

- ¹ Direzione di PO San Donato Arezzo: ² Direttore PO San Donato Arezzo: ³ Direttore UOC Anatomia Patologica:
- ⁴ Direttore Dip. Diagnostica per Immagini e di Patologia Clinica; ⁵ Direttore Diagnostica di Laboratorio;
- ⁶ Specializzando Igiene e Medicina Preventiva Università di Siena

Parole chiave: formaldeide, sottovuoto

Introduzione. In soluzione acquosa al 4% la formaldeide è nota con il nome commerciale di formalina e utilizzata come fissativo nei laboratori di istopatologia. Tuttavia, la formalina è considerata una delle principali fonti di inquinamento indoor nelle sale operatorie: è un irritante degli occhi e delle prime vie respiratorie e può indurre nausea e sintomi respiratori. Negli ultimi anni, inoltre, all'emergere di nuove evidenze provanti la cancerogenicità di tale prodotto, le autorità sanitarie hanno previsto maggiori restrizioni nel suo utilizzo, trasporto e smaltimento. La "promozione" di questa sostanza a cancerogeno impone, pertanto, un'attenta valutazione del processo lavorativo in cui è coinvolta, con l'obiettivo di eliminarla o ridurla nei nostri ambienti di lavoro. Oggi è disponibile un sistema che si avvale del sottovuoto per la conservazione e la preparazione dei tessuti capace di garantire sia la sicurezza degli operatori che elevati standard qualitativi.

Contenuti. Nella AUSL8 di Arezzo i due servizi di Anatomia Patologica forniscono prestazioni ai 5 Presidi Ospedalieri e a richiedenti esterni. L'Anatomia Patologica di Arezzo, eroga prestazioni per l'Ospedale di Arezzo, Valdichiana e Casentino mentre l'anatomia Patologica del Valdarno, eroga prestazioni per l'Ospedale del Valdarno e della Valtiberina.

La preparazione e la conservazione dei campioni biologici nella nostra azienda, attualmente, viene effettuata grazie all'uso della formalina al 4% o al 10%. Ogni giorno all'Anatomia Patologica di Arezzo arrivano dai 40 ai 50 campioni biologici mentre all'Anatomia Patologica del Valdarno arrivano dai 20 ai 30 campioni biologici.

Convertire la preparazione e la conservazione dei campioni tissutali e anatomici dalla formalina al sottovuoto comporterà la modifica organizzativa dei cicli di lavoro e delle procedure e richiederà alcuni adequamenti di tipo impiantistico e strumentale.

Le modifiche del processo di lavoro interesseranno i campioni tissutali e anatomici di grandi dimensioni provenienti dalle sale operatorie nella Fase propedeutica dei centri di prelievo, dove i tessuti da analizzare, prelevati nelle sale operatorie saranno messi sottovuoto con l'apparecchio "Tissue Safe" e nella Fase pre-analitic, dove il patologo ove richiesto, eseguirà dei prelievi "a fresco" per indagini specifiche oppure fisserà i campioni biologici attraverso l'apparecchio "SealSAFE" con il corretto quantitativo di formalina.

Conclusioni. L'introduzione del sistema sottovuoto permetterà agli operatori dei Blocchi Operatori e dell'Anatomia Patologica di lavorare in condizioni di maggior sicurezza ambientale grazie all'eliminazione dell'uso della formalina all'interno del Blocco Operatorio ed alla significativa riduzione all'interno dell'Anatomia Patologica.

Il progetto permetterà inoltre di ottenere una maggior sicurezza e standardizzazione dei processi analitici dei campioni, con importanti ripercussioni sulla qualità delle cure del paziente.

Progetto "Ospedale low-formalin"

Alessio Cappetti §; Grazia Campanile #; Barbara Innocenti §; Barbara Bianconi §; Andrea Carnevali *; Giancarlo Lisi \$; Ettore Migali*

§ Direzione di Presidio San Donato Arezzo # Direttore PO San Donato Arezzo; * Direttore UOC Anatomia Patologica;; ** Direttore Dip. Diagnostica per Immagini e di Patologia Clinica; \$ Direttore Diagnostica di Labo

La formaldeide è la più semplice delle aldeidi. Fino dalla sua scoperta nel diciannovesimo secolo, questa aldeide in soluzioni acquose ha trovato largo impiego come disinfettante per uso domestico, nella produzione di tessuti e a livello industriale in cui viene utilizzata come battericida.

Soluzioni di aldeide formica vengono anche utilizzate per conservare campioni di materiale biologico. In soluzione acquosa al 4% la formaldeide è nota con il nome commerciale di formalina e utilizzata come fissativo nei laboratori di istopatologia. Tuttavia, la formalina è considerata una delle principali fonti di inquinamento indoor nelle sale operatorie: è un irritante degli occhi e delle prime vie respiratorie e può indurre nausea e sintomi respiratori. Negli ultimi anni, inoltre, all'emergere di nuove evidenze proyanti la cancerogenicità di tale prodotto (l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro-IARC- dal 2006 ha inserito la formalina nell'elenco delle sostanze considerate con certezza cancerogene per la specie umana), le autorità sanitarie hanno previsto maggiori restrizioni nel suo utilizzo, trasporto e smaltimento. La "promozione" di questa sostanza a cancerogeno impone, pertanto, un'attenta valutazione del processo lavorativo in cui è coinvolta, con l'obiettivo di eliminarla o ridurla nei nostri ambienti di lavoro. Le indagini ambientali condotte nel corso degli ultimi anni hanno evidenziato, come più volte segnalato dal SPP, livelli di esposizione professionale critici, legati soprattutto a

E' opportuno precisare che fino a pochi anni fa non erano proponibili sistemi alternativi o sostanze diverse capaci di garantire sia la sicurezza degli operatori che elevati standard qualitativi.

Oggi è, invece, disponibile un sistema, sperimentato presso altre importanti realtà ospedaliere, come Le Molinette di Torino, il Gaslini di Genova e il Forlanini di Roma, che si avvale del sottovuoto per la conservazione e la preparazione dei tessuti. (L'art. 225 del d.lgs. 81/08 e smi impone il ricorso a processi che non sono o sono meno pericolos

Organizzazione attuale

Nella AUSL8 di Arezzo i due servizi di Anatomia Patologica forniscono prestazioni ai 5 Presidi Ospedalieri e a richiedenti esterni. L'Anatomia Patologica di Arezzo, eroga prestazioni per l'Ospedale di Arezzo, Valdichiana e Casentino mentre l'anatomia Patologica del Valdarno, eroga prestazioni per l'Ospedale del Valdarno e de

La preparazione e la conservazione dei campioni biologici nella nostra azienda, attualmente, viene effettuata grazie all'uso della formalina al 4% o al 10%. I campioni anatomici, provenienti da vari servizi (Blocco Operatorio, Servizio di Endoscopia, ambulatori, ecc..), vengono introdotti in appositi contenitori precaricati con formalina di varie dimensioni (provette da 60ml fino a contenitori da 5l) e successivamente inviati ai Laboratori di Anatomia Patologica per l'esecuzione degli esami diagnostici.

Ogni giorno all'Anatomia Patologica di Arezzo arrivano dai 40 ai 50 campioni biologici mentre all'Anatomia Patologica del Valdarno arrivano dai 20 ai 30 campioni biologici. L'attuale ciclo lavorativo comporta l'utilizzo di notevoli quantità di formalina (vedi tab. 1).

FORMALINA AL 4%

FORMALINA AL 4% niche da 10l (



Convertire la preparazione e la conservazione dei campioni tissutali e anatomici dalla formalina al sottovuoto. Questo comporta la modifica organizzativa dei cicli di lavoro e delle procedure e richiede alcuni adeguamenti di tipo impiantistico e strumentale.

4100 litri

- Le modifiche del processo di lavoro interesseranno i campioni tissutali e anatomici di grandi dimensioni provenienti dalle sale operatorie la Fase propedeutica dei centri di prelievo: i dati anagrafici del paziente, le notizie cliniche, la natura della biopsia, il quesito e il sospetto diagnostico vengono trasferiti dal software di sala operatoria a quello dell'anatomia patologica che effettua una preaccettazione. I tessuti da analizzare, prelevati nelle sale operatorie saranno collocati in sacchetti standard e trasferiti nell'area della sala operatoria in cui si trova l'apparecchio per il sottovuoto "Tissue Safe". I sacchetti contenenti i campioni saranno tracciati attraverso l'applicazione di barcode. Il pezzo operatorio, così sigillato, verrà conservato in frigorifero a 0-4°C ed inviato all'Anatomia Patologica. Sarà organizzato un sistema di trasporto dei campioni biologici dai Presidi Ospedalieri verso l'Anatomia Patologica di Arezzo e Valdarno in modo da garantire, per i campioni conservati sottovuoto, il mantenimento della catena del freddo e il fissaggio entro 72 ore.
- 2. la Fase propedeutica di laboratori: ricevuto il materiale biologico, i tecnici controllano la corrispondenza campione-richiesta e, in assenza di non conformità, procedono alla conferma dell'accettazione informatica.
- 3. la Fase pre-analitica: il patologo ove richiesto, esegue dei prelievi "a fresco" per indagini specifiche (es. biologia molecolare, citogenetica...) e per la banca dei tessuti. I campioni biologici vengono messi nell'apparecchio "SealSAFE" in grado di fissare il campione con il corretto quantitativo di formalina.
- 4. le successive fasi di lavoro (fase analitica, interpretativa, post analitica) non subiranno modifiche
- I campioni tissutali di piccole dimensioni provenienti da altri servizi come ad esempio l'endoscopia digestiva, gli ambulatori ecc continueranno ad essere conservati nei contenitori precaricati con formalina da 60 ml e seguiranno le tradizionali fasi di lavoro.

Conclusioni

- L'introduzione del sistema sottovuoto permetterà agli operatori dei Blocchi Operatori e dell'Anatomia Patologica di lavorare in condizioni di maggior sicurezza ambientale grazie all'eliminazione dell'uso della formalina all'interno del Blocco Operatorio ed alla significativa riduzione all'interno dell'Anatomia Patologica
- Il progetto permetterà inoltre di ottenere una maggior sicurezza e standardizzazione dei processi analitici dei campioni con importanti ripercussioni sulla qualità delle cure del paziente. Di fatto, l'analisi macroscopica effettuata su materiale "a fresco" consente ai patologi di apprezzare i tessuti nelle condizioni ottimali di colore, consistenza e connessioni. L'assenza di aria rallenta i processi autolitici, rende più rapido il raffreddamento del tessuto e ne impedisce l'essiccazione. Con questa metodica è possibile, perciò, standardizzare e ottimizzare i tempi di fissazione poiché il processo rimane sotto il controllo diretto degli operatori di Anatomia Patologica, Alcuni studi hanno dimostrato che i tessuti possono essere così conservati fino a 72 ore, senza che si verifichino alterazioni tali da comprometterne la valutazione morfologica nelle colorazioni di routine, speciali e istochimiche; nelle reazioni immunoistochimiche e nell'esecuzione di tecniche di biologia molecolare e di citogenetica
- Questa metodica permetterà anche importanti sviluppi e nuove applicazioni come:
- 1. studi per la ricerca dell'eziopatogenesi delle malattie e per l'individuazione di nuove terapie farmacologiche grazie alla possibilità di costituire delle tissue banking,
- 2. studio dei processi intracellulari e dei meccanismi di interazione cellula-cellula.
- 3. l'analisi dell'azione dei farmaci e della citotossicità. 4. l'individuazione di anomalie genetiche (cariotipo),
- 5. l'esecuzione di indagini di biologia molecolare (mappature, proteine ricombinanti...).
- 6. la valutazione di processi infettivi virali,

PERCORSO NASCITA: ANALISI DEI RICOVERI PRESSO IL P.O. DI AVEZZANO

L. Cipollone¹, I. Galassi², A.G. Daniloiu³, A. Capodacqua³.

¹ Direttore Sanitario P.O. SS Filippo e Nicola di Avezzano, Asl 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila; ² Dirigente Medico di Direzione Sanitaria Ospedaliera, P.O. SS Filippo e Nicola di Avezzano, Asl 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila;

³ Medico in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Igiene e Med. Prev.- Università degli studi di L'Aquila

Parole chiave: appropriatezza, taglio cesareo

Introduzione. L'eccessivo ricorso all'espletamento del parto per via chirurgica ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i paesi europei; il rapporto CeDAP 2010 attribuisce al nostro Paese una percentuale media del 37,5 di taglio cesareo (T.C.) sul totale dei parti, con notevoli differenze regionali e con presenza di valori più bassi nell'Italia settentrionale (23,1% nel Friuli Venezia Giulia). Sulla scorta di queste sintetiche considerazioni, le Istituzioni nazionali e regionali hanno promosso, negli ultimi anni, una serie di iniziative di ordine organizzativo e legislativo specificatamente indirizzate alla promozione/miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del T.C.; a livello della Regione Abruzzo, si cita il decreto del Commissario ad Acta n.64/12 relativo ai controlli di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, in cui è previsto il controllo particolare di ogni singolo ricovero con parto cesareo nel caso di superamento della soglia del 40% di T.C. sul totale dei parti. È altrettanto importante, però, ricordare che il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 poneva l'obiettivo del 20% quale percentuale di ricorso al T.C., ribadito nel Patto per la Salute 2011-2013, mentre l'OMS indicava la soglia del 15%.

Materiali e Metodi. Al fine di conoscere le caratteristiche della popolazione afferente al P.O. di Avezzano e identificare le principali componenti che condizionano il ricorso al T.C., nonché offrire un riferimento standardizzato per successive fasi di valutazione e comparazione, è stato condotto uno studio retrospettivo su tutte le donne che hanno partorito presso il nostro Presidio Ospedaliero, nel periodo compreso tra il 01/07/2013 ed il 30/06/2014, con valutazione ed analisi semestrale. Le stesse partorienti sono state identificate secondo la classificazione di Robson, rendendo possibile così una comparazione tra i risultati della U.O. di Ostetricia in tempi diversi. I gruppi sono stati suddivisi usando i principali parametri utilizzati in ostetricia, presenti al momento del parto; la presentazione fetale, la parità, il numero di feti, il travaglio (spontaneo, indotto, taglio cesareo prima del travaglio) e l'età gestazionale. Utilizzando questi parametri sono stati definiti dieci gruppi idonei e clinicamente rilevanti che cercano di riflettere il più possibile la realtà clinica. Le classi 2 e 4 sono state ulteriormente suddivise in a), quando il parto è stato indotto farmacologicamente, e in b), quando il parto è stato espletato per via cesarea prima dell'inizio del travaglio. L'analisi dei dati è stata condotta in maniera retrospettiva; per ogni paziente sono state raccolte su un data-base le seguenti informazioni: numero nosocomiale, data di nascita della madre, età gestazionale, modalità del parto, indicazione al taglio cesareo, esecuzione della parto-analgesia, classe di Robson. Nell'anno 2014 è stato introdotta una nuova informazione riguardante la nazionalità della gestante.

Risultati, sono state analizzate le informazioni relative a 1048 donne che nel periodo di riferimento hanno partorito presso il P.O. di Avezzano: nel II semestre 2013 il numero complessivo dei parti è stato di 530 mentre nel I semestre 2014 i parti sono stati in numero di 518.

Relativamente al 2013 i parti con T.C. sono stati 203 (freguenza globale di ricorso al taglio cesareo = 38,30%) mentre la percentuale di tagli cesarei primari, escludendo quindi la classe 5 (donne con pregresso TC, gravidanze singole in presentazione cefalica, parto a termine), è stata del 25,57% (ossia una donna su quattro è stata sottoposta ad intervento di T.C.).

I dati relativi all'anno 2014 riportano invece 185 parti operativi con una percentuale globale di T.C. pari a 35,71% mentre la frequenza di T.C. primari è risultata pari al 22,25%. La percentuale di T.C. per singola classe di rischio ed il contributo percentuale di ciascuna classe, rispetto al totale dei cesarei, sono riportati in Tabella 2.



Napoli - Hotel Boyal Confinental 15 - 16 - 17 Ottobre 2014





PERCORSO NASCITA: ANALISI DEI RICOVERI PRESSO IL P.O. DI AVEZZANO



L. Cipollone¹, I. Galassi², A.G. Daniloiu³, A. Capodacqua³.

¹Direttore Sanitario P.O. SS Filippo e Nicola di Avezzano, Asl I Avezzano-Sulmona-L'Aquila

²Dirigente Medico di Direzione Sanitaria Ospedaliera, P.O. SS Filippo e Nicola di Avezzano, Asl I Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Tabella 1. Distribuzione per classe di rischio								
Classe di rischio clinico	Nume	ro casi	Percentuale sull'intera popolazione					
Anno	2013	2014	2013	2014				
1	144	157	27,17	30,30				
2 a	45	63	8,49	12,16				
2 b	31	14	5,85	2,70				
3	144	133	27,17	25,67				
4 a	19	21	3,58	4,05				
4 b	11	1	2,07	0,19				
5	95	91	17,92	17,55				
6	12	17	2,26	3,28				
7	5	2	0,94	0,39				
8	5	6	0,94	1,16				

ercentuale di ciascuna classe									
Classe di rischio clinico	Numero cesarei		Percentu	ale di T.C.	Contributo in percentuale al totale dei T.C.				
Anno	2013	2014	2013	2014	2013	2014			
1	13	20	9,03	12,74	6,40	10,81			
2 a	22	23	48,89	36,51	10,84	12,43			
2 b	31	14	100	100	15,27	7,57			
3	3	4	2,08	3,01	1,46	2,16			
4 a	2	1	10,53	4,76	0,99	0,54			
4 b	10	1	90,91	100	4,93	0,54			
5	92	90	96,84	98,9	45,32	48,65			
6	12	17	100	100	5,91	9,19			
7	5	2	100	100	2,46	1,08			
8	5	6	100	100	2,46	3,24			
9	2	1	100	100	0,99	0,54			
10	6	6	35,29	50	2,96	3,24			
Totale	203	185	38,30	35,71	100	100			

Tabella 2. Percentuale di T.C. per singola classe di rischio e contributo

stimato nello studio). In conclusione, il proposito di questa Direzione Medica di Presidio, nell'ambito delle attività di verifica dell'appropriatezza clinica, è quello di continuare la valutazione sistematica di ogni singola cartella clinica riguardante l'evento nasciata, l'analisi dei dati, sensibilizzazione dell'U.O. di Ostetricia ad una puntuale e trasparente documentazione delle procedure e delle motivazioni alla base delle scelte, al fine di operare con metodologie basate sulle evidenze, superare pratiche scorrette ma consolidate nel tempo el evitare

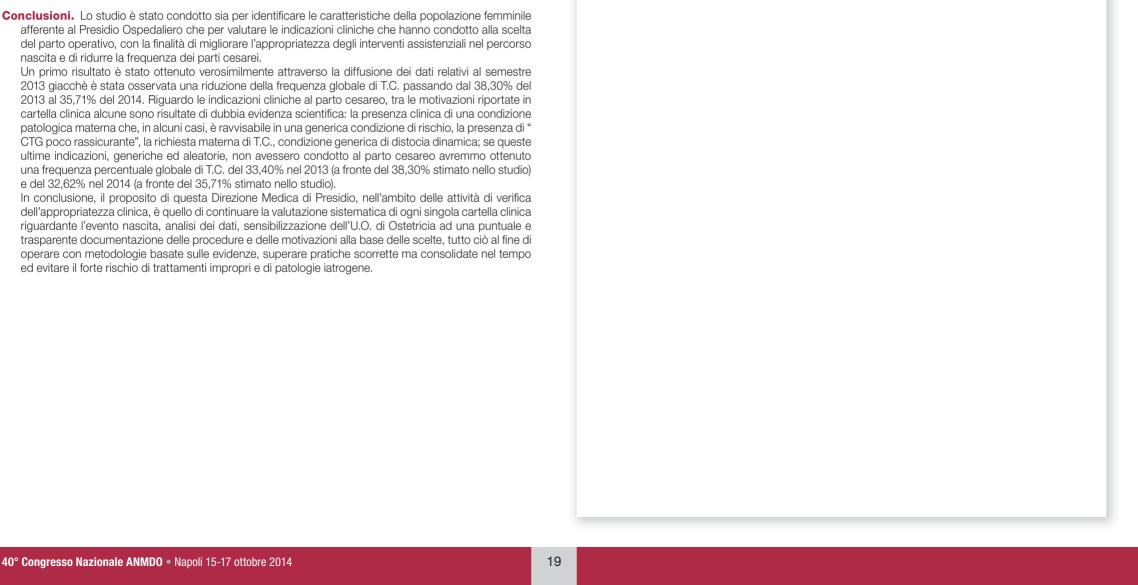
Dai dati raccolti emerge che:

- Le classi di rischio maggiormente rappresentate, nei due periodi di riferimento, sono la classe 1 (28,72%) e la classe 3 (26,43%);
- L'induzione farmacologica del travaglio (classi 2a e 4a) è stata utilizzata nel 12.07% dei casi nell'anno 2013 e nel 16.21% nel semestre 2014:
- Il T.C. prima dell'inizio del travaglio (classi 2b e 4b) è stato effettuato nel 7,92% dei casi nel semestre 2013, mentre nel semestre 2014 la freguenza è scesa al 2,9% (questo dato riflette in parte la richiesta di taglio cesareo in elezione da parte delle donne):
- La classe di rischio che più ha contribuito, in termini percentuali, al totale dei T.C. è stata la classe 5, ossia quella delle donne con pregresso/i T.C. (45,32%);
- Considerando la nazionalità delle partorienti nel periodo gennaio-giugno 2014, la freguenza globale di T.C. nelle donne italiane è stata del 37.16% mentre il valore della freguenza di T.C. primari è stata di 22.25%; nelle 117 donne straniere (di cui il 41.02% di nazionalità marocchina) la percentuale globale di ricorso al T.C. è stato di 30,77 mentre la freguenza del T.C. primario è stata pari al 19%.
- Un ulteriore dato analizzato è stato quello relativo alla pratica della parto-analgesia che, nel corso dei due periodi di riferimento, è stata utilizzata nel 5.66% dei parti nel 2013 e nel 6.76% nel 2014, per lo più in donne di classe 1.

afferente al Presidio Ospedaliero che per valutare le indicazioni cliniche che hanno condotto alla scelta del parto operativo, con la finalità di migliorare l'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso

2013 giacchè è stata osservata una riduzione della freguenza globale di T.C. passando dal 38.30% del 2013 al 35,71% del 2014. Riguardo le indicazioni cliniche al parto cesareo, tra le motivazioni riportate in cartella clinica alcune sono risultate di dubbia evidenza scientifica: la presenza clinica di una condizione patologica materna che, in alcuni casi, è ravvisabile in una generica condizione di rischio, la presenza di " CTG poco rassicurante", la richiesta materna di T.C., condizione generica di distocia dinamica; se queste ultime indicazioni, generiche ed aleatorie, non avessero condotto al parto cesareo avremmo ottenuto una freguenza percentuale globale di T.C. del 33.40% nel 2013 (a fronte del 38.30% stimato nello studio) e del 32,62% nel 2014 (a fronte del 35,71% stimato nello studio).

dell'appropriatezza clinica, è quello di continuare la valutazione sistematica di ogni singola cartella clinica riguardante l'evento nascita, analisi dei dati, sensibilizzazione dell'U.O. di Ostetricia ad una puntuale e trasparente documentazione delle procedure e delle motivazioni alla base delle scelte, tutto ciò al fine di operare con metodologie basate sulle evidenze, superare pratiche scorrette ma consolidate nel tempo



AUDIT INTERNO INTEGRATO: APPLICAZIONE DELLO STRUMENTO DI VALUTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE AL CRO DI AVIANO

M. Carlucci, L. Channoufi, S. Moro, R. Collazzo, M. Masutti

Centro di Riferimento Oncologico - IRCSS di Aviano

Introduzione. L'obiettivo del programma è integrare i diversi strumenti di valutazione presenti nella Normativa e nei Sistemi di gestione della qualità in uso al Centro di Riferimento Oncologico CRO-IRCCS di Aviano. A partire dalle riforme degli anni novanta i servizi di staff della Direzione che, in collaborazione con le altre Strutture Operative, affrontano i temi gestionali della Sicurezza e della Qualità secondo le direttive sulla sicurezza nel lavoro e sulla gestione del rischio clinico, utilizzano gli strumenti del management aziendale compreso l'audit interno.

Contenuti. L'attività dell'Audit viene condotta utilizzando i principi fissati dalla norma ISO 19011:2012, riferita ai Sistemi di Gestione Qualità (SGQ) ed ai Sistemi di Gestione Ambientale (SGA) e applicabile anche ai Sistemi di Gestione per la Sicurezza sui Luoghi di Lavoro (SGS), come la norma BS OHSAS 18001:2007. Nel caso dell'implementazione di un sistema integrato SGQ-SGA-SGS, che comprende la norma ISO 14001:2004, si tiene conto anche della conformità legislativa ai requisiti del D.Lgs 81/2008 e s.m.i., specificamente dell'art. 30 che prevede un modello di organizzazione e di gestione idoneo ad avere efficacia esimente per i reati previsti dal D.Lgs 231/01 e s.m.i, così come le specifiche raccomandazioni ministeriali a garanzia dei livelli di qualità e sicurezza sanitaria.

Il CRO, nel suo processo di controllo interno, ha elaborato un modello aggiustato all'Audit Interno (Al), quale l'Audit Interno Integrato (All), utilizzando le diverse valutazioni e verifiche già in uso in Istituto. Sono state predisposte check list di Valutazione integrando, con gli adattamenti del caso per ciascuna struttura/dipartimento, requisiti previsti nella Normativa o negli Standard dei SGQ presenti al CRO:

- 1. DLgs 81:2008 e smi e norma BS OHSAS 18001:2007:
- 2. ISO 9001:2008:
- 3. Accreditamento Istituzionale DGR 1436/2012:
- 4. Accreditamento Internazionale programma QMentum di Accreditation Canada;
- 5. Accreditamento internazionale programma OECI;
- 6. Accreditamento internazionale programma trapianti CNT/CNS/JACIE.

Nelle check list di Audit sono state comprese anche le Osservazioni/Non conformità/Raccomandazioni sollevate nelle precedenti visite ispettive esterne di Certificazione/Accreditamento, riferite a quanto sopra riportato.

La tecnica dell'Al è stata scelta come strumento di monitoraggio per raggiungere gli obiettivi predefiniti di miglioramento continuo in Istituto. La modalità operativa di gestione, di programmazione e di costruzione del piano di Audit è stata coordinata tramite un gruppo composto dal personale interno qualificato come Auditor. L'utilizzo di Checklist specifica per ogni audit è stato definito in relazione alla specifica attività della SO oggetto di valutazione ed al suo coinvolgimento nei diversi programmi di Certificazione/ Accreditamento.

Conclusioni. L'integrazione dei sistemi di gestione in All consente di verificare il raggiungimento dei criteri di efficacia ed efficienza dell'audit stesso ed anche la valutazione contemporanea dei punti comuni delle norme oggetto di audit. Inoltre, il modello di Checklist integrata ha permesso la riduzione dei tempi di Audit, rilevando in modo sistematico le criticità e dinamicità di ogni SO, facilitandone controlli ed azioni correttive.



Audit Interno Integrato:

Applicazione dello strumento di Valutazione del Sistema di Gestione Qualità al Cro di Aviano

M. Carlucci; L. Channoufi; S. Moro; R. Collazzo; M. Masutti.

Introduzione

L'objettivo del programma è integrare i diversi strumenti di Valutazione presenti nella Normativa e nei Sistemi di gestione della qualità in uso al Centro di Riferimento Oncologico CRO-IRCCS di Aviano.

A partire dalle riforme degli anni novanta i servizi di staff della Direzione che, in collaborazione con le altre Strutture Operative, affrontano i temi gestionali della Sicurezza e della Qualità secondo le direttive sulla sicurezza nel lavoro e sulla gestione del reschio clinico, utilizzano gli strumenti del management aziendale compreso l'audit interno.

Contenuti

L'attività dell'Audit viene condotta utilizzando i principi fissati della norma ISO 19011.2012, rifenita ai Sistemi di Gestione Qualità (SGQ) ed ai Sistemi di Gestione Ambientale (SGA) e applicabile anche ai Sistemi di Gestione per la Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (SGS), come la norma BS OHSAS 180012007. Nel caso dell'implementazione di un sistema integrato SGQ-SGA-SGS, che comprende la norma ISO 140012004, si tiene conto di un modello di organizzazione e di gestione ridoneo ad avere efficacia esimente per i reati previsti dal D-Lgs 231/01 e s.m.j. così come le specifiche raccomandazioni ministeriali a garanzia del livelli di qualità e sicurezza santiaria.



La tecnica dell'A/ è stata scelta come strumento di monitoraggio per raggiungere gli obiettivi predefiniti di miglioramento continuo in istituto, La modalità operativa di gestiorie, di programmazione e di costruzione del piano di Audit è stata coordinate tramite un gruppo composto dal personale interno qualificato come Auditor. L'utilizzo di Scheda specifica per ogni audit è stato definito in relazione alla specifica attività della SO oggetto di velutazione ed el suo coinvolgimento nei diversi programmi di Certificazione/Accredidamento.

Concolega Sparimentala I
Concolega Sparimentala I
Sisiervariansterigia Tumpri Umani
Farmacologia Sperimentale Clinica
Microbielogia, irminimologia, Micrologia
Concolega Sandelvaria (Archigai
Concolega Sandelvaria CRO è PN
Fisica Sanderra
Medicina Nucleiane
Anatoma Patologica
Centro Altibità Formative (CAF)
Stabilario
Patologia Clinica Oncologica
Direccino Scentifica e Biblioteca Scientifica per i pazienti
ulintà Farmato Ambiliastra (UFA)
Radiologia

Tabels 1 Bowts commiss on Authorizan at 850 CRC

II CRO, nel suo processo di controllo interno; ha elaborato un modello aggiustato all'Audit, Interno (Al), quale l'Audit Interno Integrato (All), utilizzando le diverso valutazioni e verifiche già in uso in istituto. Sono state predisposte delle Schede di Valulazione

inlegrando, con gli adattamenti dei caso per ciasvana struttura/dipartimento, requisiti prevati nella Normatira o negli Standard dei SGQ presenti al CRO: 1.DLgs 81:2008 e smi e norma BS OHSAS 18001:2007; 2ISO 9001:2008; 3.Accreditamento istituzionale DGR 1438/2012; 4. Accreditamento Internazionale programma OMentum di Accreditation Canada; 5.Accreditamento internazionale programma OECI; 6.Accreditamento internazionale programma replanti CNT/CNS/IACIE. Nella check list di Audit sono state comprese anche le Deservazionalvon conformità/Raccomandazioni; sollevate nelle precedenti viste ispettive setarne di Certificazione/Accreditamento, rifferite a quento sopta riportato.

COD Recursor in Section of Processing Processing Control of Processing Proces

rifente alle normative cogenti.

DISEASE MANAGEMENT DELLO SCOMPENSO CARDIACO PREDITTORI CLINICI E ORGANIZZATIVI DI RIAMMISSIONE OSPEDALIFRA

A. Chiodi*, M.L. Simonetti**, L. Moretti°

- * Master's Degree in Nursing U.O.C. Cardiologia; ** Nursing Research PhD Terapia Intensiva Coronarica;
- ° Direttore U.O.C di Cardiologia Ospedale "C.G. Mazzoni" ASUR Marche Area Vasta 5, Ascoli Piceno (AP)

Parole chiave: ambulatorio scompenso, disease management, predittori

Introduzione. Studi recenti evidenziano che fattori di natura clinica e sociodemografica si associano a riammissione ospedaliera per scompenso cardiaco (SC). Scopo dello studio è di stimare l'incidenza dei ricoveri ripetuti per scompenso e analizzare i predittori clinici e organizzativi ad esso correlati, dimostrando come la gestione multidisciplinare dell'ambulatorio dello scompenso cardiaco riduca l'ospedalizzazione.

Contenuti. Sono stati analizzati i dati delle SDO e del database Ambulatorio "Heart failure" con la metodologia del "record linkare," dal 2012 al 2014. Sono state definite riammissioni evitabili i ricoveri ordinari, avvenuti nello stesso presidio entro un intervallo di 6 mesi dalla dimissione. Per ogni assistito sono stati raccolti i parametri demografici, antropometrici, clinici ed eziologici. Sono stati inoltre analizzati l'Ambulatory Care Sensitive Condition (ASCS), l'indice di Comorbidità di Charlson, la classe NYHA, la frazione eiezione (FE). Tra i parametri ematatochimici il BNP, la troponina, la funzionalità renale. Per ogni paziente veniva registrata la terapia farmacologica, dati socioeconomici, titolo di studio, occupazione, presenza di care giver /care manager. Oltre al numero di re-ricoveri venivano calcolati anche i giorni di degenza. Il campione costituito da 227 soggetti era composto per il 73% da maschi con un'età media pari a 69 ± 14 anni, l'eziologia era ischemica nel 36%, dilatativa 27%, ipertensiva 14%, valvolare 6%, ipertrofica 2%. I portatori di device erano il 10%, la classe NHYA era la II nel 75%: FE media 36% con DS ±12,3. La prognosi della popolazione esaminata secondo lo Seattle HF Model (SHFM) era del 91% a un anno,

del 77% a 3 anni e del 67% a 5 anni Sono state confrontate le caratteristiche dei due gruppi di pazienti (riammessi e non riammessi). L'analisi multivariata con regressione logistica mostra che le variabili significative per le riammissioni sono BNP >501,2 precedente ricovero (59% p<,001) durata della degenza, indici di deprivazione quali disoccupazione (83% p<,05), solitudine, non compliance alla terapia, n. accessi al follow-up.

Il trend dei DRG con diagnosi di SC nella Asur area vasta n 5 (AP) mostra una diminuzione dei ricoveri classificati con codice dell'International Classification of Diseases versione 9 (ICD9) 428 dal 2010 al 2013 (n. 589 vs n. 460).

Conclusioni. L'Ambulatorio "Heart failure con modello organizzativo Desease Management e team medicoinfermieristrico contribuisce attraverso percorsi condivisi con le strutture territoriali a ridurre i ricoveri inappropriati con conseguente riduzione della spesa sanitaria.



SIBOC: SISTEMA INFORMATIVO BLOCCO OPERATORIO CENTRARE DELL'INT PASCALE NAPOLL

Ciaramella P.1. Lodato S.2. Granata A.3. Giordano L.3. Gatti S.4. Ricciardelli S.1. D'Auria S.1, Cuomo A.5, Del Prato F.6, Esposito MR7, Olivieri G8

- ¹ Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio INT Fondazione Pascale Napoli; ² Direttore Sanitario Aziendale INT Pascale di Napoli; 3 Contrattista presso Direzione Sanitaria Aziendale (DSA) INT Pascale Napoli;
- ⁴ Posizione Organizzativa Flussi Informatici INT Fondazione Pascale Napoli; ⁵ Direttore SC Anestesia e Rianimazione INT Fondazione Pascale Napoli; 6 Posizione Organizzativa Blocco Operatorio Centrale INT Fondazione Pascale Napoli: 7 Coordinatore Infermieristico CIO INT Fondazione Pascale di Napoli:
- ⁸ Direttore Sanitario di Presidio INT Fondazione Pascale di Napoli

Parole chiave: SIBOC

Introduzione. L'organizzazione efficiente delle Sale Operatorie (SO) rappresenta, per un Istituto di Cura, un objettivo prioritario. L'attività chirurgica in oncologia ha un ruolo prognostico decisivo e elevati livelli di complessità per: tecniche e abilità richieste, capacità organizzative, severità clinica dei pazienti e possibili imprevisti in corso di intervento. Pertanto fattori produttivi e risorse impiegate devono essere coordinati tra loro assicurando efficacia, sicurezza ed efficienza operativa massimizzando tempi di utilizzo delle SO e n. di interventi garantendo tempi di attesa compatibili con le patologie trattate.

Contenuti. In mancanza di una procedura informatizzata per la gestione della SO la DSA ha promosso un sistema di rilevazione e monitoraggio delle attività chirurgiche rilevando: Indicatori di attività generale: interventi ordinari e urgenti, sforamenti rispetto all'ora programmata di conclusione attività; Indicatori di performance: durata media di occupazione della SO: Indicatori di efficienza per sala: tempo di cambio tra interventi (Turnover Times TT); Indicatori di efficienza per reparto: Ora inizio primo intervento (Procedure Start Time PST): Scostamento tra l'ora media di inizio attività rispetto all'orario auspicabile (Start Time Tardiness STT): Indicatori di processo: « disattesi. Tale monitoraggio è realizzato con una rilevazione sistematica a cura del personale infermieristico attraverso schede cartacee il cui contenuto viene registrato in un data base realizzato dal Settore Flussi Informativi della DSA. Nelle schede vengono riportati: dati anagrafici del pz; n. nosologico; orari inizio e fine intervento e sua descrizione e operatori partecipanti. Il monitoraggio, denominato SIBOC, avviato a fine 2012, dal 1-1-2013 è andato a pieno regime. La DSA elabora i dati del data-base e predispone un report periodico trasmesso alle UUOO Chirurgiche.

Conclusioni. Scopo di questa elaborazione è stato fornire ai clinici strumenti metodologici che scaturiscono dalla elaborazione dei dati di attività dell'istituto, al fine di poterli valutare ed eventualmente utilizzare per migliorare i propri output, in termini organizzativi e assistenziali (audit). L'analisi dei dati del 2013 e del primo trimestre 2014 ha dimostrato un miglioramento nella registrazione dei dati sulle schede, con riduzione delle incongruità nei tempi di cambio e di campi vuoti. Si è osservata una riduzione del TT e dello STT liberando ore di utilizzo della sala.

SIBOC: Sistema Informativo Blocco Operatorio Centrare dell'INT Pascale Napoli

Ciaramella P.*,Lodato S.**,Granata A.***, Giordano L***,Gatti S.****, Ricciardelli S.*, D'Auria S.*,Cuomo A*****, Del Prato F*****. Esposito MR******. Olivieri G******

> *Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio INT Fondazione Pascale Napoli **Direttore Sanitario Aziendale INT Pascale di Napoli

- *** Contrattista presso Direzione Sanitaria Aziendale (DSA) INT Pascale Napoli
- ****Posizione Organizzativa Flussi Informatici INT Fondazione Pascale Napoli ***** Direttore SC Anestesia e Rianimazione INT Fondazione Pascale Napoli
- ******Posizione Organizzativa Blocco Operatorio Centrale INT Fondazione Pascale Napoli
 - ******* Coordinatore Infermieristico CIO INT Fondazione Pascale Napoli



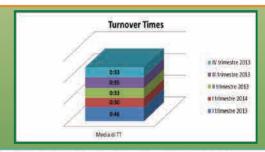


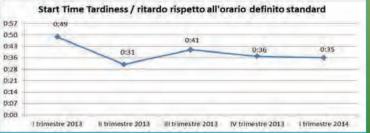


INTRODUZIONE

L'organizzazione efficiente delle Sale Operatorie (SO) rappresenta, per un Istituto di Cura, un obiettivo prioritario. L'attività chirurgica in oncologia ha un ruolo prognostico decisivo e elevati livelli di complessità per: tecniche e abilità richieste. capacità organizzative, severità clinica dei pazienti e possibili imprevisti in corso di intervento. Pertanto fattori produttivi e risorse impiegate devono essere coordinati tra loro assicurando efficacia, sicurezza ed efficienza operativa massimizzando tempi di utilizzo delle SO e n. di interventi garantendo tempi di attesa compatibili con le patologie trattate.

In mancanza di una procedura informatizzata per la gestione della SO la DSA ha promosso un sistema di rilevazione e monitoraggio delle attività chirurgiche rilevando: Indicatori di attività generale: interventi ordinari e urgenti, sforamenti rispetto all'ora programmata di conclusione attività; Indicatori di performance: durata media di occupazione della SO; Indicatori di efficienza per sala: tempo di cambio tra interventi (Turnover Times TT): Indicatori di efficienza per reparto: Ora inizio primo intervento (Procedure Start Time PST); Scostamento tra l'ora media di inizio attività rispetto all'orario auspicabile (Start Time Tardiness STT); Indicatori di processo: % disattesi. Tale monitoraggio è realizzato con una rilevazione sistematica a cura del personale infermieristico attraverso schede cartacee il cui contenuto viene registrato in un data base realizzato dal Settore Flussi Informativi della DSA. Nelle schede vengono riportati: dati anagrafici del pz; n. nosologico; orari inizio e fine intervento e sua descrizione e operatori partecipanti. Il monitoraggio, denominato SIBOC, avviato a fine 2012. dal 1-1-2013 è andato a pieno regime. La DSA elabora i dati del data-base e predispone un report periodico trasmesso alle UUOO Chirurgiche.





CONCLUSIONI

Scopo di questa elaborazione è stato fornire ai clinici strumenti metodologici che scaturiscono dalla elaborazione dei dati di attività dell'istituto, al fine di poterli valutare ed eventualmente utilizzare per migliorare i propri output, in termini organizzativi e assistenziali (audit). L'analisi dei dati del 2013 e del primo trimestre 2014 ha dimostrato un miglioramento nella registrazione dei dati sulle schede, con riduzione delle incongruità nei tempi di cambio e di campi vuoti. Si è osservata una riduzione del TT e dello STT liberando ore di utilizzo della sala.

QUALE SCELTA PER LA GESTIONE DELLO STRUMENTARIO CHIRURGICO NELLA AUSL 4 DI TERAMO

Contrisciani R.*, Palmeri G.**, Rosati G.**, Mattu V.**, Fabiani L.*

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento M.E.S.V.A., Università degli Studi Dell'Aquila; **Direzione Sanitaria P.O. "G. Mazzini", AUSL 4 Teramo

Parole chiave: sterilizzazione, outsourcing

Introduzione. Nel 2012 la Direzione Aziendale della AUSL 4 di Teramo ha nominato una commissione per la ristrutturazione del servizio di sterilizzazione e ricondizionamento dello strumentario chirurgico. La commissione, valutate le criticità emergenti, ha disposto la redazione di un capitolato di gara per l'affidamento esterno dell'intero servizio. Al fine di definire il valore dallo strumentario chirurgico è stato dato mandato a ditta esterna.

Consegnato il capitolato di gara per l'affidamento esterno del sevizio di sterilizzazione al nuovo Direttore Generale nel frattempo insediatosi, quest'ultimo ha ritenuto eccessivamente oneroso il costo dell'outsourcing, pertanto ha dato indicazioni per la realizzazione di un nuovo capitolato di gara che prevedesse la realizzazione di un servizio interno di sterilizzazione a conduzione aziendale.

Discussioni. Durante il periodo di attività il gruppo di lavoro ha individuato i punti forza e le criticità delle diverse opzioni di gestione dello strumentario chirurgico e ristrutturazione del processo di sterilizzazione, se affidato completamente all'esterno, se governato completamente dalla Asl di Teramo o se effettuato all'interno della Asl con canone di noleggio della strumentazione e dell'intero processo di sterilizzazione. Il completo affidamento all'esterno ha un costo stimato di circa 140 euro ad intervento, costo elevato rispetto alle altre due soluzioni prese in considerazione, senza che al termine sia presente una centrale di sterilizzazione in azienda. La gestione e ristrutturazione in proprio della centrale e dell'intero processo di sterilizzazione ha un costo elevato nel primo anno, ma dal secondo si ridurrebbe notevolmente. La gestione mista ossia la ristrutturazione della centrale del presidio hub di riferimento, il coordinamento gestionale in outsourcing e la presenza di personale proprio della Asl comporta un canone annuo non molto superiore alla seconda soluzione senza l'onere dell'esborso iniziale.

Conclusioni. Dalla letteratura¹⁻² è emerso che diverse aziende sanitarie hanno rivalutato la possibilità di gestione interna del processo di sterilizzazione sfruttando la possibilità di utilizzare il know-how del personale già operante ed un maggior controllo dei sottoprocessi relativi al ricondizionamento.

La completa gestione interna del processo di sterilizzazione necessita della presenza di figure professionali dedicate che adeguino l'intero processo alla normativa di settore in particolare per i requisiti impiantistico-strutturali; la logistica, la sicurezza, la tracciabilità, la formazione del personale, tenendo inoltre in debita considerazione i costi da sostenere. A nostro avviso l'approccio migliore ad una valutazione complessa di questo tipo non può prescindere da un'attenta disamina della situazione aziendale considerando le professionalità presenti e quelle mancanti al fine di una buona realizzazione del progetto.

QUALE SCELTA PER LA GESTIONE DELLO STRUMENTARIO CHIRURGICO NELLA AUSL 4 DI TERAMO



Contrisciani R* , Palmeri G**, Rosati G**, Mattu V ** , Fabiani L*
*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi Dell'Aquila,
Dipartimento M.E.S.V.A.

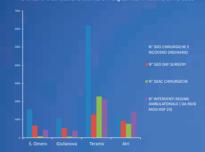
**Direzione Sanitaria P.O. "G.Mazzini", AUSL 4 Teramo

INTRODUZIONE:

Nel 2012 la Direzione strategica della AsI di Teramo ha incaricato una commissione di valutare le criticità inerenti il servizio di sterilizzazione e ricondizionamento dello strumentario chirurgico e di proporre le possibili soluzioni in merito.

Nella Asl di Teramo sono presenti quattro servizi di sterilizzazione dislocati nei Presidi Ospedalieri di Atri, Giulianova, S. Omero e Teramo; quest'utimo è l'Ospedale Hub, di riferimento, presso cui si svolge la maggiore attività chirurgica sia per quantità che per complessità. (Grafico.1.)

Grafico 1. Distribuzione attività chirurgica Ausl 4 Teramo anno 2013



La commissione, valutate le criticità ha proposto di affidare all'esterno il servizio di sterilizzazione dei presidi di Teramo e S. Omero, vista la maggior quantità di attività chirurgica e l'impossibilità di adeguare le centrall esistenti senza i necessari lavori di ampliamento. La Direzione aziendale pertanto ha individuato un gruppo di lavoro cui affidare la stesura del capitolato di gara per l'affidamento in outsourcing del servizio di sterilizzazione dei presidi di Teramo e S. Omero. Il gruppo di lavoro, al fine di definire con accuratezza i costi, ha ritenuto utile valorizzare lo strumentario chirurgico posseduto e, visto l'elevato numero di strumenti presenti nei container, l'adozione della set optimization; per svolgere tale attività è stata individuata una ditta esterna specializzata.

Gli strumenti chirurgici presenti nei due presidi sono stati stimati per un valore complessivo di 300.000,00 euro, valore nettamente inferiore ai 2.500.000,00 euro se tale strumentario fosse nuovo; le principali cause del deprezzamento sono dovute all'obsolescenza degli strumenti e ad una manutenzione approssimativa. La set optimization è servita a diminuire il numero degli strumenti presenti nei container riducendone così il peso; ha permesso la condivisione di kit tra le diverse specialistiche chirurgiche creando dei kit "base comune", ha definito i kit aggiuntivi il cui uso è occasionale, semplificando così la ricomposizione dei kit el i riprocessamenti non necessari.

La ditta esterna incaricata ha impliegato circa 7 mesi per completare l'attività, nel frattempo alla guida della ASL di Teramo è stato nominato un nuovo Direttore Generale. Quest'ultimo, osservato il capitolato di gara, ha ritenuto eccessivamente oneroso l'affidamento esterno in quanto comportante un impegno di spesa elevato, circa il 50% in più del costo al momento sostenuto.

Il maggior onere è da imputarsi al raddoppio dello strumentario chirurgico, al ricollocamento del personale al momento impegnato nel servizio di sterilizzazione, alle spese di trasporto dello strumentario chirurgico ed infine alla realizzazione-adeguamento di centrale esterna che al termine dell'appatto non rimarrebbe di proprietà della Asti.

Il Direttore Generale pertanto ha invitato il gruppo di lavoro a redigere un nuovo capitolato che comprendesse i quattro presidi ospedalieri, valutando il costo delle differenti opzioni, possibilmente conservando il personale aziendale già impegnato nella sterilizzazione e ristrutturando la centrale del Presidio di Teramo.

DISCUSSIONI

Durante l'attività il gruppo di lavoro ha individuato i punti di forza e le criticità delle diverse opzioni di gestione:

•Il completo affidamento all'esterno ha un costo stimato di circa 140 euro ad intervento, costo elevato rispetto alle altre due soluzioni prese in considerazione, senza che al termine sia presente una centrale di sterilizzazione in azienda; inoltre tale opzione comporterebbe la necessità di sistemi di controllo del servizio e la perdita di know-how di processo.

**La gestione e ristrutturazione in proprio della centrale di sterilizzazione e dell'intero processo di sterilizzazione con personale proprio della Asi ha un costo elevato nel primo anno relativo alla costruzione della centrale ed all'acquisto di apparecchiature, strumentazione, sistema di tracciabilità e set optimization, ma dal secondo anno si ridurrebbe notevolmente, tanto da apparire la soluzione economica più vantaggiosa.

*La gestione mista che prevede la ristrutturazione della centrale del presidio hub, il coordinamento gestionale in outsurcing e la presenza del personale proprio, comporta la definizione di un canone annuo ed un costo stimato di 100 euro ad intervento senza l'onere dell'esborso iniziale, la possibilità di mantenimento del personale già operante in centrale e l'acquisizione a fine appalto della centrale. Il principale punto di debolezza è la difficile attribuzione di responsabilità di esito tra il coordinatore esterno e gli operatori di centrale dipendenti ASL.

ONCHISIONI

Dalla letteratura^{1,4} è emerso che diverse aziende sanitarie hanno rivalutato la possibilità di gestione interna del processo di sterilizzazione sfruttando la possibilità di utilizzare il know-how del personale già operante ed un maggior controllo dei sottoprocessi relativi al ricondizionamento.

La completa gestione interna del processo di sterilizzazione necessita della presenza di figure professionali dedicate che adeguino l'intero processo alla normativa di settore in particolare per i requisiti impiantistico-strutturali, la logistica, la sicurezza, la tracciabilità, la formazione del proconale, tenendo inoltre in debita considerazione i

Il gruppo di lavoro ha proposto pertanto un nuovo capitolato di gara valutando attentamente la situazione presente in azienda, considerando in particolar modo le indicazioni fornite dal Direttore Generale, ovvero l'utilizzo del personale interno per l'intero processo di sterilizzazione; l'affidamento a ditta esterna della ristrutturazione della centrale del presidio hub; la realizzazione di una sub centrale in posizione strategica ed infine il coordinamento gestionale in outsourcing.

A nostro avviso l'approccio migliore ad una valutazione complessa di questo tipo non può prescindere da un'attenta disamina della situazione aziendale considerando le professionalità presenti e quelle mancanti al fine di una buona realizzazione del progetto.



1. Dal Cin L. Analisi dei costi caratteristici del processo di sterilizzazione e della gestione del parco di strumentario chirurgico. Convegno STERILIZZAZIONE: "Innovazione nel processo di ricondizionamento dei Dispositivi Medici Riutilizzabili". Vittorio Veneto, 30 novembre 2012.

2. Freda P., Leogrande L. Insourcing ed Outsourcing: i motivi di una scelta. Simposio sulla STERILIZZAZIONE: Molte le soluzioni, molti gli attori, uno l'obiettivo. Bologna, 26,27 Gennaio 2011.

SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Corsi R.1, Pigozzi M.2, Soldano E.3, Sordilli A.M.4, Di Bari V.5, Gentili G.6, Tibuzzi F.7

- ¹ Direttore Sanitario Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM); ² Direttore Generale Casa di Cura
- "Villa di Querce", Nemi (RM); 3 Coordinatrice Infermieristica Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM);
- ⁴Dirigente Area Infermieristica Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM); ⁵ Medico Infettivologo Casa di Cura
- "Villa di Querce", Nemi (RM); ⁶ Responsabile Laboratorio Analisi Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM);
- ⁷ Biologo Laboratorio Analisi Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM)

Parole chiave: Clostridium difficile infection

Introduzione. Tra i microrganismi patogeni responsabili delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), il *Clostridium difficile* (CD) è stato identificato come *alert organism* per il quale si raccomanda una precoce identificazione ed un costante monitoraggio.

Nella Casa di Cura "Villa delle Querce" è stato implementato un sistema di sorveglianza e controllo delle infezioni da CD (CDI) con l'obiettivo di monitorare il trend epidemiologico e di migliorare l'aderenza alle misure di prevenzione e controllo raccomandate.

Contenuti. L'iniziativa è stata condotta in una Casa di Cura dotata di diverse tipologie assistenziali (medicina/geriatria/pneumologia per acuti, riabilitazione intensiva, lungodegenza medica post-acuzie, RSA e riabilitazione ex art. 26) a partire da settembre 2013.

Sono state condivise con i referenti delle unità funzionali coinvolte e contestualmente implementate le misure raccomandate da "Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica" della Regione Lazio, contenute su uno specifico documento della Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS) e riguardanti in particolare la diagnosi tempestiva ed il trattamento delle CDI, la sorveglianza specifica, le precauzioni di isolamento, l'informazione e la formazione degli operatori/pazienti/familiari/visitatori, l'uso appropriato degli antibiotici, l'igiene delle mani e l'utilizzo dei DPI, l'igiene ambientale e la comunicazione.

Risultati. I risultati del presente lavoro sono riferiti alle unità operative di natura ospedaliera, nel periodo settembre 2013-agosto 2014.

- Gli 85 casi registrati sono risultati così distribuiti: 39 (45,9%) dei pazienti erano maschi e 46 (54,1%) femmine.
- L'età media era di 78 anni (range 46-98) ed i pazienti con età superiore a 65 anni erano l'87%.
- I giorni che mediamente sono trascorsi tra l'inizio del ricovero e quello della sintomatologia correlata a CDI sono stati circa 16.
- L'incidenza complessiva rilevata è risultata pari a 25 casi/1.000 ricoveri.
- L'analisi del trend epidemiologico ha mostrato un'incidenza maggiore nelle unità operative di riabilitazione cardio-respiratoria e di acuti area medica, rispetto a quella registrata nelle unità operative di lungodegenza medica e di riabilitazione neuro-motoria.
- La degenza media registrata nei pazienti con CDI è stata di 21 giorni superiore rispetto a quella generale (46 vs 25).

Conclusioni. I risultati hanno evidenziato un'incidenza delle CDI coerente con alcuni dati di letteratura, hanno confermato il ruolo dei diversi fattori di rischio noti ed hanno consentito di porre in luce ambiti di miglioramento nelle misure di prevenzione e controllo.

La maggior incidenza registrata nelle unità operative di riabilitazione cardio-respiratoria e di acuti area medica sembra essere associata anche ad un maggior ricorso a terapia antibiotica combinata e/o protratta ad ampio spettro e a terapia con inibitori di pompa protionica.

Nel corso dello studio è stato evidenziata una progressiva sensibilizzazione degli operatori nei confronti della problematica correlata alle CDI, come sembra evidenziato dall'aumentato livello di attenzione nei confronti della diagnosi e dal maggior numero di notifiche registrate.

SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Corsi R.¹; Pigozzi M.²; Soldano E.³; Sordilli A.M.⁴; Di Bari V.⁵; Gentili G.⁶; Tibuzzi F.⁷

- Direttore Sanitario Casa di Cura "Villa di Ouerce". Nemi (RM)
- Direttore Generale Casa di Cura "Villa di Ouerce". Nemi (RM)
- ³ Coordinatrice Infermieristica Casa di Cura "Villa di Ouerce". Nemi (RM)
- ³ Dirigente Area Infermieristica Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM)
- ⁵ Medico Infettivologo Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM)
- ⁶ Responsabile Laboratorio Analisi Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM)
- Biologo Laboratorio Analisi Casa di Cura "Villa di Querce", Nemi (RM)

Parole chiave: Clostridium difficile infection

Introduzione

Tra i microrganismi patogeni responsabili delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), il *Clostridium difficile* (CD) è stato identificato come *alert organism* per il quale si raccomanda una precoce identificazione ed un costante monitoraggio.

Nella Casa di Cura "Villa delle Querce" è stato implementato un sistema di sorveglianza e controllo delle infezioni da CD (CDI) con l'obiettivo di monitorare il trend epidemiologico e di migliorare l'aderenza alle misure di prevenzione e controllo raccomandate.

Contenuti

L'iniziativa è stata condotta in una Casa di Cura dotata di diverse tipologie assistenziali (medicina/geriatria/pneumologia per acuti, riabilitazione intensiva, lungodegenza medica post-acuzie, RSA e riabilitazione ex art. 26) a partire da settembre 2013.

Sono state condivise con i referenti delle unità funzionali coinvolte e contestualmente implementate le misure raccomandate da "Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica" della Regione Lazio, contenute su uno specifico documento della Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS) e riguardanti in particolare la diagnosi tempestiva ed il trattamento delle CDI, la sorveglianza specifica, le precauzioni di isolamento, l'informazione e la formazione degli operatori/pazienti/famiilari/visitatori, l'uso appropriato degli antibiotici, l'igiene delle mani e l'utilizzo dei DPI, l'igiene ambientale e la comunicazione.

I risultati del presente lavoro sono riferiti alle unità operative di natura ospedaliera, nel periodo settembre 2013 - agosto 2014.

Gli 85 casi registrati sono risultati così distribuiti: 39 (45,9%) dei pazienti erano maschi e 46 (54,1%) femmine.

L'età media era di 78 anni (range 46-98) ed i pazienti con età superiore a 65 anni erano l'87%.

I giorni che mediamente sono trascorsi tra l'inizio del ricovero e quello della sintomatologia correlata a CDI sono stati circa 16.

L'incidenza complessiva rilevata è risultata pari a 25 casi/1.000 ricoveri.

L'analisi del trend epidemiologico ha mostrato un'incidenza maggiore nelle unità operative di riabilitazione cardiorespiratoria e di acuti area medica, rispetto a quella registrata nelle unità operative di lungodegenza medica e di riabilitazione neuro-motoria.

La degenza media registrata nei pazienti con CDI è stata di 21 giorni superiore rispetto a quella generale (46 vs 25).

Conclusioni

I risultati hanno evidenziato un'incidenza delle CDI coerente con alcuni dati di letteratura, hanno confermato il ruolo dei diversi fattori di rischio noti ed hanno consentito di porre in luce ambiti di miglioramento nelle misure di prevenzione e controllo.

La maggior incidenza registrata nelle unità operative di riabilitazione cardio-respiratoria e di acuti area medica sembra essere associata anche ad un maggior ricorso a terapia antibiotica combinata e/o protratta ad ampio spettro e a terapia con inibitori di pompa protionica.

Nel corso dello studio è stato evidenziata una progressiva sensibilizzazione degli operatori nei confronti della problematica correlata alle CDI, come sembra evidenziato dall'aumentato livello di attenzione nei confronti della diagnosi e dal maggior numero di notifiche registrate.

PROCEDURA OPERATIVA PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA EX ESPOSTI ALL'AMIANTO NELL'ASL NA1 CENTRO

Costa R.1, Lalla M.2, Graziano R.3, Guida E.4

¹ Dirigente Medico Direzione Medica PSP CVE; ² Dirigente medico UOC Controllo e Qualità; ³ Responsabile UO Amianto; ⁴ UOC Controllo e Qualità *Direttore lervolino M. Direttore UOC Direzione Medica PSP CVE

Parole chiave: amianto, sorveglianza, sanitaria

Introduzione. Il D.lgs 277/91 e smi prevedono in caso di esposizione ad amianto per i lavoratori il prolungamento del controllo sanitario, dopo la cessazione dell'esposizione.

In Regione Campania con il Piano Regionale Amianto, approvato con Delibera n. 64 del 10/10/01, è stato stabilito che i compiti di sorveglianza sanitaria (attiva e passiva) degli ex esposti all'amianto siano compiuti da strutture dedicate a livello di Asl e denominate Unità Operative Amianto.

Con delibera n. 330/12 è stata istituita, presso l'ASL NA/1 Centro, l'UO Amianto, il cui scopo principale è la predisposizione ed esecuzione di una procedura per la sorveglianza sanitaria per gli ex esposti ispirata ai principi di trasparenza, equità ed efficacia delle cure per una classe di popolazione, impropriamente esposta ad agenti cancerogeni occupazionali.

Contenuti. L'U.O. Amianto nell'ASL Na1 ha predisposto una serie di attività preliminari alla realizzazione del protocollo di sorveglianza sanitaria agli ex esposti amianto quali:

- 1. Attività di Start UP; Coordinamento Iniziale Predisposizione Documenti; Acquisizione dati ex esposti verifica dati; Definizione del Protocollo di Intervento
- 2. Attività di Monitoraggio; Identificazione e selezione ex esposti; Suddivisione popolazione in due coorti, ad elevato rischio ed a moderato rischio
- 3. Individuazione nel Presidio Sanitario Polifunzionale del Corso Vittorio Emanuele (PSP CVE), come organismo aziendale atto ad effettuare gli accertamenti clinico-strumentali basilari per la sorveglianza sanitaria, prescritti nel Piano regionale Amianto
- 4. Attuazione di una procedura operativa e della modulistica allegata, condivisa con la Direzione Medica del PSP CVE e con le strutture assistenziali interessate, quali UOC Diagnostica per Immagini per gli esami Radiografici (RX e TC Torace) e SSD Pneumologia (visita pneumologica e spirometria ed eventuale consulenza anti-fumo, per la possibile interazione tra fumo di tabacco e amianto nella eziologia e nell'aggravamento di malattie polmonari).

Conclusioni. Obiettivi di questa procedura operativa sono garantire l'uniformità, la trasparenza delle attività effettuate e nel contempo creare per l'assistito un "percorso protetto" tale da poter usufruire di accertamenti sanitari senza liste di attesa per assicurare un supporto permanente di continuità assistenziale al paziente affetto da patologia amianto correlata.

Procedura operativa per la sorveglianza sanitaria ex esposti all'amianto nell'ASL NA1 Centro

Nomi Autori : Costa R. Dirigente Medico Direzione Medica PSP CVE *, Lalla M. Dirigente medico UOC Controllo e Qualità *, Graziano R. Responsabile UO Amianto*, Guida E. UOC Controllo e Qualità *Direttore Iervolino M. Direttore UOC Direzione Medica PSP CVE*

* ASL Na1 Centro

Parole Chiave: Amianto Sorveglianza Sanitaria

Introduzione

Il D. lgs 277/91 e smi prevedono in caso di esposizione ad amianto per i lavoratori il prolungamento del controllo sanitario, dopo la cessazione dell'esposizione.

In Regione Campania con il Piano Regionale Amianto, approvato con Delibera n. 64 del 10/10/01, è stato stabilito che i compiti di sorveglianza sanitaria (attiva e passiva) degli ex esposti all'amianto siano compiuti da strutture dedicate a livello di Asl e denominate Unità Operative Amianto.

Con delibera n. 330/12 è stata istituita, presso l'ASL NA/1 Centro, l'UO Amianto, il cui scopo principale è la predisposizione ed esecuzione di una procedura per la sorveglianza sanitaria per gli ex esposti ispirata ai principi di trasparenza, equità ed efficacia delle cure per una classe di popolazione, impropriamente esposta ad agenti cancerogeni occupazionali.

Contenuti

L' U.O. Amianto nell'ASL Na1 ha predisposto una serie di attività preliminari alla realizzazione del protocollo di sorveglianza sanitaria agli ex esposti amianto quali:

1) Attività di Start UP:

- Coordinamento Iniziale -Predisposizione Documenti
- Acquisizione dati ex esposti verifica dati
- Definizione del Protocollo di Intervento

2)Attività di Monitoraggio:

- Identificazione e selezione ex esposti
- Suddivisione popolazione in due coorti, ad elevato rischio ed a moderato rischio

3)Individuazione nel Presidio Sanitario Polifunzionale del Corso Vittorio Emanuele (PSP CVE), come organismo aziendale atto ad effettuare gli accertamenti clinico – strumentali basilari per la sorveglianza sanitaria, prescritti nel Piano regionale Amianto.

4)Attuazione di una procedura operativa e della modulistica allegata, condivisa con la Direzione Medica del PSP CVE e con le strutture assistenziali interessate, quali UOC Diagnostica per Immagini per gli esami Radiografici (RX e TC Torace) e SSD Pneumologia (visita pneumologica e spirometria ed eventuale consulenza anti – fumo, per la possibile interazione tra fumo di tabacco e amianto nella eziologia e nell'aggravamento di malattie polmonari).

Procedura Sorveglianza Sanitaria Ex Esposti Amianto

UOA Amianto trasmette mezzo FAX richiesta prestazioni sanitarie (come da modello.1) alla UOC Diagnostica per Immagini e/o alla SSD Pneumologia L'assistito effettua la prestazione nel giorno indicato e viene rilasciato copia del referto all'assistito

Mensilmente è trasmessa dalla struttura interessata:

- tutta la documentazione sanitaria (come da modello 2) all'UOA per essere inserito nella cartella clinica.Il ritiro della documentazione sarà curato dall'UOA.
- Si precisa che in casi critici il medico refertante provvederà a contattare immediatamente l'UOA per la valutazione del caso
- elenco delle prestazioni effettuate alla Direzione Sanitaria (come da modello 3), che provvederà ad effettuare l'istruttoria per la rendicontazione

Conclusioni.

Obiettivi di questa procedura operativa sono garantire l'uniformità, la trasparenza delle attività effettuate e nel contempo creare per l'assistito un "percorso protetto" tale da poter usufruire di accertamenti sanitari senza liste di attesa per assicurare un supporto permanente di continuità assistenziale al paziente affetto da patologia amianto correlata.

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO E DI RICERCA: UN'OPPORTUNITÀ PER CONSOLIDARE LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO NELL'AOU POLICLINICO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA

R. Cunsolo¹, M.P. Gozzi², S. Galeano³, G. Grasso³, A.R. Mattaliano⁴

¹ Dirigente medico di Presidio PP.OO. V. Emanuele-Ferrarotto; ² Componente Gruppo Operativo CIO Ferrarotto; ³ Segretario Comitato Lotta alle Infezioni Ospedaliere; ⁴ Direttore medico di Presidio PP.OO. V. Emanuele-Ferrarotto, S. Bambino

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

Introduzione. Nell'analisi dei diversi rischi correlati all'assistenza sanitaria, il rischio infettivo, cioè quel rischio che hanno i pazienti, i visitatori e gli operatori di contrarre un'infezione, assume un significato rilevante per varie ragioni: dimensioni del rischio, complessità dei determinanti, trend epidemiologico in aumento. Il trend epidemiologico della frequenza di ICA è in aumento in tutto il mondo e ciò per vari motivi: maggiore proporzione di pazienti immunocompromessi, accentuata complessità assistenziale, antibioticoresistenza, aumento di forme di infezioni più gravi. Non tutte le ICA sono prevenibili, perché in alcuni casi l'infezione è solo temporalmente associata all'episodio assistenziale, senza essere imputabile ad alcun fattore modificabile: i microrganismi fanno parte della flora endogena del paziente (self-infection) e l'insorgenza della infezione è attribuibile alle particolari condizioni cliniche dell'ospite.

Contenuti. In relazione ai dati epidemiologici delle ICA, un Programma di controllo del rischio infettivo è utile a garantire maggiore condizioni di sicurezza nelle Aziende Sanitarie, ove sono definiti ruoli e compiti (come da normativa nazionale e regionale) di soggetti preposti alla ricerca di strategie e alla gestione operativa del rischio infettivo. L'esperienza sin qui maturata in materia di lotta alle ICA porta a considerare come, nelle strutture sanitarie siciliane, gli attuali assetti organizzativi non consentono la disponibilità, a tempo pieno e in numero adeguato, di personale dedicato esclusivamente a tali attività. La presenza, nell'AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania, di Unità Operative di alta specialità e vocate ad un'assistenza complessa, è servita come ulteriore spinta ad istituire un Osservatorio Epidemiologico e di Ricerca (OER) che, facendo capo alla Direzione Sanitaria Aziendale e in affiancamento ai Gruppi Operativi del CIO, funge da collante per un'attività di coordinamento aziendale in materia di adozione di strategie idonee, anche in armonia con gli standard Joint Commission, già adottati con DA del 12 agosto 2011.

Conclusioni. L'istituzione dell'OER servirà a consolidare e potenziare le strategie di prevenzione e controllo delle ICA attraverso diverse azioni: individuazione di risorse umane esperte in materia; uso di sistemi di identificazione e risoluzione pro-attiva dei rischi di infezione, anche in caso di eventuali cluster epidemici; ricerca e valutazione di sistemi innovativi per la prevenzione delle ICA; collaborazione con enti istituzionali impegnati nella gestione del rischio infettivo; addestramento/formazione continua del personale. L'attività dell'OER viene sottoposta a valutazione in base al raggiungimento di un variegato set di indicatori, tra cui: igiene delle mani (redazione/aggiornamento di procedura; monitoraggio uso di soluzioni idroalcooliche, livello di adesione, programmi di promozione); malattie trasmissibili (redazione/aggiornamento di procedura; gestione Alert organism; screening microbiologico d'ingresso al tempo zero, per la ricerca di Alert organism, in pazienti candidati a intervento chirurgico, adozione misure di isolamento, controllo microbiologico ambientale); microrganismi multiresistenti agli antibiotici (sorveglianza, audit, flusso informativo, adesione a procedura, profilassi e terapia antibiotica); infezioni associate a DM (procedure per catetere intravascolare; procedura gestione ferita chirurgica, audit per valutare adesione).



Pool di Infermieri

addetti alla Lotta

alle Infezioni

Ospedaliere

Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele"

Catania

Direttore Sanitario Azienda: Dr. Antonio Lazzara



Osservatorio Epidemiologico e di Ricerca: un'opportunità per consolidare la gestione del rischio infettivo nell'AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania

R.Cunsolo*, M.P. Gozzi*, S.Galeano*, G.Grasso*, A.R. Mattaliano**

*Dirigente medico di Presidio PP.OO. V. Emanuele-Ferrarotto, Componente Gruppo Operativo CIO Ferrarotto, Segretario Comitato Lotta alle Infezioni Ospedaliere A, ** Direttore medico di Presidio PP.OO. V.Emanuele-Ferrarotto, S.Bambino



STRATEGICO

Comitato Lotta alle Infezioni Ospedaliere

Sicurezza per Pazienti ed Operatori GRUPPI OPERATIVI DEL CIO

STRUMENTI ED AZIONI

- Individuazione di *risorse umane esperte* in materia
- Uso di sistemi di identificazione e risoluzione pro-attiva del rischio infettivo (in caso di eventuali cluster epidemici)
- Ricerca e valutazione di sistemi innovativi per la prevenzione delle ICA
- Collaborazione con enti istituzionali impegnati nella gestione del rischio infettivo (es. ASSR Emilia Romagna)
- Addestramento/formazione continua del personale

VALUTAZIONE ATTIVITÀ

- Adesione a Standard PCI di Joint Commission
- Igiene delle mani: redazione procedura, uso di soluzioni idroalcooliche, nº osservazioni/anno
- Gestione Alert organism: procedura screening microbiologico in pz candidati a intervento chirurgico, misure di isolamento, nºaudit/anno
- Sorveglianza epidemiologica: almeno nº 1 studio/anno, audit/anno su adesione a procedura, profilassi e terapia antibiotica
- Infezioni associate a DM: disponibilità di procedure per catetere intravascolare e per gestione ferita chirurgica

D'Acquisto A.*, Ramondetti F.*, Villa V.*, Carpinelli L.*, Gallo G°., Tissino T.°°, Cristiano M.°°, Gaia P.°°°, Tejada M.°°°, Costa E.°°°, Cuppone M.T.*

IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese (MI): * Medici di Direzione Sanitaria;

° Responsabile Qualità; °° Infermiere SITRA; °°° Biologhe del Servizio di medicina di laboratorio

Parole chiave: ESKAPE, active surveillance cultures, pediatric cardiac surgery

Introduzione. Nonostante i progressi nel controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), le infezioni da organismi multiresistenti agli antibiotici (MDRO) rimangono un'importante causa di morbilità e mortalità. I pazienti cardiochirurgici pediatrici restano tra coloro a più elevato rischio di sviluppare infezioni. Secondo i dati dei Centers for Disease Control and Prevention attualmente i 2/3 di tutte le ICA sono causate dagli ESKAPE (fig. 1) e sono difficili se non impossibili da trattare.

Nell'arco di un anno solare su una coorte di 230 pazienti cardiochirurgici pediatrici, tra 0 e 19 anni, affetti da cardiopatie congenite, abbiamo effettuato colture di sorveglianza attiva (CSA) per la ricerca di colonizzazioni da ESKAPE preesistenti al ricovero presso il Policlinico San Donato. 79 sono residenti in Italia e 151 provengono da altri Paesi.

Obiettivo. Descrizione delle CSA e dell'incidenza di batteriemie in cardiochirurgia pediatrica.

Sul totale dei tamponi di screening, 1.7% degli infanti osservati risulta colonizzato a livello delle vie aeree superiori per Staphilococcus aureus meticillino resistente (MRSA). Il 35% presenta una colonizzazione rettale per GRAM – [Klebsielle produttrici di Carbapenemasi (KPC) + produttori di betalattamasi ad ampio spettro (ESBL)] e il 3% da VRE. Rispetto alla letteratura internazionale i nostri pazienti risultano colonizzati in ingresso da un solo GRAM- per il 12% in più, mentre da KPC+VRE o KPC+ESBL (colonizzazione multipla) del 31% in più. Di tutti i materiali clinici intraricovero il 31% risulta positivo per ESKAPE sia esso per colonizzazione o infezione. Nello specifico, il 29% è positivo per GRAM+ ed il 34% per GRAM-. Supponendo possibili contaminazioni al momento del prelievo del campione, abbiamo considerato indici di infezione in corso solo le emocolture positive, di cui 7% per MRSA o VRE, 5% GRAM- e soltanto 1% i lieviti. Si rileva inoltre un'aumentata positività all'ingresso nei pazienti stranieri (75% tamponi nasali e 95% tamponi rettali). Sarebbe interessante osservare con uno studio caso-controllo multicentrico e su una coorte più ampia, eventuali correlazioni tra ICA ed età, considerando che il sistema immunitario pediatrico termina il suo sviluppo intorno al compimento del 1º anno. Stupisce come le batteriemie da GRAM+ siano più frequenti rispetto a quelle da GRAM-, nonostante una prevalenza inversa agli screening di ingresso. Probabilmente le caratteristiche dell'ambiente pediatrico più contaminato da feci espone ad una maggiore positività per MDRO nei tamponi rettali rispetto ai tamponi faringei (fig. 2).

Considerata l'alta prevalenza di isolamenti di MRSA da emocoltura durante il ricovero (fig. 2) che raddoppia quasi rispetto agli isolamenti da tamponi in ingresso, può essere utile una decolonizzazione con mupirocina o clorexidina nei pazienti pediatrici portatori di MRSA? Attualmente è chiaro che solo un bundle e non una singola misura può impedire la loro propagazione. Le misure minime indispensabili non sono note e le società scientifiche pubblicano raccomandazioni diverse anche all'interno di una stessa nazione. La decolonizzazione dei pazienti e degli operatori sanitari è probabilmente la misura più contestata nella lotta contro gli MRSA e la letteratura dà pareri discordanti per giustificare una decolonizzazione di routine dei pazienti e/o del personale portatore di MRSA. Tuttavia, in assenza di un intervento, i pazienti rimangono colonizzati per anni e nella maggior parte delle epidemie da MRSA, la fonte è un paziente. Le CSA restano verosimilmente la misura più importante, insieme all'igiene delle mani e alle misure di isolamento standard, volta all'identificazione dei serbatoi nascosti di MRSA. L'isolamento per contatto impedisce nuove colonizzazioni e lo sviluppo di ulteriori infezioni.

Enterococcus faecium

ESKAPE: risultati di sorveglianza attiva e isolamenti da emocoltura in cardiochirurgia pediatrica

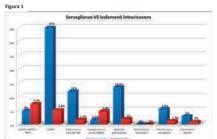
D'Acquisto A.*, Ramondetti F.*, Villa V.*, Carpinelli L.*, Gallo G°., Tissino T.°°, Cristiano M.°°, Gaia P.°°°, Tejada M.°°°, Costa E°°°. Cuppone M.T.

Keywords: ESKAPE, Active Surveillance Cultures, Pediatric Cardiac Surgery

IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese (MI): *Medici di Direzione Sanitaria; *Responsabile Qualità; *o*Infermiere SITRA; *o**Biologhe del Servizio di

Nonostante i progressi nel controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) (1,2), le infezioni da organismi multiresistenti agli antibiotici (MDRO) rimangono un'importante causa di morbilità e mortalità. I pazienti cardiochirurgici pediatrici restano tra coloro a più elevato rischio di sviluppare infezioni. Secondo i dati dei Centers for Disease Control and Prevention (2) attualmente i 2/3 di tutte le ICA sono causate dagli ESKAPE (4, fig.1) e sono difficili se non impossibili da trattare (1-5).

Nell'arco di un anno solare su una coorte di 230 pazienti cardiochirurgici pediatrici, tra 0 e 19 anni, affetti da cardiopatie congenite, abbiamo effettuato colture di sorveglianza attiva (CSA) (6) per la ricerca di colonizzazioni da ESKAPE preesistenti al ricovero presso il Policlinico San Donato. 79 sono residenti in Italia e 151 provengono da altri Paesi.



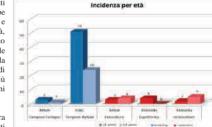
end

Obiettivo: descrizione delle CSA e dell'incidenza di batteriemie in cardiochirurgia nediatrica

Sul totale dei tamponi di screening, 1.7% degli infanti osservati risulta colonizzato a livello delle vie aeree superiori per Staphilococcus aureus meticillino resistente (MRSA). Il 35% presenta una colonizzazione rettale per GRAM - [Klebsielle produttrici di Carbapenemasi (KPC) + produttori di betalattamasi ad ampio spettro (ESBL)] e il 3% da VRE. Rispetto alla letteratura internazionale i nostri pazienti risultano colonizzati in ingresso da un solo GRAM per il 12% in più, mentre da KPC+VRE o KPC+ESBL (colonizzazione multipla) del 31% in più (7). Di tutti i materiali clinici intraricovero il 31% risulta positivo per ESKAPE sia esso per

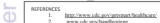
colonizzazione o infezione. Nello specifico, il 29% è positivo per GRAM + ed il 34% per GRAM -. Supponendo possibili contaminazioni al momento del prelievo del campione, abbiamo considerato indici di infezione in corso solo le emocolture positive, di cui 7% per MRSA o VRE, 5% GRAM- e soltanto 1% i lieviti.

Si rileva inoltre un'aumentata positività all'ingresso nei pazienti stranieri (75% tamponi nasali e 95% tamponi rettali). Sarebbe interessante osservare con uno studio caso-controllo multicentrico e su una coorte più ampia, eventuali correlazioni tra ICA ed età, considerando che il sistema immunitario pediatrico termina il suo sviluppo intorno al compimento del 1ºanno. Stupisce come le batteriemie da GRAM+ siano più frequenti rispetto a quelle da GRAM -, nonostante una prevalenza inversa agli screening di ingresso. Imputabile alle caratteristiche dell'ambiente pediatrico più contaminato da feci è la maggiore positività per MDRO dei tamponi rettali rispetto ai tamponi faringei (fig.2).



Considerata l'alta prevalenza di isolamenti di MRSA da emocoltura durante il ricovero (fig.2) che raddoppia quasi rispetto agli isolamenti

da tamponi in ingresso, può utile una decolonizzazione con mupirocina o chlorexidina nei pazienti pediatrici portatori di MRSA(8)? Attualmente è chiaro che solo un bundle e non una singola misura può impedire la loro propagazione (9). Le misure minime indispensabili non sono note e le società scientifiche pubblicano raccomandazioni diverse anche all'interno di una stessa nazione (10). La decolonizzazione dei pazienti e degli operatori sanitari è probabilmente la misura più contestata nella lotta contro gli MRSA e la letteratura dà pareri discordanti per giustificare una decolonizzazione di routine dei pazienti e/o del personale portatore di MRSA. Tuttavia, in assenza di un intervento, i pazienti rimangono colonizzati per anni (11) e nella maggior parte delle epidemie da MRSA, la fonte è un paziente. Le CSA restano verosimilmente la misura più importante, insieme all'igiene delle mani e alle misure di isolamento standard, volta all'identificazione dei serbatoi nascosti di MRSA. L'isolamento per contatto impedisce nuove colonizzazioni e lo sviluppo di ulteriori infezioni



- http://www.cuc.gov/vgssnatu/usmin.auc.
 www.cdc.gov/undidvyiene
 5 Million Lives Campaign, How-to Guide: Reduce Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA)
 Infection, http://www.hin.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuideReduceMRSAInfection.aspx
 Boucher, HW et al. No ESKAPE! New Drugs Against MRSA, Other Superbugs Still Lacking. ISDA Web Reference. Bad Bugs, No Drugs: No ESKAPE! An Update from the
- Infectious Diseases Society of America. Clinical Infection Disease Control Supervised States and States and Supervised States and St
- morbidity, mortality, and costs: a systematic review. Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2008;46(11):1717-25
- Andersen B., Nicholas S., Sprague B., et al. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2008. Vol 29, n.3
- Peter G. Pappas, Carol A. Kauffman, David Andes et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Candidiasis; Update by the Infectious Diseases Society of America, Clin Infecit Dis (2009) 48 (5): 503-535
- Bootsma, M. C. Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A. 2006: 103: 5620
- Strausbaugh I. I. Clin. Infect. Dis. 2006: 42: 828
- Sanford, M. D. Clin. Infect. Dis. 1994; 19: 1123, Scanvic, A. Clin. Infect. Dis. 2001; 32: 1393

Meintobacter baumannii

ba

nterol

LA GESTIONE DEI SINISTRI DALL'ISTITUZIONE DEL COMITATO AZIENDALE VALUTAZIONE SINISTRI (CAVS)

S. De Maria La Rosa¹, A. Colombo², G. Zuccarello³, A. Scalia⁴, A. Scibilia⁵, F. Cassarino⁵

¹ Dirigente medico Direzione Medica di Presidio; ² Risk Manager; ³ Medico Legale Coordinatore CAVS;

Parole chiave: sinistro, responsabilità civile

Introduzione. Con la Delibera 520/2012 l'A.O. A.R.N.A.S. Garibaldi di Catania ha istituito il CAVS, così come previsto da Decreto regionale 28/12/2011. Il CAVS, quale gruppo di lavoro multidisciplinare, si pone come nuovo modello gestionale per il governo più efficiente del contenzioso, relativamente alla responsabilità civile verso terzi che rappresenta la parte preponderante dell'attività di gestione dei sinistri di un'Azienda sanitaria. A tal fine l'Azienda ha anche aderito al percorso formativo organizzato dall'Assessorato della Salute per "Claim Manager" e "Risk Manager" con due componenti del CAVS per tipologia di percorso.

Contenuti. Il CAVS dall'Agosto 2013 ad oggi ha esaminato 32 proposte di transazione. Di questi 86% riguardavano presunte responsabilità dei medici, il restante 14% presunte responsabilità dell'Azienda non legate all'attività sanitaria. I sinistri con presunta responsabilità medica hanno visto maggiormente coinvolte le discipline di ortopedia (36%), di chirurgia (16%) e di ostetricia e ginecologia (12%). Il CAVS, dopo aver valutato le proposte di definizione del sinistro avanzate dal gestore dello stesso (perito, compagnia assicurativa, altro), dopo aver svolto le relative istruttorie per la responsabilità e l'entità di eventuali predeterminate tipologie di danni (in termini di prevedibile impatto economico) arrecati a terzi, ha accolto nel 56% dei casi le richieste di transazione. Tale funzione, all'interno del SSR Sicilia assume oggi un ruolo determinante, in ragione della scelta "Centrale" di ritenere il rischio all'interno del Sistema attraverso la costituzione di un "fondo regionale rischio" analogamente a quanto sviluppato con diversi modelli in Toscana, Liguria, Puglia e Basilicata.

Conclusioni. Il CAVS dell'A.O. A.R.N.A.S. Garibaldi di Catania ha dimostrato di poter espletare un ruolo importante quale strumento dedicato a governare la gestione dei sinistri relativi alla responsabilità civile verso terzi e dipendenti (RCTO), migliorando e velocizzando la raccolta delle informazioni utili all'istruttoria delle richieste di risarcimento, emettendo uno specifico parere sulla definizione del sinistro, analizzando la tipologia dei sinistri e proponendo azioni migliorative finalizzate alla prevenzione dei rischi alla luce della casistica emersa. I componenti del CAVS, le Direzioni Mediche di Presidio ed Aziendali seguono con attenzione gli sviluppi del processo di autoassicurazione avviato dall'Assessorato della Salute Sicilia per le refluenze organizzative e le responsabilità che da tale modello si concretizzeranno nel prossimo futuro.



⁴ Ufficio sinistri; ⁵ Ufficio legale

A.S.L. 3 GENOVESE. LA CARTELLA DI SALA OPERATORIA: STRUMENTO DI MONITORAGGIO PER LA SICUREZZA

De Martini Maria¹, Bottaro Luigi Carlo², Rebagliati Bruna³, Marchelli Marco⁴, Cevasco Isabella⁵, Fisci Mario⁶, Bagnasco Fiorellaˀ, Maggioni Pier Paolo⁶

¹ Coordinatore G.O. Unità Gestione Rischio; ² Direttore Sanitario; ³ Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico;

⁴ Responsabile Posizione Organizzativa Vulnologia; ⁵ Dirigente Infermieristico; ⁶ Direttore Medico Ospedale Villa Scassi; ⁷ Dirigente Medico Ospedale Villa Scassi

Parole chiave: documentazione, prevenzione, sicurezza

Introduzione. In ASL3 Genovese, prima del luglio 2008, la neo istituita Azienda comprendeva 6 stabilimenti ospedalieri e l'attività chirurgica veniva svolta all'interno di 11 blocchi operatori rappresentanti quasi tutte le specialità chirurgiche. Tale attività veniva documentata in modo diversificato a seconda del contesto. A seguito dell'avvio di un processo di riorganizzazione sono stati definiti nuovi percorsi organizzativi con l'istituzione del Presidio Ospedaliero Unico (P.O.U.). Attualmente l'Azienda comprende 4 ospedali per un totale di 9 blocchi operatori. Al fine di garantire la massima uniformità, sicurezza, trasparenza, tracciabilità si è proceduto con l'elaborazione di una documentazione operatoria unica e multidisciplinare.

Contenuti. Gli obiettivi del progetto sono stati: migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Uniformare i comportamenti nei reparti chirurgici e nelle sale operatorie. Assicurare la tracciabilità di tutte le informazioni relative alla gestione del paziente. Monitorare l'applicazione di tale strumento. Sono stati utilizzati i seguenti metodi: costituzione di un gruppo di lavoro per l'elaborazione di una documentazione operatoria dedicata; corso di formazione rivolto a tutti gli operatori coinvolti.

Conclusioni. Gli outcome valutati ad oggi sono sicuramente positivi, tenendo anche conto dei cambiamenti importanti previsti dalla procedura adottata. La nuova documentazione ha infatti permesso di garantire una maggiore sicurezza assistenziale per il paziente, una tutela maggiore per l'operatore con tracciabilità delle informazioni, nonchè una riduzione della variabilità soggettiva spesso origine di problemi di comunicazione e causa frequente di errore nella pratica clinica. Il dato riguardante "la ricognizione documentale a cura del medico di reparto" rileva una scarsa aderenza al quesito specifico; tale dato, non compromettendo la qualità e l'accuratezza della compilazione documentale, risulta quindi da considerarsi ridondante.



LA CARTELLA di SALA OPERATORIA: strumento di monitoraggio per la sicurezza

Napoli, 15-17/10/2014



Maria De Martini Coordinatore G.O. Unità Gestione Rischio Luisi Carlo Bottaro Direttore Sanitario

Bruna Rebagliati Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico

Marco Marchelli Responsabile P.O. Vulnologia

Isabella Cevasco Dirigente Infermieristico

Mario Fisci Direttore Medico Ospedale Villa Scassi

Fiorella Bagnasco Dirigente Medico Presidio Ospedaliero Unico

Maggioni Pier Paolo Dirigente Medico Ospedale Villa Scassi

□ Documentazione, Prevenzione, Sicurezza



In ASL3 Genovese, prima del luglio 2008, la neo istituita Azienda comprendeva 6 stabilimenti ospedalieri e l'attività chirurgica veniva svolta all'interno di 11 blocchi operatori rappresentanti quasi tutte le specialità chirurgiche. Tale attività veniva documentata in modo diversificato a seconda del contesto. A seguito dell'avvio di un processo di riorganizzazione sono stati definiti nuovi percorsi organizzativi con l'istituzione del Presidio Ospedaliero Unico (P.O.U.). Attualmente l'Azienda comprende 4 ospedali per un totale di 9 blocchi operatori. Al fine di garantire la massima uniformità, sicurezza, trasparenza, tracciabilità si è proceduto con l'elaborazione di una documentazione operatoria unica, multidisciplinare che prevede di:

- · standardizzare quanto più possibile il percorso operatorio;
- disporre, in ogni fase, di tutte le informazioni cliniche necessarie;
- registrare in modo sistematico ed organizzato il maggior numero di dati di processo;
- adottare le raccomandazioni presenti nel manuale per la sicurezza in sala operatoria e gli indicatori presenti nella checklist ministeriale.



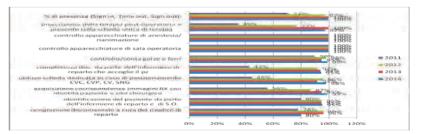
Metodica di raccolta dati e risultati







A seguito dell'implementazione della cartella operatoria e suoi allegati sono state effettuate verifiche mirate a stabilire la percentuale di utilizzo, nonchè la corretta compilazione e l'appropriatezza di detta documentazione. A tale scopo e' stata predisposta ed adottata una "scheda delle NON conformità" contenente 10 indicatori al fine di ridurre la variabilità soggettiva e migliorare la raccolta dati. L'indagine condotta dalla Direzione Medica Ospedaliera ha previsto incontri mirati di audit clinico con i reparti coinvolti finalizzati all'analisi delle criticità ed al perseguimento dell'ottimizzazione delle procedure documentali.



Conclusioni

Gli outcome valutati ad oggi sono sicuramente positivi, tenendo anche conto dei cambiamenti importanti previsti dalla procedura adottata. La nuova documentazione ha infatti permesso di garantire una maggiore sicurezza assistenziale per il paziente, una tutela maggiore per l'operatore con tracciabilità delle informazioni, nonchè una riduzione della variabilità soggettiva spesso origine di problemi di comunicazione e causa frequente di errore nella pratica clinica. Il dato riguardante "la ricognizione documentale a cura del medico di reparto" rileva una scarsa aderenza al quesito specifico; tale dato, non compromettendo la qualità e l'accuratezza della compilazione documentale, risulta quindi da considerarsi ridondante.



IMPOSTAZIONE DI UN CRUSCOTTO AZIENDALE INDICATORI PER SUPPORTARE DECISIONI GESTIONALI E STRATEGICHE

Davide Di Napoli¹, Andrea Micheletti², Roberts Mazzuconi³, Maria Paola Garancini⁴

¹ Resp. Area Ambulatoriali, IT, flussi informativi; ² Area Qualità e Accreditamento; ³ Direttore Sanitario;

⁴ Resp. Area Qualità e Accreditamento, IRCCS Ospedale San Raffaele Milano

Parole chiave: indicatori monitoraggio qualità

Introduzione. La disponibilità di informazioni e dati per la valutazione dell'attività svolta è un'esigenza sempre più strategica delle organizzazioni sanitarie per un efficace processo decisionale.

Nostro obiettivo era realizzare uno strumento per rendere disponibili ai differenti livelli organizzativi indicatori quantitativi utili a supportare le decisioni in ottica di miglioramento.

Contenuti. Il cruscotto OSR tiene conto della presenza di diversi soggetti decisori, tutti interessati a vario titolo all'attività dell'organizzazione sanitaria: cittadino (scelta luogo di cura), istituzioni (ASL, Regione, Ministero,...) (programmazione, controllo costi), Direzione strategica (sostenibilità e coerenza con mission), Direzione Sanitaria (governo clinico, controllo infezioni), Direttore Dip./UO (modalità di cura e gestione dei pz.), Caposala (modalità di assistenza), etc.

Ogni soggetto decisore necessita di una visione sistemica dei dati che consideri diverse dimensioni e sia coerente con il fabbisogno specifico di informazioni ed il livello decisionale.

Concettualmente, l'insieme di indicatori del cruscotto è organizzato in aree (le 4 aree del modello *Balanced Score Card*) e dimensioni (es.: l'area cliente include le dimensioni sicurezza del pz., ICA, efficacia; l'area organizzazione/processi interni, le dimensioni efficienza, ambiente di lavoro; l'area economico/finanziaria include volumi attività, gestione economica; l'area formazione/sviluppo/innovazione include ricerca traslazionale, sviluppo conoscenze).

Ogni dimensione prevede vari indicatori (es: la dimensione "sicurezza pz." include indicatori di monitoraggio infezioni, microorganismi sentinella, mortalità, ritorni in S.O., ecc.).

Il lavoro per ogni indicatore contempla tre stadi che si susseguono in modo ciclico: monitoraggio, implementazione eventuale azione di miglioramento, verifica efficacia dell'azione (quindi ulteriore monitoraggio). Il primo stadio è molto articolato e si compone a sua volta di più passaggi: individuazione indicatori, acquisizione e controllo dati, calcolo indicatori, analisi (livello di aggregazione/dettaglio, incroci), rappresentazione e valutazione risultati.

Nella selezione dei *data-base* per l'acquisizione dei dati si è ricercato un livello di informatizzazione sufficiente per assicurare un adeguato aggiornamento dei dati. Si è attinto anche da *data-base* esterni alla struttura per consentire valutazioni di *benchmark*: es. portale internet della DG Sanità - Regione Lombardia con numerosi indicatori, calcolati e aggiornati periodicamente in modo informatizzato che include i dati sui microorganismi sentinella.

Attualmente sono state popolate diverse delle dimensioni individuate con indicatori definiti e calcolati ed è in corso l'implementazione progressiva delle fasi successive. Il ciclo è stato completato per alcuni indicatori.

Conclusioni. Questo cruscotto è necessariamente un progetto "dinamico" perchè deve prevedere la possibilità di attivare/disattivare i differenti indicatori, o variarne le modalità di analisi/rappresentazione in funzione delle necessità dei soggetti decisori e della disponibilità dei dati.

Tra gli aspetti più critici e impegnativi riscontrati si evidenziano: controllo qualità dati alla fonte e loro pulizia e, soprattutto, la mole di lavoro inerente l'analisi dei dati (scelta del livello di dettaglio e della modalità di rappresentazione) per l'imprescindibile necessità di una stretta collaborazione con l'utilizzatore/i di tali dati.



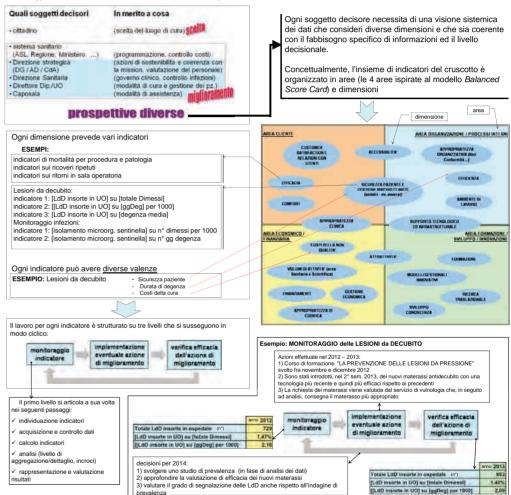
Impostazione di un cruscotto aziendale indicatori per supportare decisioni gestionali e strategiche

Davide Di Napoli, Resp. Attività ambulatoriali – IT – flussi informativi; Andrea Micheletti, Area Qualità e Accreditamento; Roberts Mazzuconi, Direttore Sanitario, Maria Paola Garancini, Resp. Area Qualità e Accreditamento; IRCCS Ospedale San Raffaele Milano

Obiettivo:

realizzare uno strumento per rendere disponibili ai differenti livelli organizzativi indicatori quantitativi utili a supportare le decisioni in ottica di miglioramento

Il cruscotto di Ospedale San Raffaele è stato impostato tenendo conto della presenza di diversi soggetti decisori, tutti interessati a vario titolo all'attività dell'organizzazione sanitaria



Nella selezione dei data-base per l'acquisizione dei dati si è ricercato un livello di informatizzazione sufficiente per assicurare un adeguato aggiornamento dei dati. Si è attinto anche da data-base esterni alla struttura per consentire valutazioni di benchmark: es. portale internet della DG Sanità - Regione Lombardia con numerosi indicatori, calcolati e aggiornati periodicamente in modo informatizzato.

Attualmente sono state popolate diverse delle dimensioni individuate con indicatori definiti e calcolati ed è in corso l'implementazione progressiva delle fasi successive. Il ciclo è stato completato per alcuni indicatori.

Conclusioni

Questo cruscotto è necessariamente un progetto "dinamico" perchè deve prevedere la possibilità di attivare/disattivare i differenti indicatori, o variame le modalità di analisi/rappresentazione in funzione delle necessità dei soggetti decisori e della disponibilità dei dati. Tra gli aspetti più critici e impegnativi riscontrati si evidenziano: controllo qualità dati alla fonte e loro pulizia e, soprattutto, la mole di lavoro inerente l'analisi dei dati (scelta del livello di dettaglio e della modalità di rappresentazione) per l'imprescindibile necessità di una stretta collaborazione con l'utilizzatore/i di tali dati.

ATTIVAZIONE DI UN AMBULATORIO CODICI BIANCHI: ANALISI DELL'IMPATTO SUI TEMPI DI ATTESA E SULL'OVERCROWDING IN PS

G. Drago*, F. Palumbo**, C. Barbarossa°, A. Midolo°, G. Patriarca°, M. Aricò***

* Direttore Medico PP.OO. Vittoria - Comiso; ** Direttore Dipartimento Emergenza ASP Ragusa;

Parole chiave: overcrowding in emergency department, reducing waiting times in emergency department, assessment of access in the emergency department

Introduzione. Ogni anno in Italia 30 milioni di cittadini accedono ai Pronto Soccorso, con un tasso di crescita costante stimato in un 5-6% annuo. Il 75% vi si reca impropriamente, richiedendo prestazioni sanitarie non urgenti, ossia differibili (codici bianchi-verdi), mentre le effettive urgenze (codici gialli e rossi) non superano il 15% del totale degli accessi. In Sicilia l'80% dei casi si presenta in PS su iniziativa personale, solo il 2% è inviato formalmente dai MMG. L'ASP di Ragusa nel 2012 ha attivato nei tre principali Pronto Soccorso della provincia, tre ambulatori per codici bianchi, gestiti dai medici di Continuità Assistenziale, allo scopo di garantire una risposta sanitaria a quei soggetti che, non presentando patologia a carattere di emergenza-urgenza, comunque impattano sull'attività di front-office ospedaliera.

Obiettivo dello studio. Obiettivo principale dello studio è valutare quanto l'attivazione di un ambulatorio dedicato ai codici bianchi, incida sui tempi medi di attesa al Pronto Soccorso.

Materiali e metodi. I dati relativi agli accessi al Pronto Soccorso negli anni 2012, 2013 e primo semestre 2014, sono stati elaborati stratificandoli per tempi di attesa per priorità in minuti, numerosità per codice colore di priorità e volumi di attività erogati dall'ambulatorio codici bianchi. Si è proceduto al calcolo della media ponderata, mettendo in relazione il totale degli accessi annui con i tempi di attesa per codice colore, nell'intervallo orario di riferimento (8-20). Sono state calcolate le frequenze degli accessi, suddivisi per codice colore nell'arco temporale di riferimento.

Risultati. I risultati hanno messo in luce una tendenziale riduzione media dei tempi di attesa al PS per tutti i codici colore, registrando nell'anno 2012 un tempo medio di attesa di 15 minuti, 13 minuti nell'anno 2013 e 11 minuti nell'anno 2014. Per i codici bianchi il tempo medio di attesa è passato dai 23 minuti dell'anno 2012 ai 21 minuti nel 2013 ai 18 minuti del primo semestre 2014. La media relativa ai codici verdi si attesta a 17 minuti nel 2013 e primo semestre 2014, in calo rispetto all'anno 2012 (22 minuti). In lieve calo i codici gialli che dai 10 minuti di attesa del 2012 sono passati a 9 minuti nell'anno 2013 e 8 minuti nel primo semestre 2014. I codici rossi, infine, sono passati dai 4 minuti di attesa del 2012 e 2013 ai 2 minuti del primo semestre 2014. Per quanto riguarda le frequenze di accesso per codice di priorità, si rileva un moderato aumento dei codici bianchi (+3,6%), un sensibile calo dei codici verdi (-7,5%), un aumento dei codici gialli (+3,9%) ed una non significativa flessione dei codici rossi (-0,1%).

Conclusioni. Il fenomeno dell'overcrowding in Pronto Soccorso, associato al sempre più frequente understaffing, può incidere sulla sicurezza e qualità delle cure.

L'ambulatorio codici bianchi si è dimostrato strumento utile a ridurre i tempi di attesa in Pronto Soccorso.





Attivazione di un ambulatorio codici bianchi: analisi dell'impatto sui tempi di attesa e sull'overcrowding in P.S.

*Direttore Medico PP.OO. Vittoria - Comiso - **Direttore Dipartimento Emergenza ASP 7 Ragusa °Infermieri - Direzione Medica - Servizio Infermieristico P. O. Vittoria - ***Direttore Generale ASP 7 Ragusa

Key word: overcrowding in emergency department; reducing waiting times in emergency department; assessment of access in the emergency department

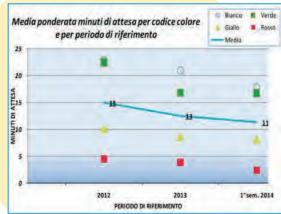
Background: ogni anno in Italia 30 milioni di cittadini accedono ai Pronto Soccorso, con un tasso di crescita costante stimato in un 5-6% annuo. Il 75% vi si reca impropriamente richiedendo prestazioni sanitarie non urgenti, ossia differibili (codici bianchi-verdi), mentre le effettive urgenze (codici gialli e rossi) non superano il 15% del totale degli accessi. In Sicilia l'80% dei casi si presenta in PS su iniziativa personale, solo il 2% è inviato formalmente dai MMG.

L'ASP di Ragusa nel 2012 ha attivato nei tre principali Pronto Soccorso della provincia, tre ambulatori per codici bianchi, gestiti dai medici di Continuità Assistenziale, allo scopo di garantire una risposta sanitaria a quei soggetti che, non presentando patologia a carattere di emergenza-urgenza, comunque impattano sull'attività di front-office ospedaliera.

Objettivo dello studio: objettivo principale dello studio è valutare quanto l'attivazione di un ambulatorio dedicato ai codici bianchi, quindi ai casi di minore gravità, incida sui tempi

Materiali e metodi: a seguito dell'attivazione nell'anno 2012 di un ambulatorio dedicato ai codici bianchi, la Direzione Medica dei PP,OO, di Vittoria e Comiso ha avviato un processo di monitoraggio degli accessi al Pronto Soccorso negli anni 2012, 2013 e primo semestre 2014. I dati sono stati estrapolati dal software Firstaid® stratificati per tempi di attesa per priorità in minuti, numerosità per codice colore di priorità e volumi di attività erogati dall'ambulatorio codici bianchi. Si è proceduto al calcolo della media ponderata mettendo in relazione il totale degli accessi per anno con i tempi di attesa per codice colore di priorità, nell'intervallo orario di riferimento (8-20). Sono state calcolate le frequenze degli accessi suddivisi per codice colore di priorità nell'arco temporale di riferimento.

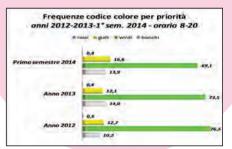
Media ponderata in minuti di attesa per codice colore (h 8-20)/n* accessi pe periodo						
Anno	201	2012			1° sem. 2014	
Valore	n°	X	n°	X	n°	X
Bianco	2.451	23	3.644	21	2.030	18
Verde	18.339	22	19.268	17	10.107	17
Giallo	3.053	10	3.159	9	2.433	8
Rosso	123	4	96	4	65	2
totale/media	23.966	15	26.167	13	14.635	11



Il fenomeno dell'overcrowding in Pronto Soccorso, associato al sempre più frequente understaffing, imposto dalle politiche nazionali e dai vincoli regionali legati ai Piani di Rientro, possono essere fattori predisponenti al rischio clinico a discapito della qualità ed appropriatezza delle cure.

In Pronto Soccorso gli objettivi di riduzione dei tempi di attesa di tutti i codici di priorità sono stati in gran parte perseguiti, determinando una sensibile riduzione di occupazione degli ambulatori per problematiche non urgenti.

È necessario, comunque, adequare tale servizio alle prospettive del panorama sanitario nazionale e regionale, tenendo in conto i nuovi bisogni emersi dall'esperienza maturata e considerate le previsioni dell'ISTAT sulla crescita costante della popolazione anziana. Realizzando, pertanto, un processo di aggregazione in consorzio dei medici di famiglia all'interno degli ospedali minori in fase di riconversione, verrebbe garantita assistenza continua h 24 ai pazienti affetti da patologie minori.



Numerosità e frequenza per codice colore							
Anno	2012		201	2013		2014	DIFF. 1° SEM.
Valore	n*	%	n°	%	n°	*	2014/ANNO 2012 %
Bianco	2,451	10,2	3,644	14,0	2,030	13,9	3,6%
Verde	18.339	76,5	19.268	73,5	10.107	69,1	-7,5%
Gialla	3.053	12,7	3.159	12,1	2.433	16,6	3,9%
Rosso	123	0,5	96	0,4	65	0,4	-0,1%
totale/%	23.966	100	26.167	100	14.635	100	18,1%*
valore tendenziale	relativo alla prolezio	one a futi	o l'anno 20	14 rispet	to all'anno.	2012	

Risultati: I risultati hanno messo in luce una tendenziale riduzione media dei tempi di attesa al Pronto Soccorso per tutti i codici colore di priorità, registrando nell'anno 2012 un tempo medio di attesa di 15 minuti, 13 minuti nell'anno 2013 e 11 minuti nell'anno 2014. Per quanto riguarda i codici bianchi il tempo medio d attesa è passato dai 23 minuti dell'anno 2012 ai 21 minuti dell'anno 2013 ai 18 minuti del primo semestre 2014

La media relativa ai tempi di attesa per codici verdi si attesta a 17 minuti nell'anno 2013 e primo semestre 2014, in calo rispetto all'anno 2012 (22 minuti). In lieve calo i codici gialli che dai 10 minuti di attesa dell'anno 2012 sono passati a 9 minuti nell'anno 2013 e 8 minuti nel primo semestre 2014. I codici rossi infine, sono passati dai 4 minuti di attesa negli anni 2012 e 2013 ai 2 minuti del primo semestre 2014.

rileva un moderato aumento dei codici bianchi (+3,6%), un sensibile calo dei codici verdi (-7,5 %), un aumento dei codici gia**li** (+3,9%) ed una non significativa flessione dei codici rossi (-0,1%). I dati riepilogati trovano maggiore risalto se confrontati ai volumi di accesso al PS, che dimostrano un tender aumento degli accessi del 18,1% nell'anno 2014 rispetto all'anno 2012.

[°] Infermieri, Direzione Medica, Servizio Infermieristico P.O. Vittoria; *** Direttore Generale ASP 7 Raqusa

RISULTATI DELL'APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA LEAN SIX SIGMA NELLA PROFILASSI PERIOPERATORIA

Esposito M.R.¹, Olivieri G.², Ciaramella P.³, Ricciardelli S.³, Granata A.⁴, Giordano L.⁴, Filippini A.⁴, Gatti S.⁵, Lodato S.⁶

¹ Dott.ssa Coordinatore Infermieristico CIO; ² Direttore Sanitario di Presidio; ³ Dirigente Medico Direzione Sanitario di Presidio; ⁴ Contrattista Direzione Sanitaria; ⁵ P.O. Flussi Informativi; ⁶ Direttore Sanitario Aziendale

Introduzione. La profilassi antibiotica rappresenta uno strumento operativo per ridurre le complicanze infettive del sito chirurgico e al tempo stesso offre un'appropriatezza legata anche ai costi di gestione dell'intera area chirurgica. L'utilizzo inappropriato degli antibiotici determina, infatti, fenomeni di antibioticoresistenza con notevole impatto sui pazienti e sui costi ad esso correlati.

Contenuto. Il nostro Istituto, anche per le motivazioni legate alle peculiari patologie oncologiche e ai protocolli terapeutici applicati, da anni ha attivato un sistema di verifica per la profilassi delle infezioni. In particolare dalla sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC), è stato rilevato, oltre all'incidenza delle infezioni, uno scostamento del 33% nell'appropriatezza delle procedure chirurgiche della profilassi antibiotica rispetto a quanto riportato dalle Linee Guida del SNLG.

Com'è noto, il trasferimento delle Linee Guida nella pratica clinica è un processo complesso che coinvolge diversi attori e comprende, oltre all'attività di implementazione anche la successiva verifica.

In considerazione che le varie strategie utilizzate nel tempo hanno dato solo risultati parziali, è stata applicata la metodologia del Lean Six Sigma (L.S.S.) per l'analisi e la risoluzione dei problemi nella profilassi perioperatoria, al fine di individuare le molteplici barriere che intervengono nel percorso. La metodologia è stata applicata come rappresentato nella figura sotto riportata.

Conclusioni. Dai risultati parziali dell'applicazione della metodologia del L.S.S., riferiti al I semestre, si rileva un'appropriatezza della profilassi perioperatoria del 50%, consentendone, pertanto, un miglioramento. L'applicazione delle migliori evidenze scientifiche alla pratica clinica richiede una scienza dell'implementazione per migliorare la qualità assistenziale. La metodologia del L.S.S. può permettere di raggiungere l'eccellenza nei processi operativi ed offrire un una approccio innovativo all'EBP nell'implementazione delle linee guida.



RISULTATI DELL'APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA LEAN SIX SIGMA NELLA PROFILASSI PERIOPERATORIA INT 6. PASCALE



Esposito M.R.*, Olivieri G.** Ciaramella P.*** Ricciardelli S.***Granata A.**** Giordano L.**** Filippini A.**** Gatti S.**** Lodato S.*****

Introduzione

La profilassi antibiotica rappresenta uno strumento operativo per ridurre le complicanze infettive del sito chirurgico e al tempo stesso offre un'appropriatezza legata anche ai costi di gestione dell'intera area chirurgica. L'utilizzo inappropriato degli antibiotici determina, infatti, fenomeni di antibiotico-resistenza con notevole impatto sui pazienti e sui costi ad esso correlati. Contenuto.

Il nostro Istituto, anche per le motivazioni legate alle peculiari patologie oncologiche e ai protocolli terapeutici applicati, da anni ha attivato un sistema di verifica per la profilassi delle infezioni. In particolare dalla sorveglianza delle Infezioni. In particolare dalla sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC), è stato rilevato, oltre all'incidenza delle infezioni, uno scostamento del 33% nell'appropriatezza delle procedure chirurgiche della profilassi antibiotica rispetto a quanto riportato dalle Linee Guida del SNLG. Com'è noto, il trasferimento delle Linee Guida nella pratica clinica è un processo complesso che coinvolge diversi attori e comprende, oltre all'attività di implementazione anche la successiva verifica.



In considerazione che le varie strategie utilizzate nel tempo hanno dato solo risultati parziali, è stata applicata la metodologia del Lean Six Sigma (L.S.S.) per l'analisi e la risoluzione dei problemi nella profilassi perioperatoria, al fine di individuare le molteplici barriere che intervengono nel percorso. La metodologia è stata applicata come rappresentato nella figura sotto riportata.

Conclusioni

Dai risultati parziali dell'applicazione della metodologia del L.S.S., riferiti al I semestre, si rileva un'appropriatezza della profilassi perioperatoria del 50%, consentendone, pertanto, un miglioramento.

L'applicazione delle migliori evidenze scientifiche alla pratica clinica richiede una scienza dell'implementazione per migliorare la qualità assistenziale. La metodologia del L.SS. può permettere di raggiungere l'eccellenza nei processi operativi ed offrire un una approccio innovativo all'EBP nell'implementazione delle linee guida.

INTERVENTO PER IL CONFINAMENTO TECNOLOGICO DEL BLOCCO OPERATORIO

Fera F.*, Pavone L.*, Pupa D.*, De Filippis A.*, Lotito F.°, Lazzaro I.*, De Filippo C*.

- * Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", Catanzaro;
- ° Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università "Magna Graecia", Catanzaro

Parole chiave: sicurezza, tecnologia, formazione

Introduzione. Il Blocco Operatorio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro presso il Campus di Germaneto si compone di 5 Sale Operatorie e 3 Sale dedicate a diagnostica invasiva. Il perimetro che delimita l'area presenta un numero di uscite di emergenza (20/2.000 mq), necessaria misura di sicurezza sulle vie di esodo che richiede un uso responsabile da parte del Personale per l'efficacia di altre misure poste a salvaguardia degli standard di igiene e tecnica ospedaliera. Nei fatti, le uscite di sicurezza si sono dimostrate una criticità nelle misure barriera di tipo fisico, venendo utilizzate per accedere al Blocco Operatorio anche nelle fasce orarie di assenza di attività chirurgica.

Pertanto, si è resa necessaria la rivisitazione dei flussi sui percorsi orizzontali e verticali che ha portato alla predisposizione di un sistema di confinamento controllato dell'area, con l'obiettivo di garantire la sicurezza delle attività chirurgiche mantenendo la funzione *emergenza* sulle vie di esodo.

Contenuti. La proposta complessiva di confinamento controllato del Blocco Operatorio prevede interventi sui percorsi orizzontali e verticali. In una prima fase è stato messo in opera un sistema filtro sui percorsi orizzontali, con accesso esclusivo tramite badge personale o video citofono digitale integrato con un sistema di allarme acustico che segnala l'apertura delle uscite di emergenza. Queste rappresentano le misure fisiche di filtro reputate necessarie per ottenere un considerevole livello di sicurezza rispetto a possibili intrusioni di persone non autorizzate nell'area delimitata.

Un sistema di rilevazione informatica degli accessi consente la registrazione e la tracciabilità degli ingressi nel Blocco Operatorio e fornisce, quindi, uno strumento fondamentale per la gestione ed il controllo delle attività chirurgiche. Le informazioni acquisite consentiranno di valutare ulteriori determinazioni in merito alla necessità di messa in opera delle misure filtro sui flussi in verticale.

Conclusioni. L'intervento tecnico attuato rappresenta una misura propedeutica ad interventi inerenti aspetti di natura organizzativa e culturale per incidere sugli stili di comportamento del Personale sanitario. Infatti l'intervento strutturale descritto, accompagnato da una adeguata regolamentazione e formazione, si ritiene possa implementare in maniera significativa le competenze organizzative del Personale sanitario con miglioramento della sicurezza e della performance.

INTERVENTO PER IL CONFINAMENTO TECNOLOGICO DEL BLOCCO OPERATORIO

Fera F.*, Pavone L.*, Pupa D.*, De Filippis A.*, Lotito F.°, Lazzaro I.*, De Filippo C*.

*Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" - Catanzaro

°Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università "Magna Graecia" - Catanzaro

Parole chiave: sicurezza, tecnologia, formazione.

Introduzione

Il Blocco Operatorio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro presso il Campus di Germaneto si compone di 5 Sale Operatorie e 3 Sale dedicate a diagnostica invasiva. Il perimetro che delimita l'area presenta un numero di uscite di emergenza (20/2.000 mq), necessaria misura di sicurezza sulle vie di esodo che richiede un uso responsabile da parte del Personale per l'efficacia di altre misure poste a salvaguardia degli *standard* di igiene e tecnica ospedaliera. Nei fatti, le uscite di sicurezza si sono dimostrate una criticità nelle misure barriera di tipo fisico, venendo utilizzate per accedere al Blocco Operatorio anche nelle fasce orarie di assenza di attività chirurgica.

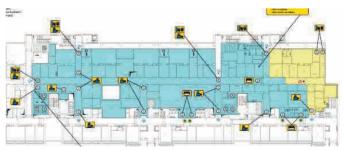
Pertanto, si è resa necessaria la rivisitazione dei flussi sui percorsi orizzontali e verticali che ha portato alla predisposizione di un sistema di confinamento controllato dell'area, con l'obiettivo di garantire la sicurezza delle attività chirurgiche mantenendo la funzione *emergenza* sulle vie di esodo.



Contenuti

La proposta complessiva di confinamento controllato del Blocco Operatorio prevede interventi sui percorsi orizzontali e verticali. In una prima fase è stato messo in opera un sistema filtro sui percorsi orizzontali, con accesso esclusivo tramite badge personale o video citofono digitale integrato con un sistema di allarme acustico che segnala l'apertura delle uscite di emergenza. Queste rappresentano le misure fisiche di filtro reputate necessarie per ottenere un considerevole livello di sicurezza rispetto a possibili intrusioni di persone non autorizzate nell'area delimitata.

Un sistema di rilevazione informatica degli accessi consente la registrazione e la tracciabilità degli ingressi nel Blocco Operatorio e fornisce, quindi, uno strumento fondamentale per la gestione ed il controllo delle attività chirurgiche. Le informazioni acquisite consentiranno di valutare ulteriori determinazioni in merito alla necessità di messa in opera delle misure filtro sui flussi in verticale.



Conclusioni

L'intervento tecnico attuato rappresenta una misura propedeutica ad interventi inerenti aspetti di natura organizzativa e culturale per incidere sugli stili di comportamento del Personale sanitario. Infatti l'intervento strutturale descritto, accompagnato da una adeguata regolamentazione e formazione, si ritiene possa implementare in maniera significativa le competenze organizzative del Personale sanitario con miglioramento della sicurezza e della performance.

LE CURE INTERMEDIE NELLE MARCHE: UNA NUOVA OPPORTUNITA' PER LA DIMISSIONE PROTETTA DALL'OSPEDALE

R. Luzi¹, Ferrara Letizia², G. Cadeddu³, David Serenella⁴, Maffei⁵

- ¹ Direzione Medica Ospedaliera INRCA; ² Direzione Medica Ospedaliera INRCA;
- ³ Struttura Residenziale Santo Stefano; ⁴ Direttore Medico di Presidio INRCA; ⁵ Direttore Sanitario INRCA

Parole chiave: dimissione protetta, cure intermedie, paziente geriatrico

Introduzione. Nell'ambito delle procedure di dimissione protetta dall'ospedale alle strutture/servizi del territorio si pone una nuova tipologia di struttura che, presentando caratteristiche sia ospedaliere che territoriale, consente un passaggio più fluido e sicuro, con risposte adeguate ai bisogni del paziente anziano fragile. Nell'ambito della Mission dell'INRCA con la ricerca traslazionale c'è la sperimentazione di nuovi modelli per il SSR. Una struttura, recentemente introdotta nella rete dell'offerta della Regione Marche all'interno della Deliberazione n. 960/2014, è rappresentata dalla Struttura Intermedia (SI). Il modello individuato dalla Regione si basa su una sperimentazione dell'organizzazione proposta dall'AGENAS, adeguata al contesto locale, svolta dall'ospedale INRCA di Ancona presso la struttura extraospedaliera di Residenza Dorica in un modello di integrazione pubblico/privato.

Contenuti. La SI INRCA nasce come proseguimento dell'iter terapeutico assistenziale dall'ospedale anche per decongestionarlo. Obiettivi sono: garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione; consentire la riduzione della degenza media ospedaliera; favorire il recupero funzionale finalizzato alla massima autonomia possibile: prevenire le dimissioni ospedaliere troppo precoci a domicilio o nelle strutture residenziali: ridurre i ricoveri ospedalieri ripetuti di pazienti con patologie cronico-degenerative riacutizzate. Al fine di un utilizzo appropriato della struttura si è proceduto alla creazione di un'apposita Unità di Valutazione Interna INRCA costituita da Medici specialisti dei reparti ospedalieri, della SI, della direzione medica ed assistenti sociali. I criteri di inclusione dei pazienti nella struttura adottati dall'Unità valutativa sono pazienti post acuti o cronici riacutizzati con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica; condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento ad altro regime assistenziale, con miglioramento delle condizioni sanitarie; caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore come in un ricovero per acuti; malattia stabilizzata dal punto di vista clinico, non trattabili in regime ambulatoriale, domiciliare o residenziale; vulnerabili alle complicanze post-ricovero, in termini di perdita dell'autonomia consequente alla malattia acuta o dell'inappropriato allettamento e della prolungata inattività fisica; necessitanti di terapia con farmaci H. ma stabili da un punto di vista clinico. I criteri di esclusione sono i pazienti con: forti elementi di instabilità clinica e complessità assistenziale; diagnosi non definita o con percorso terapeutico non definito; terminali; severi disturbi del comportamento; assistibili a domicilio da parte del nucleo familiare. La metodologia è ben strutturata con scale validate come la Mi-Choise che determinano la necessità di assistenza residenziale del paziente ricoverato in ospedale. I pazienti sono molto complessi questi i dati dei primi mesi del 2014: età media 85.7 anni, comorbidità: CIRS 5.3, lesioni da decubito 69.6%, sindrome da immobilizzazione 97.8%, nutrizione artificiale 52.2%, demenza 82.6%, CVC 41.3%, Terapia infusiva 36.9%, Disfagia neurogena 78.3%, Cateterismo 73.9%, Dimissione in altra residenza 22.5%, trasferimento al PIP INRCA 60.0%, Mortalità in residenza 13.0%.

Conclusioni. I momenti di passaggio dei pazienti tra i nodi della rete assistenziale, sono molto critici. Tuttavia, al termine della fase acuta, non sempre si assiste alla completa stabilizzazione della malattia. Il paziente deve essere quindi "guidato" nella scelta del percorso dalla procedura di dimissione protetta dall'ospedale, che se ben attuata garantisce la riduzione della degenza media ospedaliera, l'eliminazione delle cosiddette "dimissioni selvagge", la riduzione dei ricoveri ripetuti, la continuità assistenziale, incidendo sulla qualità della vita dell'assistito.

LE CURE INTERMEDIE NELLE MARCHE: UNA NUOVA OPPORTUNITA' PER LA DIMISSIONE PROTETTA DALL'OSPEDALE



Riccardo Luzi¹, Letizia Ferrara¹, Giancarlo Cadeddu², David Serenella³, Claudio Maria Maffei⁴

¹Direzione Medica Ospedaliera INRCA, ²Struttura Residenziale Santo Stefano, ³Direttore Medico di Presidio INRCA, ⁴Direttore Sanitario INRCA

Introduzione

Nell'ambito delle procedure di dimissione protetta dall'ospedale alle strutture/servizi del territorio si pone una nuova tipologia di struttura che, presentando caratteristiche sia ospedaliere che territoriali, consente un passaggio più fluido e sicuro, con risposte adeguate ai bisogni del paziente anziano fragile. Nell'ambito della Mission dell'INRCA con la ricerca traslazionale c'è la sperimentazione di nuovi modelli per il SSR. Una struttura, recentemente introdotta nella rete dell'offerta della Regione Marche all'interno della Deliberazione n. 960/2014, è rappresentata dalla Struttura Intermedia (SI). Il modello individuato dalla Regione si basa su una sperimentazione dell'organizzazione proposta dall'AGENAS, adeguata al contesto locale, svolta dall'ospedale INRCA di Ancona presso la struttura extraospedaliera di Residenza Dorica in un modello di integrazione pubblico/privato.

Contenuti

La SI INRCA nasce come proseguimento dell'iter terapeutico assistenziale dall'ospedale anche per decongestionarlo. Obiettivi sono: garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione; consentire la riduzione della degenza media ospedaliera; favorire il recupero funzionale finalizzato alla massima autonomia possibile: prevenire le dimissioni ospedaliere troppo precoci a domicilio o nelle strutture residenziali; ridurre i ricoveri ospedalieri ripetuti di pazienti con patologie cronico-degenerative riacutizzate. Al fine di un utilizzo appropriato della struttura si è proceduto alla creazione di un'apposita Unità di Valutazione Interna INRCA costituita da Medici specialisti dei reparti ospedalieri, della SI, della direzione medica ed assistenti sociali. I criteri di inclusione dei pazienti nella struttura adottati dall'Unità valutativa sono: pazienti post acuti o cronici riacutizzati con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica; condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento ad altro regime assistenziale, con miglioramento delle condizioni sanitarie: pz caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore come in un ricovero per acuti; malattia stabilizzata dal punto di vista clinico, non trattabili in regime ambulatoriale, domiciliare o residenziale; pz vulnerabili alle complicanze post-ricovero, in termini di perdita dell'autonomia consequente alla malattia acuta o dell'inappropriato allettamento e della prolungata inattività fisica; pz necessitanti di terapia con farmaci H, ma stabili da un punto di vista clinico. I criteri di esclusione sono i pazienti con: forti elementi di instabilità clinica e complessità assistenziale; diagnosi non definita o con percorso terapeutico non definito; terminali; severi disturbi del comportamento; assistibili a domicilio da parte del nucleo familiare. La metodologia è ben strutturata con scale validate come la Mi-Choise che determinano la necessità di assistenza residenziale del paziente ricoverato in ospedale. I pazienti sono molto complessi questi i dati dei primi mesi del 2014: età media 85.7 anni, comorbidità: CIRS 5.3, lesioni da decubito 69.6%, sindrome da immobilizzazione 97.8%, nutrizione artificiale 52.2%, demenza 82.6%, CVC 41.3%, Terapia infusiva 36.9%, Disfagia neurogena 78.3%, Cateterismo 73.9%, Dimissione in altra residenza 22.5%, trasferimento al PIP INRCA 60.0%, Mortalità in residenza 13.0%.

Conclusioni

I momenti di passaggio dei pazienti tra i nodi della rete assistenziale, sono molto critici. Tuttavia, al termine della fase acuta, non sempre si assiste alla completa stabilizzazione della malattia. Il paziente deve essere quindi "guidato" nella scelta del percorso dalla procedura di dimissione protetta dall'ospedale, che se ben attuata garantisce la riduzione della degenza media ospedaliera, l'eliminazione delle cosiddette "dimissioni selvagge", la riduzione dei ricoveri ripetuti, la continuità assistenziale, incidendo sulla qualità della vita dell'assistito.

Indicatori di Attività	
N° posti letto:	30
N° pazienti dimessi:	46
Maschi:	13 (28.3%)
Femmine:	33 (71.7%)
Età media:	85.7 anni
Età ≥80 anni:	86.9%
Età ≥90 anni:	23.9%
Degenza media:	74.0 giorni
Degenza >60 giorni:	30.0%
Degenza >180 giorni:	8.7%
Riammissioni:	34.8%

Provenienza dei pazienti ricoverati					
Unità Operativa INRCA:	91.3%				
Degenza Post-Acuzie:	57.1%				
Geriatria:	21.4%				
Medicina Interna:	16.7%				
Chirurgia:	2.4%				
Riabilitazione:	2.4%				
UO acuti altra Azienda	8.7%				

Indicatori Clinici di Complessità -1	
N° patologie:	7.6
N° farmaci :	8.2
Lesioni da decubito:	69.6%
• 1° stadio:	6.2%
• 2° stadio:	31.2%
• 3° stadio:	53.1%
• 4° stadio:	9.4%
Cateterismo vescicale:	73.9%
Incontinenza fecale:	73.9%
Stomia:	6.5%

Indicatori Clinici di Complessità -2	
Albuminemia <2.5 g/dl:	30.4%
Trattamento con sedativi:	39.1%
Visite specialistiche:	26.1%
Terapia infusiva h 24:	36.9%
CVC giugulare o femorale:	41.3%
Disfagia:	78.3%
Alimentazione artificiale:	52.2%
- Nutrizione enterale:	26.1%
- Nutrizione parenterale:	26.1%

7.5%
5.0%
17.5%
60.0%
10%

Analisi outcomes epidemiologici e clinico-assistenziali	
Età media avanzata: 85.7	anni
Comorbidità: CIF	RS 5.3
Lesioni da decubito: 6	9.6%
Sindrome da immobilizzazione: 9	7.8%
Nutrizione artificiale (enterale o parenterale): 5	2.2%
Demenza: 8	32.6%
CVC: 4	1.3%
Terapia infusiva h 24:	6.9%

Dati 2° semestre 201-

L'UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA HYPERDRYMIST® RIDUCE SENSIBILMENTE L'INCIDENZA DACLOSTRIDIUM DIFFICILE IN REPARTI DELLA AO DILIODI

Marco Ferrari¹, Angela Bocconi², Adriano Anesi³

- ¹ Servizio Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Della Provincia Di Lodi, Ospedale Maggiore Lodi;
- ² Direzione Medica, Azienda Ospedaliera Della Provincia Di Lodi, Ospedale Maggiore Lodi;
- ³ Servizo Microbiologia, Azienda Ospedaliera Della Provincia Di Lodi, Ospedale Maggiore Lodi

Obiettivi. Una percentuale importante delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) è associata a patogeni quali Clostridium difficile. Staphylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA), enterococchi resistenti alla vancomicina (VRE) e norovirus che possono persistere per molti mesi nell'ambiente nonostante l'applicazione accurati protocolli pulizia e disinfezione.

Con lo studio si è misurata l'efficacia dell'introduzione di una strategia preventiva contro la diffusione dell'incidenza da Clostridium Difficile. A tale scopo è stata valutata l'efficacia e l'efficienza di un nuovo metodo di disinfezione basato sulla tecnologia HyperDRYMist® monitorando la riduzione delle infezioni tra i pazienti così come la contaminazione microbica delle superfici delle stanze trattate.

Metodi. Studio cross-over di 6 mesi controllato mettendo a confronto due diverse procedure di disinfezione; (a) pulizia di routine eseguita con l'uso di cloro attivo più vapore secco. (b) uso di cloro attivo più HyperDRYMist® (HDM) nebulizzazione di soluzione disinfettante di

perossido di idrogeno e cationi d'argento in aggiunta alla detergenza e disinfezione ospedaliera di routine. L'osservazione è stata effettuata su un totale di 21 camere (appartenenti a due differenti reparti ospedalieri: Rapida Accettazione Medica e Medicina Generale), che erano state occupate da pazienti infettati da Clostridium Difficile; gli interventi sono stati eseguiti prima di ogni nuova occupazione.

HyperDRYMist® è la nuova tecnologia del sistema di disinfezione di alto livello di 99 Technologie (99T). Essa permette di erogare nell'ambiente da trattare un'innovativa soluzione disinfettante trasformandola in una nebbia finissima che si distribuisce in modo uniforme sui dispositivi medici non invasivi e sulle superfici degli ambienti sanitari innescando un processo di disinfezione altamente efficace. L'alta forza disinfettante della tecnologia si manifesta anche quando si utilizzano bassi dosaggi di soluzione disinfettante. Questo peculiarità riduce drasticamente i costi e il tempo di inagibilità degli spazi trattati dovuti al processo di disinfezione (in media 30 minuti per un ospedale camera standard). L'incidenza di infezioni da Clostridium Difficile è stata monitorata durante tutto lo studio. La contaminazione microbica sulle superfici esposte ad alta frequenza di contatto (tavolino, trave testa-letto, parete testa-letto, maniglia della porta d'ingresso, e stativo flecolisi) è stata valutata al tempo T0 prima di eseguire la detergenza /disinfezione, al tempo T1 subito dopo la pulizia, e al tempo T2 dopo la disinfezione con HyperDRYMist® per mezzo di un rivelatore portatile di bioluminescenza ATP. La bioluminescenza ATP è una metodologia riconosciuta per monitorare la contaminazione ambientale nei reparti ospedalieri e per valutare l'efficacia dei cicli di disinfezione. La contaminazione microbica è stata misurata rilevando i livelli di unità di luce relativa (ingl. RLU - Relative Light Unit) e misure al di sotto del limite di 100 RLU sono generalmente indicative di superfici pulite. Test statistici hanno incluso il test di Chen-Shapiro per la normalità e test non parametrici di dati non-normali; relativi confronti sono stati effettuati utilizzando il test di Mann-Whitney.

Risultati. Il protocollo di disinfezione con HyperDRYMist® ha ridotto drasticamente la contaminazione ambientale presente sulle superfici del 92.11% (IQR 9.56) rispetto alla procedura standard: 61.93% (IQR 30.99 - variabilità riflette diversi gradi di contaminazione tra eventi) vs 97.04% (IQR 9.56), p <0.001. La riduzione della contaminazione sulle superfici era uniforme in tutta la stanza, con il miglior risultato ottenuto nelle misurazioni effettuate sulla trave testa-letto in alluminio (p <0.001). Su 105 misure effettuate post procedura standard di pulizia e disinfezione. 58 erano ancora al di sopra della soglia di 100 RLU, cioè 55.23%. Dopo trattamento con HyperDRYMist® il numero è sceso a 1 su 105, cioè 0,09%.

Di ancor maggiore rilevanza clinica, vi è da osservare come, durante il periodo di valutazione di efficacia del nuovo protocollo, i tassi di incidenza di infezione da Clostridium Difficile sono diminuiti drasticamente del 97,03% dopo il trattamento con HyperDRYMist® passando dal 4,23% al 0,61% (p <0,001). Tale tasso

L'utilizzo della tecnologia HyperDRYMist[®] riduce sensibilmente l'incidenza da Clostridium Difficile in reparti della AO di Lodi

Marco Ferrari (1) - Angela Bocconi (2) - Adriano Anesi (3)

Servizio Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Della Provincia Di Lodi, Ospedale Maggiore Lodi, Lodi (1) Direzione Medica, Azienda Ospedaliera Della Provincia Di Lodi, Ospedale Maggiore Lodi, Lodi (2) Servizo Microbiologia, Azienda Ospedaliera Della Provincia Di Lodi, Ospedale Maggiore Lodi, Lodi (3)

OBIETTIVI

Una percentuale importante delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) è associata a patogeni quali Clostridium difficile Stanhylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA) enterococchi resistenti alla vancomicina (VRE) e norovirus che possono persistere per molti mesi nell'ambiente nonostante

l'applicazione accurati protocolli pulizia e disinfezione

Con lo studio si è misurata l'efficacia dell'introduzione di una strategia preventiva contro la diffusione dell'incidenza da Clostridium Difficile. A tale scopo è stata valutata l'efficacia e l'efficienza di un nuovo metodo di disinfezione basato sulla tecnologia HyperDRYMist® monitorando la riduzione delle infezioni tra i pazienti così come la contaminazione microbica delle superfici delle stanze trattate

Il sistema di disinfezione di 99T costruito con

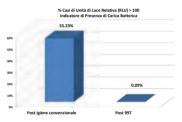


Studio cross-over di 6 mesi controllato mettendo a confronto due diverse procedure di disinfezione: (a) pulizia di routine eseguita con l'uso di cloro attivo più vapore secco, (b) uso di cloro attivo più HyperDRYMist® (HDM) nebulizzazione di soluzione disinfettante di perossido di idrogeno e cationi d'argento in aggiunta alla detergenza e disinfezione ospedaliera di routine. L'osservazione è stata effettuata su un totale di 21 camere (appartenenti a due differenti reparti ospedalieri: Rapida Accettazione Medica e Medicina

Generale), che erano state occupate da pazienti infettati da Clostridium Difficile; gli interventi sono stati eseguiti prima di ogni nuova occupazione. HyperDRYMist® è la nuova tecnologia del sistema di disinfezione di alto livello di 99 Technologie (99T). Essa permette di erogare nell'ambiente da trattare

un'innovativa soluzione disinfettante trasformandola in una nebbia finissima che si distribuisce in modo uniforme sui dispositivi medici non invasivi e sulle superfici degli ambienti sanitari innescando un processo di disinfezione altamente efficace. L'alta forza disinfettante della tecnologia si manifesta anche quando

si utilizzano bassi dosaggi di soluzione disinfettante. Questo peculiarità riduce drasticamente costi e il tempo di inagibilità degli spazi trattati dovuti al processo di disinfezione (in media 30 minuti per un ospedale camera standard). L'incidenza di infezioni, da Clostridium Difficile è stata monitorata durante tutto lo studio. La contaminazione microbica sulle superfici esposte ad alta frequenza di contatto (tavolino, trave testa-letto, parete testa-letto, maniglia della porta d'ingresso, e stativo flecolisi) è stata valutata al tempo T0 prima di eseguire la detergenza /disinfezione, al tempo T1 subito dopo la pulizia, e al tempo T2 dopo la disinfezione con HyperDRYMist® per mezzo di un rivelatore portatile di bioluminescenza ATP. La bioluminescenza ATP è una metodologia riconosciuta per monitorare la contaminazione ambientale nei reparti ospedalieri e per valutare l'efficacia dei cicli di disinfezione. La contaminazione microbica è stata misurata rilevando i livelli di unità di luce relativa (ingl. RLU - Relative Light Unit) e misure al di sotto del limite di 100 RLU sono generalmente indicative di superfici pulite. Test statistici hanno incluso i test di Chen-Shapiro per la normalità e test non parametrici di dati non-normali; relativi confronti sono stati effettuati utilizzando il test di Mann-Whitney



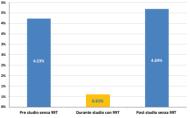
Il protocollo di disinfezione con HyperDRYMist® ha ridotto drasticamente la contaminazione ambientale presente sulle superfici del 92.11% (IQR 9.56) rispetto alla procedura standard: 61.93% (IQR 30.99 - variabilità riflette diversi gradi di contaminazione tra eventi) vs 97.04% (IQR 9.56), p <0.001. La riduzione della contaminazione sulle superfici era uniforme in tutta la stanza,

con il miglior risultato ottenuto nelle misurazioni effettuate sulla trave testa-letto in alluminio (p <0,001). Su 105 misure effettuate post procedura standard di pulizia e disinfezione, 58 erano ancora al di sopra della soglia di 100 RLU, cioè 55.23%. Dopo trattamento con HyperDRYMist[®] il numero è sceso a 1

Di ancor maggiore rilevanza clinica, vi è da osservare come, durante il periodo di valutazione di efficacia del nuovo protocollo, i tassi di incidenza di infezione da Clostridium Difficile sono diminuiti drasticamente del 97.03% dopo il trattamento con HyperDRYMist® passando dal 4.23% al 0.61% (p <0.001). Tale tasso ha tuttavia subito un rebound ai valori iniziali - pari al 4.69% - una volta che il trattamento è stato sospeso e tale rialzo è emerso da 1 mese di follow-up

Al fine di valutare in che modo la positiva correlazione tra l'efficacia della tecnologia HDM® nell'abbattere la carica microbica e la contemporanea riduzione dell'incidenza delle infezioni da Clostridium Difficile possa essere estesa ad altri agenti patogeni, è stato avviato uno studio, che ora si trova in via di completamento, dove si è implementata la tipizzazione della carica batterica. Nello specifico è stato eseguito il monitoraggio dei seguenti organismi: MRSA, Enterobacteria (Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae) produttori carbapenemasi, Acinetobacter baumannii resistenti alla carbapenemasi (CRAB), Pseudomonas aeruginosa multiresistente (MDR o produttrice di MBL), e nel caso di pazienti isolati Klebsiella spp. o Morganella morganii, Enterobacter spp., Citrobacter spp., Serratia spp., Providencia spp., ESBL- Proteus mirabilis, Escherichia coli, Klebsiella spp., produttori di beta-lactamasi AmpC-Stenotrophomonas maltophilia resistenti o meno al co-trimoxazol.

I dati sin qui raccolti indicano che lo stesso tipo di corrispondenza osservata nel monitoraggio del Clostridium difficile è riscontrabile anche con altri agenti patogeni.



CONCLUSIONI

La disinfezione con HyperDRYMist® ha dimostrato di poter ridurre drasticamente la contaminazione da microrganismi fin dalla sua prima applicazione. L'efficacia contro le spore, già dimostrata in studi in vitro, è stata confermata indirettamente dal nostro studio. La riduzione di incidenza da Clostridium Difficile è stata ottenuta in condizioni effettivamente riscontrate in ambiente

ospedaliero. Tale risultato ha confermato la rilevanza clinica nell'aggiungere la disinfezione eseguita con HyperDRYMist® alle procedure di pulizia ordinaria al fine di ridurre le ICA aumentando la sicurezza del paziente

La riduzione dell'incidenza da infezione da Clostridium Difficile è stata ottenuta erogando nell'ambiente 1 ml di soluzione disinfettante per m³ negli spazi trattati. Data la limitata quantità di disinfettante disperso (circa 30ml per una stanza di ospedale standard a 2 letti), i tempi per la rioccupazione delle camere trattate si sono limitati mediamente a 30 minuti. L'adozione della tecnologia HDM® e l'inserimento della stessa nel protocollo di igiene ospedaliera sono stati eseguiti senza difficoltà grazie alla semplicità di utilizzo da parte dell'operatore del sistema di disinfezione.

Dato che il contatto con superfici contaminate di stanze precedentemente occupate da pazienti infetti aumenta la probabilità di contrarre infezioni, l'adozione di misure preventive è fondamentale nel contrastare la diffusione delle ICA riducendo al contempo le spese sanitarie ad esse associate (diminuzione dei giorni di degenza aggiuntivi, sottoccupazione di camere per isolare i pazienti infetti, assenze per malattia del personale ospedaliero). I bassi costi di esercizio. la velocità e la facilità d'uso delle apparecchiature, in aggiunta alla provata ed elevata efficacia rendono la tecnologia HyperDRYMist® uno strumento estremamente utile alla prevenzione delle ICA. L'adozione di nuovi protocolli di pulizia che includano la tecnologia HyperDRYMist[®] hanno il notenziale per ridurre sensibilmente le ICA

ha tuttavia subito un rebound ai valori iniziali - pari al 4,69% - una volta che il trattamento è stato sospeso e tale rialzo è emerso da 1 mese di follow-up.

Al fine di valutare in che modo la positiva correlazione tra l'efficacia della tecnologia HDM® nell'abbattere la carica microbica e la contemporanea riduzione dell'incidenza delle infezioni da Clostridium Difficile possa essere estesa ad altri agenti patogeni, è stato avviato uno studio, che ora si trova in via di completamento, dove si è implementata la tipizzazione della carica batterica. Nello specifico è stato eseguito il monitoraggio dei seguenti organismi: MRSA, Enterobacteria (Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae) produttori carbapenemasi, Acinetobacter baumannii resistenti alla carbapenemasi (CRAB), Pseudomonas aeruginosa multiresistente (MDR o produttrice di MBL), e nel caso di pazienti isolati Klebsiella spp. o Morganella morganii, Enterobacter spp., Citrobacter spp., Serratia spp., Providencia spp., ESBL- Proteus mirabilis, Escherichia coli, Klebsiella spp., produttori di beta-lactamasi AmpC-Stenotrophomonas maltophilia resistenti o meno al co-trimoxazol.

I dati sin qui raccolti indicano che lo stesso tipo di corrispondenza osservata nel monitoraggio del Clostridium difficile è riscontrabile anche con altri agenti patogeni.

Conclusioni. La disinfezione con HyperDRYMist® ha dimostrato di poter ridurre drasticamente la contaminazione da microrganismi fin dalla sua prima applicazione. L'efficacia contro le spore, già dimostrata in studi in vitro, è stata confermata indirettamente dal nostro studio.

La riduzione di incidenza da Clostridium Difficile è stata ottenuta in condizioni effettivamente riscontrate in ambiente ospedaliero. Tale risultato ha confermato la rilevanza clinica nell'aggiungere la disinfezione eseguita con HyperDRYMist® alle procedure di pulizia ordinaria al fine di ridurre le ICA aumentando la sicurezza del paziente. La riduzione dell'incidenza da infezione da Clostridium Difficile è stata ottenuta erogando nell'ambiente 1 ml di soluzione disinfettante per m³ negli spazi trattati. Data la limitata quantità di disinfettante disperso (circa 30 ml per una stanza di ospedale standard a 2 letti), i tempi per la rioccupazione delle camere trattate si sono limitati mediamente a 30 minuti. L'adozione della tecnologia HDM® e l'inserimento della stessa nel protocollo di igiene ospedaliera sono stati eseguiti senza difficoltà grazie alla semplicità di utilizzo da parte dell'operatore del sistema di disinfezione.

Dato che il contatto con superfici contaminate di stanze precedentemente occupate da pazienti infetti aumenta la probabilità di contrarre infezioni, l'adozione di misure preventive è fondamentale nel contrastare la diffusione delle ICA riducendo al contempo le spese sanitarie ad esse associate (diminuzione dei giorni di degenza aggiuntivi, sottoccupazione di camere per isolare i pazienti infetti, assenze per malattia del personale ospedaliero). I bassi costi di esercizio, la velocità e la facilità d'uso delle apparecchiature, in aggiunta alla provata ed elevata efficacia rendono la tecnologia HyperDRYMist® uno strumento estremamente utile alla prevenzione delle ICA. L'adozione di nuovi protocolli di pulizia che includano la tecnologia HyperDRYMist® hanno il potenziale per ridurre sensibilmente le ICA.



GOVERNANCE ED HTA NEI RIFIUTI SANITARI: VALUTAZIONE CRITICA DELLA TECNOLOGIA OFFERTA DAL MERCATO

G. Savoini¹, G. Guida², G. Farrauto³

¹ Direttore Amministrativo; ² Direttore Sanitario; ³ Dirigente Medico DMO AOU Novara

Parole chiave: contenitore riutilizzabile, contenitore monouso in cartone

Introduzione. La gestione dei rifiuti all'interno di una Struttura Sanitaria deve soddisfare diversi interessi; fin dagli anni '90 la Corte dei Conti imponeva il controllo della spesa per lo smaltimento degli stessi pur tutelando la salute dei lavoratori. Quest'AOU ha in uso il classico contenitore monouso in cartone ma, dopo una serie di incontri (SPP, DMO ed UPRI) si è deciso di procedere verso il riutilizzabile, previa verifica delle tipologie di contenitori offerti dal mercato.

Materiali e metodi. Perché il "riutilizzabile" e le" regole del gioco". Il contenitore riutilizzabile permette:

- 1. Risparmio del quantitativo di contenitori e della spesa (suddivisa per tutti i reimpieghi); studi condotti presso alcune realtà sanitarie piemontesi hanno dimostrato che:
- l'adozione del riutilizzabile unita alla tracciabilità del rifiuto;
- la mirata attività di formazione degli operatori, hanno consentito di ridurre la produzione di rifiuto cioè la spesa – per una percentuale pari al 36% (il 25% costituito dall'imballaggio; l'11% per una corretta "differenziazione").
- 2. La tutela degli operatori; meno vincoli ai limiti di peso e più resistente; il controllo della spesa associata ad una maggiore sicurezza, poiché:
- Si pagherebbe il peso netto del rifiuto (il contenitore ha già un suo prezzo di acquisto);
- Riduzione degli infortuni e dei costi indotti; il rispetto della norma ambientale italiana ed europea (riduzione delle emissioni da incenerimento della plastica).

I contenitori monouso in cartone non soddisfano pienamente poiché:

- 3. Sono resi inservibili dalla pioggia; ridotta resistenza agli urti e scarsa tenuta:
- al sovraccarico (per errore: in media ogni box in cartone contiene un peso max di 6 kg di rifiuti; quello in plastica rigida 15-18 kg.);
- la rottura del sacco in plastica pone disagi di tipo igienico in caso di sversamenti su pavimenti, mezzi di trasporto ecc.;

Non tutelano (errata introduzione di punte o taglienti) dalle ferite.

Alcune Ditte sostengono che il DPR 15.7.03 n 254 parla in via prioritaria di *contenitore monouso* (art. 8), mentre per i più recenti orientamenti il contenitore riutilizzabile non è *subalterno ma alternativo* al monouso. Ad una rivisitazione Giurisprudenziale emerge che:

I 2 contenitori sono teoricamente eligibili, con scelta tecnico-discrezionale in capo alla Stazione Appaltante; l'esclusione di uno dei due deve essere giustificata da obiettive ragioni di natura tecnica connesse: "... alla natura, all'oggetto ed alle caratteristiche tecniche del servizio ..." (TAR Veneto, 691/2011), tenuto conto che non è la scelta (monouso/riutilizzabile) ma è la ragione che giustifica la scelta.

La scelta è sindacabile solo se affetta da discrezionalità ossia una illogicità manifesta, un macroscopico travisamento dei fatti ed arbitrarietà (insufficiente motivazione della scelta).

Rifiuti sanitari e rischio di infezioni. La percentuale dei rifiuti capace di trasmettere infezioni si colloca tra il 3% ed il 5% dei rifiuti a rischio infettivo prodotti in ambito ospedaliero (APAT, ricerca riferita al 2003); tale frazione era costituita da rifiuti microbiologici, fluidi biologici, taglienti, ecc. I patogeni individuati erano per lo più batteri (80% ~ 90%), ossia: s. aureus, e. coli, p. aeruginosa e c. albicans, con diffusione dei medesimi possibile per via aerea (poco probabile: non esiste una carica elevata nell'aerosol generato dai rifiuti), ematica (ferita accidentale provocata da taglienti - aghi, lame, cannule in plastica rigida, ecc) o per contatto. Più probabile è il contagio per droplets.

Conclusioni. Scegliamo il *contenitore riutilizzabile* a patto che vengano rispettate le condizioni di sanificazione del prodotto, in un'ottica di ottimizzazione del processo di *governance* aziendale.

Governance ed HTA nei rifiuti sanitari: valutazione critica della tecnologia offerta dal mercato Gian Pietro Savoinio - Gianenrico Guida* - Gerolamo Farrautos Introduzione La gestione del processo che va dalla produzione dei rifuri all'interno di una Struttura Santaria al conterniganto al proportatore e al successio smaltimento deve tennes presente diverso variabili, alcune che interessima direttamente, pli sopeliarie i de questi sono governate, altre chiaveca si riflettorio sull'ambiente esterno, verso le quini i sonitaria devono mantenere un attegiamento rispettosi dello specifico quoden normativo. Diversi, sono ggii interessi, de devono e sesser persidaria e trivera levon naturale soddistazione, a beneficio di lavvatata; potzienti, della comunità in generale inonchi, oltimo mono memo importanto, del bilinac. Fino ad oggi presso quest'i. D. D è stato diffizzato per la recordon del depisto dei rifliari il dississi imballatiggio monosos in carrone ma, dopo svata serie di inonti (Gruppo di Levero formato da Servizio Prevenzione Protezione, Direzione Medica di Presidio e Unità Prevenzione Rischio Infettivo, vedi tab. 2, cui va un ringraziomentol. alla luce dei vioenti atti normativi e pragrammatiri. si à darissa d procedere verso l'esperienza del riutilizzabile. Come sappiumo, esiste un rischio psice-emazionale (legato alla "poura" che soscituna i rifusi sanituri pericolosi a rischia infettivo) e si riccrde che fin dagli anni "90 la Curte dei Conti impenere di tenare sotto cuttroli e la gese per lo simulimento dei rifusi sanituri, sanza parà seni mendo la trabe della cutta dei loveratoria dell'ambiente; entrando la ripologie di imballaggi sin monososi che moltiuso devono abbligaterimente i rispologie di promotiori dei controli contro Partendo da queste semplici considerazioni ci si è posti i seguenti obiettivi, sia di tipo igienico-sanitario, che sociale ed economico, previa verifica delle tipologie di imballaggi offerti dal mercato 1) Organizzazione di cossi di formazione del personale delle strutture sanitario svollo corretta gestione dei riflut sonitari, soprattutto per minimizzare il contatto di materiali non infetti con potenziali fonti infettive e ridurre la produzione di rifluti a rischio infettivo nel rispetto del DPR 254/03, finalizzato anche alla riduzione della spesa sanitaria; 2) Corretto smaltimento dei rifiuti, rispettando le classificazioni contenute negli allegati "le II (art. 2, comma 1, lettera o) D.P.X 254,03°; taluni rifiuti vengono smaltifi come "speciali perivolosi a rischia infettivo" mentre nelle realtà sono "non perivolosi o assimilabili agli urbani" (bicchierini e battigliette di plastica, pannolini e pamnoloni non infetti o non provenienti da reporti infettivi erc., ner qui è auspirabile una castante formazione ed informazione del personale e l'attrazione di una "raccolta differenziata"), nervenendo ad una metodica di raccolta dei rifiuti a bassa, impatto d Materiali e Metodi: perché l'impiego dell'imballaggio "rivtilizzabile" L'imballaggio riutilizzabile permette: Riduzione della spesa: acquisto di un quantitativo infetiore di contenitori il cui costo va suddiviso per il numero di riutilizzi; studi condotti presso alcune realtà ospedali hanno dimostrato come l'adozione di contenitori riutilizzabili, unitamente all'adozione di tecniche per la tracciobilità del rifiuto (determinazione del quantitativo di rifiuto sanitario pericoloso prodotto da ogni reparto e monitoraggio delle serie storiche), ad una mirato attività di divulgazione di procedore e di formazione rivolta personale sanitario, hanno consentito di ridurte la produzion<mark>o complessiva di rifiu</mark>to e, in proporzione, della spesa complessiva di una percentu<mark>ale</mark> pari al 36% (il 25% quale riduzione dei rifiuti costituiti da imballaggio e l'11% a titolo di implementazione della attività di segregazione e corretta differenziazione del rifi Una maggior tutela degli operatori sanitari, del personale ad<mark>detto alla m</mark>ovimentazione dei colli e del personale autista addetto al ritira CNU pe TADR Maggior agio nel riempimento dell'imballaggio, meno vincolato ai limiti di peso (nel rispetto però dei limiti imposti dalle disposizioni SPP sulla movimentazione dei iv) Il controllo della spesa in presenza di maggiori margini di sicurezza, tenuto conto che: Continue ents special principal states, in the Continue ents special principal states, and the Continue ents special principal states, and the Continue ents of the Continue e etichecta 'R' v) La riduzione (in misura di circa il 20-25% in peso) di rifiuti sanitari pericolosi da smaltire etichetta dasse ADR 6:3 vi) Il rispetto delle Leggi e della normativa ambientale italiana ed europea e la riduzione delle emissioni da incenerimento della plastica. vii) l'arientamento verso l'uso dell'imballaggio da 60 litri in polietilene o polipropilene riutilizzabile è giustificato, da ultimo, anche da motivi plastica rigida: il sistema multiuso permette di rispettare le leggi vigenti riducendo drasticamente i quantitativi di materiali plastici destinati all'incenerimento I c<mark>ontenitori monouso in ca</mark>rtone da 60 litri non soddisfano pienamente le nostre esigenze poiché; Vengono resi inservibili dall'acqua (es.: pioggia o percolamenti interni di liquidi anche in piccole quantità), Si rompono facilmente in caso di urto, si possono perforare facilmente dall'interno in caso di erroneo smalti in caso di maldestra valutazione del peso di rifiuto sanitario pericoloso introdot Tabella L Ogni imballoggio in cartone è omologato per contenere un peso mossimo di é kg di rifiuto contro i 15-18 kg di capienza di un imballoggio multiuso in plastica rigida, Ferniscono scarsissima tenuta in caso di rottura o perdite dal sacco in plastica; Sentenze esaminate Procurano notevoli disagi e pericoli di tipo igienico sanitario in caso di "sversan quando trattasi di fluidi biologici; • CDS V 4460/2002; Non garantiscone, in case di errata introduzione di oggetti pungenti e o taglienti in luogo dei contenitori dedicati, (c alla filiera rifiuti non si feriscano. • TAR Lombardia Milano I 1815/2010; • TAR Veneto Venezia Il riutilizzabile: Stazione Appaltante e rispetto delle "regole del gioco" Alcune Ditte partecipant a traftative di gua incentrate sal servizio in parla si sono espresse sostenendo che il DPR 15.7.03 fi 251, parla in va prioritaria di imballaggià monouso (art. 8). La contrapposizione monoso y riullitzable i relativa dgli imballaggià driftini suntari reprisco più si schoi indirittori, a che in qui suri parten accissione sontenza e CS 5440/7002 — addiritturo piacedeni al DPR inazza chefo; secondo più recetti orientamenti. Il Guide, a manticatario rificare dei imballaggia driftizzable isi cell'arrativo di quello monoso è non assibilarios. I partical con dei rivistazione di insigni produzione e mantica di parten di • TAR Lazio Roma III quater 8275/2011: · CDS III 1697/2011: a) Entrambe le tipologie di imballaggio sono teoricamente eligibili, con scelta tecnico-discrezionale in capo alla Stazione Appaltante; · CDS III 6257/2011; b) La scelta di escludere una delle due tipologie deve essere giustificata da obiettive ragioni di natura tecnica, e la giustificazione è sindacabile solo ove affetta dai vizi di cui si dirà oltre • TAR Veneto Venezia • CDS III 4123/2012; • TAR Lombardia Milano III nto <mark>dei fatti ed arbitrarietà (deducibile da carenza/insufficiente motivazione della scelta).</mark> 2809/2012: Rifiuti sanitari e rischio di infezioni • TAR Lombardia Brescia In un'indagine conoscitiva dell'APAT [] riferita all'anno 2003, si affermava che la percentuale dei rifiuti sanitari capace di trasmettere infezioni fosse compresa tra il 3% ed il 5% del totale infettivo prodotti in ambito ospedaliero e che tale frazione era costituita da rifiuti microbiologici, sangue e fluidi biologici, rifiuti dei laboratori di a. patologica, taglienti, ecc... I patogeni in ettere infezioni fosse compresa tra il 3% ed il <mark>5% del totale dei rifiuti</mark> a rischio sono per lo più batteri (80% ~ 90%), tra i quali i più diffusi in occidente sono s. aureus, e. coli, p. aeruginosa e c. albicans. La diffusione dei patogeni presenti nei rifiuti può avvenire per via aerea, ematica o per contatio, la trasmissione per via aerea non è molto probabile perché è necessaria una carica microbica elevata che si riscontra 1440/2013 Camissione des protigens presente et mois pour evenue peur un exercise par de mente peur de control, en micro de peut de moissione peur un neue anna en maior protome percor e necession una carica micromia evenu des sisses d'infiliantes ne alle infiliante peut de control de moissione de protome percor e necession una carica micromia evenu des sisses d'infiliantes que en maior peut de control de moissione de protome de peut de control de moissione de peut de control de peut de control de peut de control de moissione de peut de control de peut de control de moissione de peut de control de peut de control de moissione de peut de control de peut de control de moissione de peut de control de peut de control de moissione de peut de control de peut de control de moissione de peut de control de peut de control de moissione de peut de control de peut de control de moissione de peut de control de peut de control de moissione de peut de control de peut de control de moissione de peut de control de la peut de control de peut de co anche se la normativa dispone che le parti taglienti e pungenti debbano esse<mark>re smaltite</mark> n<mark>egli appositi contenitor</mark>i Tabella 2 Al contrario non sussiste evidenza empirica di patologie infettive veicolate da contenitori riutilizzabili, laddove il processo di sanificazione e disinfezione venga op controllate e validate da laboratori quali ad es. l' ARPA. Componenti Gruppo di Lavoro inerente la gestione della Conclusioni Questo noster per for comprendere il punto di vista di una Struttura Noscomiale che, dono le valutazioni di cui si è detto, ba deciso di variare la propria filosofia di lavoro con l'intendimento di salvanuardare diversi interessi che richiedano particolare autenzione da particolare al menzione del particolare autenzione del particolare al menzione del particolare del • Dott. Carmelo Russo (S.P.P. procedere nella convinzione, così facendo, di continuare verso l'ottimizzazione del processo di governance aziendale. In conclusione l'imballaggio riutilizzabile si, a patto (condizione non trascurabile) che vengano rispettate le condizi Rifiuti Intraospedalieri) Ing. Teresa Marchett Bibliografia e riferimenti legislativi (R.S.P.P.); D Los 22 del 5/02/97 " Attuazione delle direttive 91/156/CFF sui rifiuti 91/689/CFF sui rifiuti nericalosi e 94/62/CFF suali imballaggi e rifiuti di Pigno regionale di gestione dei rifiuti della Regione Piemonte 1997: (D.M.P.O. - C.I.O.)Regione Piemonte — Assessorato Ambiente. La gestione dei rifiuti prodotti nelle strutture sanitarie. Collana Ambiente n.19, 2000 • IP-ICIRita Neari Decreto 26/06/2000 numero 219 "Regolamento recante la disciplina per la gestione dei riffiuti sanitari, ai sensi dell'articolo 45 del Decreto legislativo 5 febbraio 1997 n. 22. • Dott. Gerolamo Fa<mark>rrau</mark>to Legge Regionale 24 attobre 2002, n. 24 e s.m.i. Norme per la gestione dei rifiuti. (B.U. n. 44 del 31 attobre 2002). (D.M.P.O.) DPR 15 Luglio 2003, N°. 254 - Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n°. 179 (G.U. numero 211 del 11 settembre 2003). Decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 - Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE. Decreto Presidente della Regione Friuli Venezia Giulia 30.9.2013, n. 0185/Pres Pauere n. 26/2013 Dir. Amm. A.O.U. Novare: "Gara tedescle. Appalto servizio, prelievo, tresporto e conferimento finale rifiuti sanitari. Problematiche. Valutazione ed indicazione di possibili soluzioni." (prot. Dir. Amm. N. 149/2013 del 16.8.2013).

LA REINGEGNERIZZAZIONE DEL BLOCCO OPERATORIO CENTRALE DEL P.O. GARIBALDI NESIMA

Giuseppe Giammanco¹, Graziella Manciagli², Anna Colombo³

¹ Direttore Sanitario Aziendale-ARNAS Garibaldi; ² Direttore Medico del Presidio Garibaldi Nesima – ARNAS Garibaldi; ³ Risk Manager-ARNAS Garibaldi

Parole chiave: reingegnerizzazione, sale operatorie, gestione

Introduzione. L'ottima gestione di una sala operatoria ha come scopo l'efficacia dell'impianto ospedaliero. L'utilizzazione della sala operatoria è condizionata principalmente da quattro fattori: la disponibilità delle sale, gli interventi pianificati, i chirurghi e il personale del comparto. Le maggiori difficoltà sorgono proprio nella necessità di organizzare le fasi pre/post operatorie, l'imprevedibilità dei tempi operatori, il coordinamento di professionalità diverse, la pianificazione degli interventi a fronte di molteplici esigenze. Inoltre si deve tenere conto della progressiva crescita della severità clinica dei pazienti, i quali sono sempre più attenti al livello della prestazione sanitaria che gli è offerta. Per questo motivo nell'ambito di gestione dei processi sanitari si deve sempre tenere presente che l'obiettivo primario è la cura del paziente, a cui deve essere garantito un livello di servizio adeguato, e da cui partire con le successive analisi per migliorare l'efficienza della struttura sanitaria.

Contenuti. La Direzione Aziendale dell'ARNAS Garibaldi ha avviato una revisione dei percorsi diagnostico-assistenziali e delle linee di attività di diverse discipline e specialità chirurgiche, avviando un proficuo confronto in occasione delle riunioni di Budget. In tali evidenze è emerso che il Complesso Operatorio Centralizzato del P.O. di Nesima era suscettibile di un miglioramento della sua efficienza organizzativa. È stato pertanto istituito un gruppo operativo (Team di Reingegnerizzazione del complesso Operatorio Centralizzato) composto da diverse professionalità e competenze pluridisciplinari. Il gruppo di lavoro, costituito da figure chiave nell'organizzazione, quali Direttori di Dipartimento, Direttore Medico del Presidio, Responsabile del Rischio Clinico, Direttori delle aree Chirurgiche e di Anestesia e Rianimazione, Coordinatore Infermieristico del Complesso Operatorio, hanno improntato la propria attività su alcuni specifici punti quali:

- Analisi del contesto
- Valutazione di vincoli e criticità:
- Sicurezza in Sala Operatoria:
- Proposte migliorative da attivare isorisorse
- Programmazione degli interventi Aziendali integrativi
- Stesura linee quida e Flow Chart
- Completo utilizzo del Sistema GSED-CBIM per la Sala Operatoria

Analisi e Valutazione dei costi variabili e materiali specialistici. Si è stabilito pertanto di analizzare le criticità presenti, con osservatori esterni al blocco, ma referenti per la Direzione Strategica. Si è inoltre stabilito di monitorare la corretta applicazione della Check list di sala operatoria, tramite questionari "ad hoc" somministrati a tutti gli operatori che gravitavano nel blocco operatorio, con osservazione diretta su un campione significativo di interventi inerenti la "congruenza e la conformità della compilazione della check list di sala operatoria con specifica tabella di controllo da parte di osservatori.

Conclusione. Uno dei punti critici sulla efficacia organizzativa delle sale operatorie è stato riscontrato essere l'orario di inizio delle attività chirurgiche, legato essenzialmente al ritardo nel trasporto dei pazienti dai reparti al blocco operatorio centrale, per deficit numerico del personale addetto a tale servizio; si è pertanto stabilito di incrementare il numero del personale addetto con stesura di specifico piano di lavoro. Altro aspetto, che è stato migliorato, è risultato essere la documentazione sanitaria con una corretta applicazione della Check list di sala Operatoria, negli aspetti della chiarezza, della completezza e della coerenza temporale con le fasi dell'intervento chirurgico.

Citala

La Reingegnerizzazione del Blocco Operatorio Centrale del P.O. Garibaldi Nesima

Nomi Autori, Carica e Struttura di appartenenza

Dott.Giuseppe Giammanco, Direttore Sanitario Aziendale-ARNAS Garibaldi

Dott.ssa Graziella Manciagli, Direttore Medico del Presidio Garibaldi Nesima -ARNAS Garibaldi

Dott.ssa Anna Colombo, Risk Manager-ARNAS Garibaldi

Parole chiave

Reingegnerizzazione, sale operatorie, gestione

Introduzione

L'ottima gestione di una sala operatoria ha come scopo l'efficacia dell'impianto ospedaliero.

L'utilizzazione della sala operatoria è condizionata principalmente da quattro fattori: la disponibilità delle sale, gli interventi pianificati, i chirurghi e il personale del comparto.

Le maggiori difficoltà sorgono proprio nella necessità di organizzare le fasi pre/post operatorie, l'imprevedibilità dei tempi operatori, il coordinamento di professionalità diverse, la pianificazione degli interventi a fronte di molteplici esigenze.

Inoltre si deve tenere conto della progressiva crescita della severità clinica dei pazienti, i quali sono sempre più attenti al livello della prestazione sanitaria che gli è offerta.

Per questo motivo nell'ambito di gestione dei processi sanitari si deve sempre tenere presente che l'obiettivo primario è la cura del paziente, a cui deve essere garantito un livello di servizio adeguato, e da cui partire con le successive analisi per migliorare l'efficienza della struttura sanitaria.

Contenuti

La Direzione Aziendale dell'ARNAS Garibaldi ha avviato una revisione dei percorsi diagnostico-assistenziali e delle linee di attività di diverse discipline e specialità chirurgiche, avviando un proficuo confronto in occasione delle riunioni di Budget.

In tali evidenze è emerso che il Complesso Operatorio Centralizzato del P.O. di Nesima era suscettibile di un miglioramento della sua efficienza organizzativa.

E' stato pertanto istituito un gruppo operativo (Team di Reingegnerizzazione del complesso Operatorio Centralizzato) composto da diverse professionalità e competenze pluridisciplinari.

Il gruppo di lavoro, costituito da figure chiave nell'organizzazione, quali Direttori di Dipartimento, Direttore Medico del Presidio, Responsabile del Rischio Clinico, Direttori delle aree Chirurgiche e di Anestesia e Rianimazione, Coordinatore Infermieristico del Complesso Operatorio, hanno improntato la propria attività su alcuni specifici punti quali:

- Analisi del contesto
- Valutazione di vincoli e criticità;
- Sicurezza in Sala Operatoria;
- Proposte migliorative da attivare isorisorse
- Programmazione degli interventi Aziendali integrativi
- Stesura linee guida e Flow Chart
- Completo utilizzo del Sistema GSED-CBIM per la Sala Operatoria
- Analisi e Valutazione dei costi variabili e materiali specialistici

Si è stabilito pertanto di analizzare le criticità presenti, con osservatori esterni al blocco, ma referenti per la Direzione Strategica.

Si è inoltre stabilito di monitorare la corretta applicazione della Check list di sala operatoria, tramite questionari "ad hoc" somministrati a tutti gli operatori che gravitavano nel blocco operatorio, con osservazione diretta su un campione significativo di interventi inerenti la "congruenza e la conformità della compilazione della check list di sala operatoria con specifica tabella di controllo da parte di osservatori.

Conclusione

Uno dei punti critici sulla efficacia organizzativa delle sale operatorie è stato riscontrato essere l'orario di inizio delle attività chirurgiche, legato essenzialmente al ritardo nel trasporto dei pazienti dai reparti al blocco operatorio centrale, per deficit numerico del personale addetto a tale servizio; si è pertanto stabilito di incrementare il numero del personale addetto con stesura di specifico piano di lavoro.

Altro aspetto, che è stato migliorato, è risultato essere la documentazione sanitaria con una corretta applicazione della Check list di sala Operatoria, negli aspetti della chiarezza, della completezza e della coerenza temporale con le fasi dell'intervento chirurgico.

FATERENEERATELLI E OFTAL MICO DI MIL ANO: L'OSPEDALE MULTILINGUE

Gimigliano A*, Grappiolo A*, Tartaglia A*, Zangirolami F**, Errico M*, Reitano F***, Tonelli G****. Polo A****. Monza G*.

* Direzione Medica di Presidio - A. O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, Milano; ** Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Milano; *** Direzione Sanitaria Aziendale -A.O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, Milano: **** Vox Gentium

Parole chiave: ospedale multilingue, contact center, rischio clinico

Introduzione. Nel corso degli ultimi anni l'Italia si è trovata a dover fronteggiare un importante aumento del flusso di immigrazione. Secondo l'Istat, alla data del 1º gennaio 2013, risultavano residenti in Italia 4.370.317 stranieri, pari al 7,4% della popolazione totale; oltre ai residenti, devono essere considerati anche i turisti stranieri (50.2 milioni ogni anno). Il 51% del totale della popolazione non comunitaria è rappresentata da cittadini provenienti da: Romania, Albania, Marocco, Cina e Ucraina; nel 2012, l'84% degli immigrati con permesso di soggiorno viveva al Nord o al Centro. Il rumeno è la lingua di origine più comune tra gli stranieri residenti in Italia, seguono l'arabo, l'albanese e lo spagnolo,

Contenuti. Il Fatebenefratelli e Oftalmico è un Ospedale per acuti collocato nel centro di Milano ed è la Struttura ospedaliera più vicina alla stazione centrale della città. A partire dall'anno 2007 fornisce Triage Multilingue in 20 lingue, h24 sette giorni su sette. Le lingue sono; Cinese, Russo, Spagnolo, Arabo, Puniabi, Tedesco, Inglese, Albanese, Rumeno, Francese, Bengalese, Ucraino, Polacco, Croato, Bosniaco, Cingalese, Portoghese, Serbo, Urdu, Hindi, Il Contact Center multilingue è fornito da Colloquia Multimedia SPA, l'Azienda che ha lanciato il servizio in Italia ed è leader, da oltre 10 anni, nella fornitura di mediazione linguistico-culturale per Aziende Ospedaliere, Farmacie, Comuni, ASL, 118 e 112.

Tutto i reparti hanno accesso agli interpreti madrelingua attraverso la linea telefonica mediante l'utilizzo di due cornette telefoniche (una per l'operatore sanitario e l'altra per il paziente straniero).

Per garantire la risposta immediata alle chiamate da Pronto Soccorso, i telefoni utilizzati sono preprogrammati per 20 lingue senza la necessità di digitare il numero corrispondente. Il tempo di risposta è di 30 secondi. Le postazioni sono presenti in PS, Sala Parto, Day Surgery, Ambulatori, URP e Reception. Le aree su cui si concentra la maggior parte delle richieste di assistenza in lingua sono: Pronto Soccorso. Ginecologia, Ostetricia, Chirurgia, L'intervento nella maggior parte dei casi interessa la compilazione di consensi informati e le dimissioni.

Il servizio è partito nel 2007 ed il numero di interventi è cresciuto di anno in anno.

La lingua maggiormente richiesta è il Cinese, con il 43% delle chiamate totali, seguita da Inglese (18%) e Arabo (17%).

Conclusioni. In conclusione si può affermare che, essendo l'attività del Contact Center multilingue inquadrata nell'insieme delle azioni intraprese dall'Azienda Ospedaliera per migliorare l'accoglienza dell'utenza e, poiché questa risponde alle necessità di creare condizioni lavorative tali da permettere una migliore gestione delle attività sanitarie, può essere considerato un valido strumento per la gestione del Rischio Clinico: permette, infatti, una migliore gestione dei possibili errori consequenti alle differenze linguistiche e permette non solo agli operatori sanitari di poter svolgere la propria professione in maniera ottimale anche con pazienti stranieri, ma anche di fornire agli utenti lo stesso standard di prestazioni assistenziali indipendentemente dalle personali capacità linguistiche degli operatori sanitari.



Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano: l'Ospedale Multilingue



Gimigliano A*, Grappiolo A*, Tartaglia A*, Zangirolami F**, Errico M*,
Reitano F***, Tonelli G****, Polo A****, Monza G*.

*Direzione Medica di Presidio - A. O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, Milano

**Scula di Specializzacione in Iggiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Milano

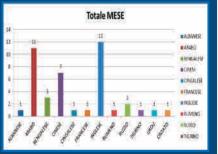
***Direzione Sanitaria Aziendale - A. O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, Milano

****Vox Gentium

INTRODUZIONE Nel corso degli ultimi anni l'Italia si è trovata a dover fronteggiare un importante aumento del flusso di immigrazione. Secondo l'Istat, alla data del 1º gennaio 2013, risultavano residenti in Italia 4.370.317 stranieri, pari al 7.4% della popolazione totale; oltre ai residenti, devono essere considerati anche i turisti stranieri (50,2 milioni ogni anno). Il 51% del totale della popolazione non comunitaria è rappresentata da cittadini provenienti da: Romania, Albania, Marocco, Cina e Ucraina; nel 2012, l'84% degli immigrati con permesso di soggiorno viveva al Nord o al Centro. Il rumeno è la lingua di origine più comune tra gli stranieri residenti in Italia, seguono l'arabo, l'albanese e lo spagnolo.

CONTENUTI Il Fatebenefratelli e Oftalmico è un Ospedale per acuti collocato nel centro di Milano ed è la Struttura ospedaliera più vicina alla stazione centrale della città. A partire dall'anno 2007 fornisce Triage Multilingue in 20 lingue h24 sette giorni su sette. Le lingue sono: Cinese Russo. Spagnolo, Arabo, Punjabi, Tedesco, Inglese, Albanese, Rumeno, Francese, Bengalese, Ucraino, Polacco, Croato, Bosniaco, Cingalese, Portoghese, Serbo, Urdu, Hindi. Il Contact Center multilingue è fornito da Colloquia Multimedia SPA, l'Azienda che ha lanciato il servizio in Italia ed è leader, da oltre 10 anni, nella fornitura di mediazione linguistico-culturale per Aziende Ospedaliere, Farmacie, Comuni, ASL, 118 e 112. Tutto i reparti hanno accesso agli interpreti madrelingua attraverso la linea telefonica mediante l'utilizzo di due cornette telefoniche (una per l'operatore sanitario e l'altra per il paziente straniero). Per garantire la risposta immediata alle chiamate da Pronto Soccorso, i telefoni utilizzati sono preprogrammati per 20 lingue senza la necessità di digitare il numero corrispondente. Il tempo di risposta è di 30 secondi. Le postazioni sono presenti in PS, Sala Parto, Day Surgery, Ambulatori, URP e Reception, Le gree su cui si concentra la maggior parte delle richieste di assistenza in lingua sono: Pronto Soccorso, Ginecologia, Ostetricia, Chirurgia. L'intervento nella maggior parte dei casi interessa la compilazione di consensi informati e le dimissioni. Il servizio è partito nel 2007 ed il numero di interventi è cresciuto di anno in anno. La lingua maggiormente richiesta è il Cinese, con il 43% delle chiamate totali, seguita da Inglese (18%) e Arabo (17%).





CONCLUSIONI Si può affermare che, essendo l'attività del Contact Center multilingue inguadrata nell'insieme delle azioni intraprese dall'Azienda Ospedaliera per migliorare l'accoglienza dell'utenza e, poiché questa risponde alle necessità di creare condizioni lavorative tali da permettere una migliore gestione delle attività sanitarie, può essere considerato un valido strumento per la gestione del Rischio Clinico; permette, infatti, una migliore gestione dei possibili errori conseguenti alle differenze linguistiche e consente, non solo agli operatori sanitari di poter svolgere la propria professione in maniera ottimale con i pazienti stranieri, ma anche di fornire agli utenti lo stesso standard di prestazioni assistenziali indipendentemente dalle personali capacità linguistiche degli operatori sanitari.

ANALISI DELL'ATTIVITÀ DEL QUARTIERE OPERATORIO DELL'OSPEDALE DI CIRCOLO DI VARESE

Giombelli Maria Cristina*, Manfredi Luca*, Iadini Anna*, Li Bassi Annalisa*, Pavesi Riccardo*, Larghi Andrea*, Avanzi Gianluca^

- * Direzione Medica AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese;
- ^ Direttore Sanitario Aziendale AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese

Parole chiave: operating room management, tasso di utilizzo delle sale operatorie, indicatori di efficienza delle sale operatorie

Introduzione. L'organizzazione delle sale operatorie rappresenta una sfida importante per la Direzione Sanitaria e per la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero. Ciò assume un carattere ancora più marcato in un ospedale come il Circolo di Varese dove gli interventi chirurgici costituiscono una parte rilevante dell'attività.

Nei primi otto mesi dell'anno in corso, nel quartiere operatorio dell'Ospedale di Circolo di Varese, sono stati effettuati 5.993 interventi chirurgici, in regime di ricovero ordinario, da parte delle 13 specialità chirurgiche che in esso lavorano, confermando sostanzialmente il dato dell'anno 2013.

L'immissione di nuove risorse nel quartiere operatorio, con la conseguente possibilità di assegnare sedute operatorie aggiuntive, ha determinato la necessità di introdurre un metodo per la misurazione dell'effettivo utilizzo degli slot operatori messi a disposizione.

Contenuti. Sono stati identificati una serie di indicatori di efficienza tenendo conto sia delle indicazioni presenti in letteratura sia dell'applicativo gestionale delle sale operatorie e della mole di dati a nostra disposizione. Indicatori:

- tasso di utilizzo 1 (TU1):rapporto percentuale tra il tempo d'occupazione della sala ("patient in room"

 "patient out room") e quello a disposizione;
- tasso utilizzo 2 (TU2): rapporto percentuale tra il tempo d'occupazione della sala ("patient in room" "patient out room"), con esclusione del tempo di sforamento, e quello a disposizione;
- totale tempo di sforamento: somma del tempo di utilizzo della sala operatoria oltre il tempo assegnato;
- totale tempo di sottoutilizzo: somma del tempo di non utilizzo della sala operatoria:
- sedute over-running(%): percentuale di sedute che terminano almeno 30 minuti oltre la fine del tempo assegnato;
- sedute under-running(%): percentuale di sedute che terminano almeno 30 minuti prima della fine del tempo assegnato:
- case cancellation rate(%): pazienti inseriti in lista operatoria, ma rinviati in giorno stesso dell'intervento;
- orario medio inizio induzione;
- orario medio "patient in room";
- comunicazione della programmazione operatoria settimanale(%).

Conclusioni. L'analisi evidenzia la presenza di un tasso medio di utilizzo delle sale operatorie di 91,99% (TU1) e 83,79% (TU2), che risulta in linea con le attuali aspettative. Non considerando le due specialità (D,N) con la performance più bassa il valore medio risulta di 99,72% (TU1) e 90,35%(TU2). Tuttavia il riscontro di un numero elevato valore di sedute over-running e under-running lascia intravedere ampi margini di miglioramento nella programmazione dell'attività chirurgica sia settimanale sia giornaliera. Il case cancellation rate presenza un valore medio superiore al 7%, imputabile anche alla difficoltà a reperire un posto letto nelle Terapie Intensive Generale e Neurochirurgica.



Oppedate Analisi dell'attività del quartiere operatorio dell'Ospedale di Circolo di Varese



INDIANTIC dott.ssa Giombelli Maria Cristina", dott. Manfredi Luca ", dott.ssa ladini Anna", dott.ssa Li Bassi Annalisa ", dott. Pavesi Riccardo", dott. Larghi Andrea", dott. Avanzi Gianluca "
Continua dotti dotti dotti d

Introduzione

L'organizzazione delle sale operatorie rappresenta una sfida importante per la Direzione Sanitaria e per la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

Ciò assume un carattere ancora più marcato in un ospedale come il Circolo di Varese dove gli interventi chirurgici costituiscono una parte rilevante dell'attività.

Nei primi otto mesi dell'anno in corso, nel Quartiere Operatorio dell'Ospedale di Circolo di Varese, sono stati effettuati 5.993 interventi chirurgici, in regime di ricovero ordinario, da parte delle 13 specialità chirurgiche che in esso lavorano, confermando sostanzialmente il dato dell'anno 2013.

L'immissione di nuove risorse nel quartiere operatorio, con la conseguente possibilità di assegnare sedute operatorie aggiuntive, ha determinato la necessità di introdurre un metodo per la misurazione dell'effettivo utilizzo degli slot operatori messi a disposizione.

Contenuti

Sono stati identificati una serie di indicatori di efficienza tenendo conto sia delle indicazioni presenti in letteratura sia dell'applicativo gestionale delle sale operatorie e della mole di dati a nostra disposizione.

Indicatori

- 1.tasso di utilizzo 1 (TU1):rapporto percentuale tra il tempo d'occupazione della sala ("patient in room" "patient out room") e quello a disposizione;
- 2.tasso utilizzo 2 (TU2): rapporto percentuale tra il tempo d'occupazione della sala ("patient in room" "patient out room"), con esclusione del tempo di sforamento, e quello a disposizione;
- 3.totale tempo di sforamento: somma del tempo di utilizzo della sala operatoria oltre il tempo assegnato;
- 4.totale tempo di sottoutilizzo: somma del tempo di non utilizzo della sala operatoria;
- 5.sedute over-running(%): percentuale di sedute che terminano almeno 30 minuti oltre la fine del tempo assegnato;
- 6.sedute under-running(%): percentuale delle sedute che terminano almeno 30 minuti prima della fine del tempo assegnato;
- 7.case cancellation rate(%): pazienti inseriti in lista operatoria, ma rinviati il giorno stesso dell'intervento;
- 8. orario medio di inizio induzione:
- 9.orario medio "patient in room";
- 10.comunicazione della programmazione operatoria settimanale(%).

Conclusioni

L'analisi evidenzia la presenza di un tasso medio di utilizzo delle sale operatorie di 91,99% (TU1)e 83,79%(TU2), che risulta in linea con le attuali aspettative. Non considerando le due specialità con la performance più bassa il valore medio risulta di 99,72% (TU1) e 90,35% (TU2). Tuttavia il riscontro di un alto valore medio di sedute overrunning e under-running lascia intravedere ampi margini di miglioramento nella programmazione dell'attività chirurgica sia settimanale sia giornaliera. Il case cancellation rate presenta un valore medio superiore al 7%, imputabile anche alla difficoltà a reperire un posto letto nelle Terapie Intensive Generale e Neurochirurgica.

indicatori di		Unità Operative											
efficienza	target	A	В	С	D	E	F	G	Н	I	L	M	N
tasso di utilizzo 1 (%)	>90%	99,73%	91,55%	93,67%	48,25%	108,12%	101,10%	107,26%	95,29%	105,01%	104,20%	91,24%	58,48%
tasso di utilizzo 2 (%)	>90%	90,52%	87,30%	82,81%	46,70%	96,31%	95,39%	94,17%	82,93%	97,05%	94,80%	82,24%	55,23%
totale tempo sforamento (h.m.)	-	23.40	15.42	4.20	1.25	29.28	16.55	23.57	11.08	25.48	27.25	5.06	10.31
totale tempo sottoutilizzo (h.m.)	-	23.24	64.28	6.00	13.16	5.20	14.10	10.40	19.00	6.07	13.03	18.33	417.5
sedute over-running (%)	<10%	32,20%	16,57%	25%	7,14%	54,05%	33,33%	34,62%	30,43%	42,62%	42,62%	29,17%	6,67%
sedute under- running (%)	<10%	30,51%	50%	50%	85,71%	13,51%	30,56%	11,54%	34,78%	4,92%	21,31%	45,83%	85%
c.c. rate (%)	<5%	6,90%	11,43%	0%	0%	9,76%	3,05%	17,11%	10,17%	20,81%	5,18%	0,0%	0,0%
orario medio inizio induzione (h.m)	-	7.57	8.34	8.20	8.40	8.09	8.00	8.08	8.04	7.55	8.33	8.20	9.20
orario medio "patient in room"(h.m)	8.00-8.05	8.01	8.31	8.26	8.57	8.00	8.02	8.15	8.07	8.07	7.59	8.07	8.46
comunicazione programma settimanale (%)	>95%	100%	100%	73%	100%	100%	100%	100%	73%	100%	100%	73%	73%

<u>Description</u>

Clossary of times used for scheduling and monitoring of diagnostic and therapeutic procedures", Association of Anesthesia Clinical Directors, 1997, ACRN Journa Macario Alex, Vite your hospital Operating Rooms efficient?, Anesthesialogy 2006, 195:237–40.

Macario Alex, Vite your hospital Operating Rooms efficient?, Anesthesialogy 2006, 195:237–40.

Parket J.J. Clarey, A. Estimating the duration of common enterties repeations; inspirations for operating fist management", Anaesthesia 2006, 61:768-776.





PROGETTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO NEL PERCORSO DEL PAZIENTE CON NEOPLASIA POLMONARE

Granata A.1, Ciaramella P.2, Rocco G.3, Morabito A.4, Scafarto V.5, Cascone E.5, Lodato S.6

¹ Contrattista presso Direzione sanitaria Aziendale INT Fondazione Pascale Napoli; ² Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio INT Fondazione Pascale Napoli; 3 Direttore Dipartimento Toraco Polmonare INT Fondazione Pascale Napoli; ⁴ Direttore SC Oncologia Medica Toraco Polmonare INT Fondazione Pascale Napoli;

⁵ UOC Risk Management ASL NA3 Sud; ⁶ Direttore Sanitario Aziendale INT Fondazione Pascale di Napoli

Parole chiave: PDTA

Introduzione. Obiettivo del progetto è definire un modello operativo integrato ospedale-territorio per la gestione del pz con Ca. polmonare nel bacino di utenza della ASL NA3 Sud. Il progetto formalizzato con protocollo di Intesa tra le Aziende coinvolte, e supportato da Eli LIIIy SPA sarà sperimentato in alcune aree distrettuali della ASL NA3 Sud con l'obiettivo di estenderlo a tutto il territorio aziendale.

Contenuti. La strategia dell'intervento si sviluppa su un iter progettuale che segue il metodo lean six sigma: Define: Condivisione del progetto con il core team e integrazione con la parte territoriale, individuazione di una coorte di pz con dx di Ca. polmonare residenti nell'ASL da includere nel progetto e dell'ambito territoriale in cui effettuare la sperimentazione; Measure: analisi del percorso dei pz con Dx di Ca. polmonare inclusi nella coorte con ricerca nei database della specialistica ambulatoriale, SDO, registro tumori, File F e discussione tempi dei processi (primo accesso-diagnosi-inizio terapia); Analyze; analisi di contesto dei principali indicatori per la patologia in esame: mortalità, incidenza, prevalenza e sopravvivenza; mappatura qualitativa e quantitativa dei percorsi intrapresi dai pz della ASL NA3 Sud, mediante confronto tra il PDTA integrato ospedale territorio definito dal board di progetto con i percorsi seguiti nell'ASL NA3 Sud e misura degli scostamenti tra percorso standard e percorsi osservati; Improve: individuazione non conformità ed attuazione di azioni per il miglioramento dei percorsi assistenziali (PDTA); formazione di operatori territoriali al fine di esternalizzare sul territorio alcune prestazioni effettuate nell'INT: Control: misura e analisi dei tempi dei vari step del PDTA e dei tempi complessivi per diagnosi e inizio terapia, individuazione ed attuazione di azioni per contenere i tempi suindicati in una logica di efficacia ed efficienza del PDTA.

Conclusioni. Fasi conclusive del progetto saranno: adozione sistematica del percorso nel bacino di utenza individuato; sua contestuale integrazione con il PDTA dell'INT Pascale, con la definizione di un Profilo Integrato di Cura tra ASL NA3 Sud – INT Pascale: individuazione ed attuazione di azioni per la implementazione del PDTA; presa in carico da parte dell'INT dei pz dell'ASL NA3 Sud per il III livello. Obiettivo finale sarà realizzare un modello prototipale esportabile in analoghi contesti assistenziali e metodologicamente applicabile anche ad altre patologie.





- Bruna Rebagliati Direttore Presidio Ospedaliero Unico ASL 3 Genovese
 Corrado Bedogni Direttore Generale ASL3 Genovese
 Ida Grossi Direttore Generale ASP Caltanissetta già Direttore Sanitario ASL3

- Gino Spada Responsabile Dipartimento Infrastrutture ASL 3 Genovese
 Simonetta Nobile Direttore Dipartimento Attività Farmaceutiche ASL3 Genovese
 Cristina Bianchi Dipartimento Attività Farmaceutiche ASL3 Genovese
 Ornella Gallone Coordinatore Infermieristico Oncologia/U.F.A. ASL3 Genovese

one e continuità terapeutica ospedale - territorio), sono una delle espressioni più prossime dell'HTA e quindi sono stati assunti

è rappresentato dall' oftenere una maggiore sicurezza per il personale addetto alla preparazione, dal ridurre l'errore farmacologico e dal diminuire gli scarti di produzione. Ricondurre il processo a idonee regole di sicurezza, organizzative e di produzione, oltre ad avere un

A tale scopo la Direzione Sanitaria ha individuato un'area al piano terra del Pad.8 dell'Osp. Villa Scassi (sede del Reparto di Oncologia) dando mandato al Dipartimento Tecnico di progettare e realizzare in tale area l'Unità Farmaci Antiblastici (UFA). Si è quindi deciso di provvedere con

normativa vigente e in considerazione del benchmarking attivato, dei volumi di attività previsti e dell'o

locale spogliatoio classe D

locale filtro materiale dotato di pare-boy clares C

locale di "accesso alla zon

Gli altri locali previsti di

magazzino a "lungo termine" per lo stoccaggio dei farn

Stato pregresso





- Creazione del team interdisciplinare
- Creazione del team interdisciplinare Partecipazione nel 2012 al percorso finea/fineca rete oncologica ligun Revisione della procedura esistente per le terapie antiblastiche Valutazione e individuazione del software gestionale
- Formazione del personale
- Dotazione di locali e laboratori

- Valutazione dei carichi di lavoro
- Valutazione del Carichi di navio
 Valutazione dell'imballaggio e organizzazione del Servizio di consegna
 Programma di sorveglianza sanitaria
 Audit clinici 2014

PROCESSO DI RIORGANIZZAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO DELL'AO FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO DI MILANO

Grappiolo A.1, Cuoco E.2, Zangirolami F.3, Lopomo N.2, Pieraccioli M.2, Battistotti A.², Gimigliano A.¹, Tartaglia A.¹, Mercuri O.¹, Errico M.¹, Reitano F.⁴, Monza G.¹ ¹ Direzione Medica di Presidio – AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano; ² Sistema Informativo Aziendale – AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano; 3 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Milano: 4 Direzione Sanitaria Aziendale – AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

Parole chiave: Pronto Soccorso, braccialetto

Introduzione. Il Pronto Soccorso (PS) rappresenta una delle aree di maggiore criticità per la multidisciplinarietà e complessità della casistica e per l'impossibilità di programmare volume e tipologia di attività. Il PS del Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano (PO) si colloca tra i primi sul territorio lombardo per numerosità di accessi. Partendo dal presupposto che livello e qualità di cure appropriate dipendono anche da una ottimizzazione delle risorse disponibili o destinabili è stata strutturata un'analisi delle criticità organizzative del PS del PO. Sono state definite quali priorità in termini di miglioramento: il processo di identificazione del paziente, la riduzione dei tempi d'attesa (TA) e la più precisa responsabilità di presa in carico del paziente nelle varie fasi del suo processo assistenziale.

Contenuti. Per una maggiore accuratezza del processo di identificazione è stato introdotto un braccialetto applicato al polso del paziente al momento del triage con etichetta adesiva riportante i suoi dati anagrafici. la tipologia di trattamento (medico/chirurgico/ortopedico) e l'identificativo numerico dell'episodio di PS. La presenza di quest'ultimo sia in formato barcode che in chiaro di dimensione leggibile ne ha permesso l'utilizzo quale codice chiamata in ottemperanza alle vigenti normative in materia di privacy e trattamento dei dati personali. La criticità dei TA è stata affrontata creando un percorso differenziato per i codici bianchi. Sulla base di rilevazioni statistiche di attività il percorso è attivo per i codici bianchi oftalmologici dal lunedì al venerdì (fascia oraria 14-20) e al sabato mattina, per i restanti codici bianchi bisettimanalmente (fascia oraria 10-18). Ad una maggiore trasparenza dei TA ha contribuito l'informatizzazione del processo di passaggio del paziente sui posti di osservazione, utilizzati laddove l'iter diagnostico atto a definire la dimissibilità o la necessità di ricovero si prolunghi o come soluzione organizzativa temporanea in caso di indisponibilità di posti letto di ricovero. Ad una maggiore chiarezza di responsabilità nella gestione dell'iter assistenziale ha contribuito l'implementazione della possibilità di tracciare sia cronologicamente che nominalmente eventuali cambi della tipologia di trattamento originalmente assegnata al triage, passaggio prima non storicizzato dall'applicativo aziendale.

Conclusioni. L'informatizzazione che sta alla base dei processi descritti ha rappresentato punto di partenza e non di arrivo per creare una maggiore consapevolezza negli operatori delle criticità esistenti e maggiore responsabilità nella elaborazione di procedure condivise. In particolare l'introduzione del braccialetto identificativo si pone quale strumento integrativo e complementare alle già consolidate pratiche di identificazione del paziente in ogni sede e situazione con almeno due identificativi come richiamato dagli Obiettivi Internazionali di Sicurezza. L'informatizzazione dei posti di osservazione ne ha reso più trasparenti i criteri di utilizzo con ricadute in termini di maggiore appropriatezza ed efficienza di allocazione delle risorse come evidenziato dalla riduzione del tempo di permanenza del paziente sugli stessi ed indirettamente dalla riduzione dei TA. A quest'ultima criticità ha contribuito anche l'attivazione del percorso differenziato per i codici bianchi che ha determinato, nella prima fase di attivazione, una riduzione del TA di circa 15 minuti.



Il processo di riorganizzazione del Pronto Soccorso dell'AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano

Congresso Nazionale ANMDO

> Napoli Ottobre 2014

Grappiolo A*, Cuoco E**, Zangirolami F***, Lopomo N**, Pieraccioli M**, Battistotti A**, Gimigliano A*, Tartaglia A*, Mercuri O*, Errico M*, Reitano F****, Monza G*.

*Direzione Medica di Presidio - AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano
**Sistema Informativo Aziendale - AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

***Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Milano

****Direzione Sanitaria Aziendale – AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

INTRODUZIONE

Il Pronto Soccorso (PS) rappresenta una delle aree di maggiore criticità per la multidisciplinarietà e complessità della casistica e per l'impossibilità di programmare volume e tipologia di attività. Il PS del <u>Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano (PO) si colloca tra i primi sul territorio </u> lombardo per numerosità di accessi. Partendo dal presupposto che livello e qualità di cure appropriate dipendono anche da una ottimizzazione delle risorse disponibili o destinabili è stata strutturata un'analisi delle criticità organizzative del PS del PO. Sono state definite quali priorità in termini di miglioramento: il processo di identificazione del paziente, la riduzione dei tempi d'attesa (TA) e la più precisa responsabilità di presa in carico del paziente nelle varie fasi del suo processo assistenziale.

CONTENUTI

Per una maggiore accuratezza del processo di identificazione è stato introdotto un braccialetto applicato al polso del paziente al momento del triage con etichetta adesiva riportante i suoi dati anagrafici, la tipologia di trattamento (medico/chirurgico/ortopedico) e l'identificativo numerico dell'episodio di PS. La presenza di quest'ultimo sia in formato barcode che in chiaro di dimensione leggibile ne ha permesso l'utilizzo quale codice chiamata in ottemperanza alle vigenti normative in materia di privacy e trattamento dei dati personali. La criticità dei TA è stata affrontata creando un percorso differenziato per i codici bianchi. Sulla base di rilevazioni statistiche di attività il percorso è attivo per i codici bianchi oftalmologici dal lunedì al venerdì (fascia oraria 14-20) e al sabato mattina, per i restanti codici bianchi bisettimanalmente (fascia oraria 10-18). Ad una maggiore trasparenza dei TA ha contribuito l'informatizzazione del processo di passaggio del paziente sui posti di osservazione, utilizzati laddove l'iter diagnostico atto a definire la dimissibilità o la necessità di ricovero si prolunghi o come soluzione organizzativa temporanea in caso di indisponibilità di posti letto di ricovero. Ad una maggiore chiarezza di responsabilità nella gestione dell'iter assistenziale ha contribuito l'implementazione della possibilità di tracciare sia cronologicamente che nominalmente eventuali cambi della tipologia di trattamento originalmente assegnata al triage, passaggio prima non storicizzato dall'applicativo aziendale dedicato.

CONCLUSIONI

L'informatizzazione che sta alla base dei processi descritti ha rappresentato punto di partenza e non di arrivo per creare una maggiore consapevolezza negli operatori delle criticità esistenti e maggiore responsabilità nella elaborazione di procedure condivise. In particolare l'introduzione del braccialetto identificativo si pone quale strumento integrativo e complementare alle già consolidate pratiche di identificazione del paziente in ogni sede e situazione con almeno due identificativi come richiamato dagli Obiettivi Internazionali di Sicurezza. L'informatizzazione dei posti di osservazione ne ha reso più trasparenti i criteri di utilizzo con ricadute in termini di maggiore appropriatezza ed efficienza di allocazione delle risorse come evidenziato dalla riduzione del tempo di permanenza del paziente sugli stessi ed indirettamente dalla riduzione dei TA. A quest'ultima criticità ha contribuito anche l'attivazione del percorso differenziato per i codici bianchi che ha determinato, nella prima fase di attivazione, una riduzione del TA di circa 15 minuti.

IL PERCORSO ROSA DELL'OSPEDALE SAN PAOLO DI NAPOLI: UN MODELLO "HUB & SPOKE" CONTRO LA VIOLENZA DI GENERE

- *Matarazzo G., *Vittorioso L, **Guarino M., ***Reale E. ****Resta A.,
- **Marciano L., *Gualano C., ***** R. Lanzetta, **Schiraldi F.
- * UOC Direzione Sanitaria P.O. San Paolo ASL Napoli 1 Centro; ** UOC PS/OBI/MU P.O. San Paolo SL Napoli 1 Centro; *** UOC di Psicologia Clinica Percorso Rosa P.O. San Paolo ASL Napoli 1 Centro; **** UOC Ginecologia ed Ostetricia P.O. San Paolo ASL Napoli 1 Centro; ***** DAO ASL Napoli 1 Centro

Parole chiave: violenza di genere

Introduzione. Nella Dichiarazione delle Nazioni Unite del 1993, la violenza di genere è intesa come "ogni atto di violenza indirizzato al genere femminile che rechi o possa arrecare alle donne un pregiudizio o sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche, compresa la minaccia di tali atti, la coazione o la privazione della libertà sia nella vita pubblica che nella vita privata". Le violenze sulle donne possono essere esercitate in varie forme: sessuale, fisico, verbale, psicologico ed economico. Il termine "violenza domestica" è un sottoinsieme della violenza familiare tra coniugi che comprende, oltre alle forme citate, anche quella materiale, lo stalking ed i maltrattamenti socio-relazionali, economici e lavorativi. Secondo alcuni studi le donne che richiedono assistenza nei Pronto Soccorso per una qualsiasi forma di violenza di genere sono dal 22% al 35%. Si presentano i dati della nostra esperienza.

Contenuti. Dal Marzo 2009, presso l'ospedale San Paolo di Napoli, è attivo il "Percorso Rosa" nato dalla collaborazione dell'UOC di Medicina d'Urgenza, Osservazione Medica e Pronto Soccorso e dalla UOC di Psicologia Clinica del distretto territoriale. Nel corso degli anni le procedure si sono estese alla violenza sessuale e a quella assistita (minori). Dal 2013 è attivo un progetto tipo "Hub & Spoke" con coinvolgimento dei centri anti-violenza e delle forze dell'ordine dispiegate sul territorio. Nell'anno 2013 sono stati effettuati 123 interventi (referto medico-chirurgico e psicologico) di cui 18 minori di 14 anni. La violenza familiare è quella prevalente (94%) perpetrata dal marito-partner attuale (51%). Tra le forme di violenza, quella psicologica è la più diffusa sia da sola (17%) che con altre forme (88%). In oltre il 50% di questi casi si è ottenuta l'esecuzione di diversi provvedimenti (arresto, allontanamento etc.)

Conclusioni. Un Servizio Sanitario che offre percorsi e protocolli sulla violenza di genere, promuove nella donna un atteggiamento di apertura e di disponibilità alla rivelazione della violenza. In questo modello (è in corso la formazione regionale per estendere il modello a tutte le province della Campania), il Pronto Soccorso occupa un ruolo centrale (soprattutto attraverso la tipologia "Hub & Spoke") nel prevenire e combattere i femminicidi.



IL "PERCORSO ROSA DELL'OSPEDALE SAN PAOLO DI NAPOLI:

UN MODELLO "HUB & SPOKE" CONTRO LA VIOLENZA DI GENERE

- * G. MATARAZZO, *VITTORIOSO L. **GUARINO M., ***REALE E., ****RESTA A., **MARCIANO L., *GUALANO C., ***** R. LANZETTA R., **SCHIRALDI F.
- *UOC DIREZIONE SANITARIA P.O. SAN PAOLO ASL NAPOLI 1 CENTRO
- **UOC PS/OBI/MU P.O. SAN PAOLO SL NAPOLI 1 CENTRO
- ***UOC DI PSICOLOGIA CLINICA P.O. SAN PAOLO ASL NAPOLI 1 CENTRO

 ****UOC GINECOLOGIA ED OSTETRICIA P.O. SAN PAOLO ASL NAPOLI 1 CENTRO
- *****DAO ASL Napoli 1 CENTRO

INTRODUZIONE

Nella Dichiarazione delle Nazioni Unite del 1993, la violenza di genere è intesa come "ogni atto di violenza inditizzato al genere feminini che rechi o possa arrecare alle donne un pregiudizio o sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche, compresa la minaccia di tati atti, la coazione o la privazione della libertà sia nella vita pubblica che nella

vita privata". Le violenze sulle donne possono essere esercitate in varie forme: sessuale, fisico, verbale, psicologico ed economico. Il termine "violenza domestica"

e un sottomisteria della violenza familiare tra comugi che comprende, oltre alle forme citate, anche quella materiale, lo stalking ed i maltrattamenti socio-relazionali, economici e lavorativi. Secondo alcuni studi le donne cche richiedona assistenza nei Pronto Socorso per una qualsiasi forma di

SCOPO

Scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'impatto dell'applicazione di un protocollo strutturato di identificazione e trattamento della violenza di genere e su minori presso. il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero Sea Pario dell'ASI Novaji E Contro di Novaji.

IATERIALI E METOD

Dal Marzo 2009, presso l'ospecule San Paolo di Napon, e attivo i "Percorso Rosa" nato dalla collaborazione dell'UOC di Medicina d'Urgenza, Osservazione Medica e Pronto Soccosso e dalla UOC di Pisologia Glinica del distretto territoriale. Nel corso degli anni le procedure si sono estese alla violenza sessuale e a quella assistita (minori). Dal 2013 è attivo un progetto tipo "Hub & Spoke" con coinvolgimento dei centri anti-violenza e delle forze dell'ordine dispiegate sul territorio. Il Percorso e strutturato attraverso un protocollo che prevede diversi step:

 Accesso al P.S. autonomamente oppure attraverso la rete Hub&Spoke.

 Accoglienza al triage (svolto con modallità globale) evitando l'accesso e la presenza di accompagnatori di sesso maschile. In caso contrario di accompagnatrici esse vengono identificate.

Annotazione dei dati anagrafici e dei recapiti telefonici;
 Valutazione anamnestica del caso di sospetta violenza;
 ascolto dell'utente; individuazione della violenza con attivazione del "Percorso Rosa".

*Identificazione del tipo di violenza (psicologica, fisica,

mista).

*Visita secondo schema ABCDE E Testa-Piedi e rilievo dei parametri vitali e successiva identificazione del codice di priorità (mai inferiore al verde) con affidamento alla sala visita (box medico dippure chirurgico); accompagnamento fisico da parte dell'infermiera in sala visita.

*Il medico di Pronto Soccorso, accoglie l'utente e la

sottopone ad accurata anamnesi ced esame obiettivo mediante lo schema "ABCDE", per una valutazione primaria, e "Testa-Piedi" per una valutazione secondaria (identificazione e valutazione di eventuali lesioni); successivamente può procedere alla richiesta di esami ematochimici oppure di indagini di "imaging" ed eventuali consulenze specialistiche. Instaura la terapia farmacologica o chirurgica (medicazioni, suture etc.).

 Al fine del percorso diagnostico-terapeutico può decidere di dimettere l'utente oppure di ricoverarla in Osservazione Breve Intensiva.

•Al momento della dimissione (che deve sempre comprendere la diagnosi di stato ansioso reattivo) stila il referto con dettagliata indicazione del riferito ed eventuali "minacce di morte". Acclude la richiesta di consulenza Psicologica da effettuare presso lo sportello psicologico del PS. nei giorni stabiliti.

RISULTATI

Dal 1º Marzo 2009 (apertura del "Percorso Rosa") al 30 Giugno 2014, sono state refertate 499 donne vittime di violenza di genere e 59 minori vittime di violenza di gratta oppure assistita (vedi grafici). Circa il 60% dei casi ha condotto gli autori di violenza a misure giudiziarie (allontanamento, arresto etc.)

CONCLUSIONI

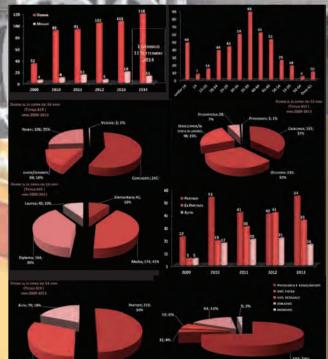
Nonostante sia attivo da pochi anni il "Percorso Rosa" dell'Ospedale San Paolo di Napoli ha elevati numeri di accessi (vedi graffet) indicando, così, che l'istituzione di un percorso con protocolli snelli, condivisi ed utilizzando risorse umane già afferenti alla struttura (costo zero), consente di ottenere risultati tali da aumentare il livello della coddificazione degli intenti istrando ad una consenza carini.

KEY-WORDS

•Percorso Ros

•Minori

*Consulenza Psicolog



BLIOGRAFIA

Basu S. et al.
 "DEVELOPING A MULTIDISCIPLINARY APPROACH WITHIN THE ED TOWARDS DOMESTIC VIOLENCE PRESENTATIONS"
 Emerg Med J (2014) 31, 192-195

· Hoytema van Konijnenburg E. et al

CREENING METHODS TO DETECT CHILD MALTREATMENT: HIGH VARIABILITY IN DUTCH EMERGENCY DEPARTMENTS! DEPARTMENTS! (2014) 31, 196-200

Consiglio d'Europa

"CONVENZIONE DEL CONSIGLIO D'EUROPA SULLA PREVENZIONE E LOTTA CONTRO LA VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE DONNE E LA VIOLENZA DOMESTICA" ISTADUL/2011

marioguarino@inwind.it

ORGANIZZAZIONE E CRESCITA DI UN CENTRO DI PMA DI II LIVELLO: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE FILIPPO DEL PONTE DI VARESE

ladini Anna*, Ghezzi Fabio°, Manfredi Luca*, Scandroglio Sara°, Candeloro Ilario°, Marconi Nicola°, Giombelli Maria Cristina*, Li Bassi Annalisa*, Pavesi Riccardo*, Larghi Andrea*, Avanzi Gianluca^ * Direzione Medica - AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese; ° Clinica Universitaria

di Ostetricia e Ginecologia Ospedale Filippo Del Ponte di Varese; ^ Direttore Sanitario Aziendale - AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese

Parole chiave: procreazione medicalmente assistita, organizzazione ospedaliera, PDTA

Introduzione. La Medicina della Riproduzione ha conosciuto un ventennio di straordinario sviluppo vedendo l'impegno dell'organizzazione ospedaliera nel coordinamento delle diverse figure professionali chiamate ad accompagnare la donna in un percorso di diagnosi e cura mettendole a disposizione spazi e tecnologie sempre all'avanguardia.

Contenuti. Il Centro PMA della Clinica Ostetrico Ginecologica di Varese è accreditato dal 2007 come centro di 1° e 2° livello ed è registrato presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Al fine di organizzare l'iter clinico/diagnostico/terapeutico della coppia infertile sono state definite specifiche procedure secondo le normative vigenti:

- Formazione di personale medico e biologico dedicato specializzato.
- Allestimento di un ambulatorio per l'esecuzione delle visite ginecologiche e monitoraggi ecografici.
- Collaborazione con specialisti e laboratori interni all'azienda per l'esecuzione di visite/esami diagnostici di completamento.
- Ideazione di un percorso dalla prima visita (prenotazione CUP) attraverso successivi appuntamenti interni per l'accesso a tutte le procedure.
- Allestimento di sala operatoria dedicata al prelievo ovocitario ecoguidato e trasferimento embrionario con laboratorio di embriologia e seminologia attiguo.
- Approvvigionamento di materiale necessario all'esecuzione delle procedure.
- Predisposizione di adeguata modulistica (es. consensi informati).
- Organizzazione di ricezione ed invio di materiale biologico tra centri PMA.

Conclusioni. Dal 2008 al 2013 sono state eseguite più di 4000 prime visite e 8210 monitoraggi ecografici con la nascita di 551 bambini.

Assistiamo all'aumento delle procedure di 2º livello per l'incremento delle richieste e delle indicazioni. Con la costruzione del nuovo ospedale (2015) si procederà all'incremento dell'attività di crioconservazione e alla predisposizione dell'organizzazione e delle strutture per la fecondazione eterologa.

Organizzazione di un centro di PMA di II livello: l'esperienza dell'H F. Del Ponte







nadmi Annia , prot. Grezzi Fabor, ootu, Manimetu Lucar, ootu, Saal Scandroiguo salari, ootu, Sandroino Inario, dott, martoni nucuar, ootu, Saa Gombeen Mania Cristinari, dott.ssa Li Bassi Annalisari, dott. Paversi Riccardo', dott. Largih Andrear, dott. Avarzi Gianniuca^ Medica – AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese, "Clinica Universitaria di Ostetticia e Ginecologia Ospedale Filippo Del Ponte di Varese, "Direttore Santiario Ascendale - AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese "Direttore Santiario Ascendale - AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese

Introduzione

La Medicina della Riproduzione ha conosciuto un ventennio di straordinario sviluppo vedendo l'impegno dell'organizzazione ospedaliera nel coordinamento delle diverse figure professionali chiamate ad accompagnare la donna in un percorso di diagnosi e cura mettendole a disposizione spazi e tecnologie sempre all'avanguardia.

Il Centro PMA della Clinica Ostetrico Ginecologica di Varese è accreditato dal 2007 come centro di 1° e 2° livello ed è registrato presso l'Istituto Superiore di Sanità.







Al fine di organizzare l'iter clinico/diagnostico/terapeutico della coppia infertile sono state definite specifiche procedure secondo le normative vigenti:

- Formazione di personale medico e biologico dedicato specializzato.
- · Allestimento di un ambulatorio per l'esecuzione delle visite ginecologiche e monitoraggi ecografici.
- · Collaborazione con specialisti e laboratori interni all'azienda per l'esecuzione di visite/esami diagnostici di
- · Ideazione di un percorso dalla prima visita (prenotazione CUP) attraverso successivi appuntamenti interni per l'accesso a tutte le procedure.
- · Allestimento di sala operatoria dedicata al prelievo ovocitario ecoguidato e trasferimento embrionario con laboratorio di embriologia e seminologia attiguo.
- Approvvigionamento di materiale necessario all'esecuzione delle procedure.
- · Predisposizione di adeguata modulistica (es. consensi informati).
- Organizzazione di ricezione ed invio di materiale biologico tra centri PMA.

Conclusioni

Dal 2008 al 2013 sono state eseguite più di 4000 prime visite e 8210 monitoraggi ecografici con la nascita di 551 bambini. Assistiamo all'aumento delle procedure di 2° livello per l'incremento delle richieste e delle indicazioni. Con la costruzione del nuovo ospedale (2015) si procederà all'incremento dell'attività di crioconservazione e alla predisposizione dell'organizzazione e delle strutture per la fecondazione eterologa.

	Dati IUI Ospedale F. Del Ponte Varese Fondazione Macchi										
ANNO	N° pazienti trattate	In regione	Fuori regione	Inseminazioni totali	Gravidanze totali	Singole	Multiple				
2008	232	222	10	199	24	23	1				
2009	310	285	25	292	46	43	3				
2010	300	290	10	281	28	27	1				
2011	125	123	2	254	27	27	0				
2012	115	111	4	295	31	30	1				
2013	165	155	10	204	24	23	1				

	Dati Procedure di Il Livello Ospedale F. Del Ponte Varese Fondazione Macchi											
ANNO	N° pazienti trattate		Fuori regione	Prelievi ovocitari FIVET/ICSI	Transfer da FIVET/ICSI	Scongelamento ovocitario	Transfer da scongelamento	Gravidanze totali da FIVET/ICSI	Iranster da	Gravidanze totali		
2008	102	95	7	66	55	0	0	17	0	17		
2009	214	196	18	194	149	0	0	56	0	56		
2010	247	238	9	227	197	2	0	56	0	56		
2011	170	162	8	246	199	4	0	60	0	60		
2012	264	246	18	295	226	0	0	55	0	55		
2013	225	215	10	262*	208*	4	1	49	1	49		

*14 PROCEDURE DA SEMINALE CRIOCONSERVATO/TESE (1 CRIO/TESE = 4 CICLI A FRESCO)



GESTIONE DEL RISCHIO DI TRASMISSIONE DI TUBERCOLOSI NEL PO SAN GIOVANNI DI DIO DI FIRENZE

Indiani L.*, Chellini M.*, Sinisgalli E.*, Pellegrino E.*, Brugnoli S.**, Naldini S.**, Bassetti A.**, Calderoni R.**, Picca F.**, Pompetti A.***, Matarazzo F.***, Di Renzo A.***

- * Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze;
- ** Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio, Azienda Sanitaria Firenze;
- *** SOS Medicina Preventiva. Azienda Sanitaria Firenze

Parole chiave: tubercolosi, procedura, gestione del rischio

Introduzione. In Toscana l'incidenza di Tubercolosi (TB) si ritiene sia rimasta negli ultimi anni pressoché stabile (a Firenze 12/100.000 ab.), anche se un'aumentata notifica di malattia potrebbe generare l'errata percezione di un aumento del numero dei casi. In Ospedale sono a rischio di contrarre la TB sia gli operatori sanitari, nei confronti dei quali deve essere effettuata un'adeguata sorveglianza, sia i contatti tra i pazienti che hanno condiviso lo stesso spazio prima dell'insorgenza del sospetto.

Contenuti. È stata effettuata un'analisi sulla gestione dei casi di TB polmonare nel PO San Giovanni di Dio dell'Azienda Sanitaria di Firenze durante l'anno 2013. Il rischio di infezione è stato gestito attraverso le sequenti attività:

- Definizione di una Procedura per il controllo della trasmissione dell'infezione, con una definizione molto dettagliata del caso sospetto/probabile (CDC 2005);
- Sorveglianza sanitaria sui lavoratori;
- Aggiornamento della procedura per l'uso del Test di Mantoux e dei test IGRA (Interferon-Gamma Releasing Assay).

Risultati. Durante il 2012 erano state evidenziate criticità legate al ritardo nella diagnosi, non corretto uso dei DPI, mancanza di spazi adeguati per l'isolamento, alle quali si è cercato di porre rimedio con le azioni intraprese nel 2013.

La procedura per il controllo della trasmissione dell'infezione tubercolare definisce: misure generali di controllo, misure di triage, gestione del caso sospetto, probabile o confermato presso il DEA, gestione del caso sospetto nel reparto di destinazione, accertamenti diagnostici, criteri per la sospensione dell'issolamento respiratorio e gestione dei pazienti con diagnosi probabile o confermata di TB.

Le misure generali previste sono: cartelli informativi sulla prevenzione delle malattie trasmissibili per via aerea, incentivazione del lavaggio delle mani, adozione ed implementazione di una procedura sui codici colore per tipologia di isolamento, disponibilità di maschere FFP2 anche per i visitatori oltre che per il personale, gestione dei rifiuti.

In DEA il caso sospetto (sintomatologia compatibile, contatto recente con TB contagiosa, immunodepressione, immigrazione da Paesi ad alta endemia etc.) o probabile (cavitazioni ad Rx torace e TC, esame
microscopico diretto su campione respiratorio positivo, lesioni polmonari di tipo infiltrativo compatibili con
TB in soggetti ad alto rischio) è posto in stanza singola. I casi sospetti che necessitano di essere ricoverati, quando possibile, sono trasferiti e gestiti in un reparto del PO in cui sono presenti stanze singole,
mentre i casi probabili, come quelli confermati, sono trasferiti, quando possibile, direttamente dal DEA ad
un reparto di malattie infettive dell'Area Vasta Centro. L'isolamento viene sospeso in seguito alla ricerca
di BAAR negativa su tre campioni analizzati su escreato prelevati a distanza di 12hh l'uno dall'altro. La
presenza dei pazienti malati di TB polmonare ha determinato contatti a rischio principalmente nei reparti
di Area Medica e in DEA; il numero di tali contatti, sia dei pazienti che hanno soggiornato nello stesso
ambiente, che degli operatori sanitari dedicati all'assistenza e che non hanno utilizzato i DPI, è comunque
sensibilmente diminuito dall'anno 2012 all'anno 2013 e a quello in corso; pertanto tali interventi hanno
ottenuto senz'altro un buon risultato.





GESTIONE DEL RISCHIO DI TRASMISSIONE DI TUBERCOLOSI NEL PO SAN GIOVANNI DI DIO DI FIRENZE

Indiani L¹ Chellini M¹ Sinisgalli E¹ Pellegrino E¹ Brugnoli S² Naldini S² Bassetti A² Calderoni R² Picca F² Pompetti A³ Matarazzo F³ Di Renzo A³
¹ Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze
² Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio, Azienda Sanitaria Firenze

³ SOS Medicina Preventiva, Azienda Sanitaria Firenze

Introduzione

In Toscana l'incidenza di Tubercolosi (TB) si ritiene sia rimasta negli ultimi anni pressoché stabile (a Firenze 12/100.000 ab.), anche se un'aumentata notifica di malattia potrebbe generare l'errata percezione di un aumento del numero dei casi. In Ospedale sono a rischio di contrarre la TB sia gli operatori sanitari, nei confronti dei quali deve essere effettuata un'adeguata sorveglianza, sia i contatti tra i pazienti che hanno condiviso lo stesso ambiente prima dell'insorgenza del sospetto.

Fig.1 Esecuzione Test di Mantoux



Contenuti

E' stata effettuata un'analisi sulla gestione dei casi di TB polmonare nel PO San Giovanni di Dio dell'Azienda Sanitaria di Firenze durante l'anno 2013. Il rischio di infezione è stato gestito attraverso le seguenti attività:

- ✓ Definizione di una Procedura per il controllo della trasmissione dell'infezione, con una definizione molto dettagliata del caso sospetto/probabile(CDC 2005) :
- ✓ Sorveglianza sanitaria sui lavoratori;
- ✓ Aggiornamento della procedura per l'uso del Test di Mantoux e dei test IGRA (Interferon Gamma Releasing Assay) sui lavoratori;

Risultati

Durante il 2012 erano state evidenziate criticità legate al ritardo nella diagnosi, non corretto uso dei DPI, mancanza di spazi adeguati per l'isolamento, alle quali si è cercato di porre rimedio con le azioni intraorese nel 2013.

La procedura per il controllo della trasmissione dell'infezione tubercolare definisce: misure generali di controllo, misure di triage, gestione del caso sospetto, probabile o confermato presso il DEA, gestione del caso sospetto nel reparto di destinazione, accertamenti diagnostici, criteri per la sospensione dell'isolamento respiratorio e gestione dei pazienti con diagnosi probabile o confermata di TB.

Le misure generali previste sono: cartelli informativi sulla prevenzione delle malattie trasmissibili per via aerea, incentivazione del lavaggio delle mani, adozione ed implementazione di una procedura sui codici colore per tipologia di isolamento, disponibilità di maschere FFP2 anche per i visitatori oltre che per il personale, gestione dei rifiuti.

In DEA il caso sospetto (sintomatologia compatibile, contatto recente con TB contagiosa, immunodepressione, immigrazione da Paesi ad alta endemia etc.) o probabile (cavitazioni ad Rx torace e TC, esame microscopico diretto su campione respiratorio positivo, lesioni polmonari di tipo infiltrativo compatibili con TB in soggetti ad alto rischio) è posto in stanza singola. I casi sospetti che necessitano di essere ricoverati, quando possibile, sono trasferiti, oppure gestiti in un reparto del PO in cui sono presenti stanze singole, mentre i casi probabili, come quelli confermati, sono trasferiti, quando possibile, direttamente dal DEA ad un reparto di malattie infettive dell'Area Vasta Centro. L'isolamento viene sospeso in seguito alla ricerca di BAAR negativa su tre campioni analizzati su escreato prelevato a distanza di 12hh l'uno dall'altro. La presenza dei pazienti malati di TB polmonare ha determinato contatti a rischio principalmente nei reparti di Area Medica e in DEA; il numero di tali contatti, sia dei pazienti che hanno soggiornato nello stesso ambiente, che degli operatori sanitari dedicati all'assistenza e che non hanno utilizzato i DPI, è comunque sensibilmente diminuito dall'anno 2012 all'anno 2013 e a quello in corso; pertanto tali interventi hanno ottenuto senz'altro un buon risultato.

Fig.2 Trend di diffusione TB in Europa dati WHO

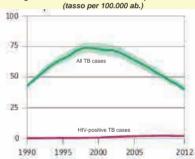


Fig.3 Rx Torace di paziente con TB



40°Congresso Nazionale ANMDO – Napoli, 15-17 Ottobre 2014

LEAN MANAGEMENT STRUMENTO PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEI l'OFFERTA SANITARIA

Lalla M.1, Costa Roberta2, Iervolino Mario3, Calì A.4, Guida E.5

¹ Dirigente Medico UOC Controllo e Qualità, ASL Napoli1 Centro; ² Dirigente Medico PSP CVE, ASL Napoli1 Centro; ³ Direttore UOC Direzione Medica PSP CVE, ASL Napoli1 Centro; ⁴ Dirigente Farmacista P.O. Ascalesi-Capilupi, ASL Napoli1 Centro; ⁵ Direttore UOC Controllo e Qualità, ASL Napoli1 Centro

Parole chiave: sostenibilità, pensiero snello

Introduzione. In questo lavoro gli autori, raccogliendo la sfida lanciata dai temi del Convegno in ordine alla necessità di garantire la sostenibilità del sistema sanitario "facendo meglio con meno risorse", hanno considerato le potenzialità del pensiero snello (lean thinking) che è alla base di una strategia manageriale finalizzata al fare di più usando di meno, attraverso il miglioramento dei processi assistenziali (lean management).

Contenuti. Negli ultimi anni è emersa la tendenza di ricondurre le cause dell'aumento della spesa sanitaria non solo a fenomeni legati all'evoluzione delle caratteristiche demografiche della popolazione, ma anche all'incapacità di tradurre le strategie aziendali in piani e programmi diretti a semplificare i processi, le regole e le procedure.

Tali comportamenti hanno provocato la dispersione di ingenti risorse, traducibili in sprechi di natura macro e micro, incrementando l'inefficienza e i disservizi.

La capacità di identificare ed eliminare gli sprechi insiti nei processi di lavoro per creare valore,in termini di salute e soddisfazione del cliente interno ed esterno rappresenta la dimensione etica, strategica ed operativa del modello di gestione LEAN, ancorchè la tensione del lean management alla ricerca di soluzioni che consentano di coniugare un'efficiente gestione delle singole unità produttive con una efficace ed efficiente gestione dei percorsi di cura dei pazienti, risulta comune anche ad altri approcci finalizzati al miglioramento dei processi sanitari (si pensi alla riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura, al Business Process Reengineering, al Total Quality Management).

In particolare, l'approccio lean, considerato attualmente quello più innovativo, si caratterizza anche per una forte attenzione alla riduzione della variabilità dei processi (indicata con la parola giapponese mura) e alla riduzione dello stress e della frustrazione per il personale coinvolto nel processo (indicata con la parola giapponese muri).

Sicchè, se gli anni 90 hanno visto l'emergere del controllo di gestione e gli anni duemila l'affermarsi delle logiche di governo clinico, questa decade potrebbe essere quella del consolidarsi delle gestioni operative e delle competenze e progettualità lean.

Pertanto l'UOC Controllo Qualità, nell'ambito di un percorso di ricerca ed innovazione, intende implementare l'approccio lean presso alcune realtà assistenziali aziendali, utilizzando,inizialmente, degli eventi a rapido miglioramento (ERM),i cosiddetti eventi Kaizen per ridurre gli sprechi e migliorare la qualità assistenziale, in alcune specifiche aree aziendali, focalizzando il servizio sui bisogni reali dell'utente/paziente.

Conclusioni. L'auspicio è che tali sperimentazioni possano contribuire allo sviluppo di una cultura aziendale che consideri l'approccio lean come logica guida nelle decisioni ed azioni della Direzione Strategica, determinando la creazione del valore nell'operatività dell'azienda ad ogni livello.

Lean management strumento per la razionalizzazione dell'offerta sanitaria

Autori: Lalla. M. Dirigente Medico UOC Controllo e Qualità*, Costa Roberta Dirigente Medico PSP CVE*, Iervolino Mario Direttore UOC Direzione Medica PSP CVE*, Calì Antonio Dirigente Farmacista P.O. Ascalesi – Capilupi * Guida E. Direttore UOC Controllo e Qualità*

*ASL Napoli1 Centro

Parole chiave Sostenibilità ,pensiero snello

Introduzione

In questo lavoro gli autori, raccogliendo la sfida lanciata dai temi del Convegno in ordine alla necessità di garantire la sostenibilità del sistema sanitario "facendo meglio con meno risorse", hanno considerato le potenzialità del pensiero snello (lean thinking) che è alla base di una strategia manageriale finalizzata al fare di più usando di meno, attraverso il miglioramento dei processi assistenziali (lean management).

Contenuti

Negli ultimi anni è emersa la tendenza di ricondurre le cause dell'aumento della spesa sanitaria non solo a fenomeni legati all'evoluzione delle caratteristiche demografiche della popolazione "ma anche all'incapacità di tradurre le strategie aziendali in piani e programmi diretti a semplificare i processi, le regole e le procedure.

Tali comportamenti hanno provocato la dispersione di ingenti risorse, traducibili in sprechi di natura macro e micro, incrementando l' inefficienza e i disservizi.

La capacità di identificare ed eliminare gli sprechi insiti nei processi di lavoro per creare valore ,in termini di salute e soddisfazione del cliente interno ed esterno rappresenta la dimensione etica ,strategica ed operativa del modello di gestione LEAN, ancorchè la tensione del lean management alla ricerca di soluzioni che consentano di coniugare un'efficiente gestione delle singole unità produttive con una efficace ed efficiente gestione dei percorsi di cura dei pazienti, risulta comune anche ad altri approcci finalizzati al miglioramento dei processi sanitari (si pensi alla riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura, al Business Process Reengineering, al Total Quality Management). In particolare , l'approccio lean , considerato attualmente quello più innovativo, si caratterizza anche per una forte attenzione alla riduzione della variabilità dei processi (indicata con la parola giapponese mura) e alla riduzione dello stress e della frustrazione per il personale coinvolto nel processo (indicata con la parola giapponese mura)

Sicchè, se gli anni 90 hanno visto l'emergere del controllo di gestione e gli anni duemila l'affermarsi delle logiche di governo clinico, questa decade potrebbe essere quella del consolidarsi delle gestioni operative e delle competenze e progettualità lean.

Pertanto l'UOC Controllo Qualità, nell'ambito di un percorso di ricerca ed innovazione, intende implementare l'approccio lean presso alcune realtà assistenziali aziendali, utilizzando ,inizialmente, degli eventi a rapido miglioramento (ERM), i cosiddetti eventi Kaizen per ridurre gli sprechi e migliorare la qualità assistenziale, in alcune specifiche aree aziendali, focalizzando il servizio sui bisogni reali dell'utente/paziente.

Conclusioni

L'auspicio è che tali sperimentazioni possano contribuire allo sviluppo di una cultura aziendale che consideri l'approccio lean come logica guida nelle decisioni ed azioni della Direzione Strategica ,determinando la creazione del valore nell'operatività dell'azienda ad ogni livello.

RIFORMA BALDUZZI: OPPORTUNITÀ PER LA RIMODULAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI CATANIA

Quattrocchi R.1. Saglimbeni G.1. Lazzara A.2

¹ Dirigente medico Direzione Sanitaria Aziendale; ² Direttore Sanitario Aziendale Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania

Parole chiave: Balduzzi, Rete Ospedaliera

Il Decreto Balduzzi (D.L., 13 settembre 2012, n.158) ha introdotto criteri per la ridefinizione della rete ospedaliera. I criteri individuati sono di tipo qualitativo e quantitativo: i volumi minimi delle prestazioni effettuate, le soglie di rischio degli outcome di cura, il bacino di utenza della popolazione servita.

Obiettivo dello studio è applicare i criteri previsti nell'allegato 1 al Decreto Balduzzi "Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" alla rete ospedaliera della provincia di Catania per definire un modello che tenendo conto di dati oggettivi rappresentati dai volumi di prestazioni erogate, dagli outcome di cura, dal bacino di utenza servito e dell'indice di attrazione, dal rispetto del tasso di ospedalizzazione previsto, ridisegni una rete che sia realmente in grado di rispondere in maniera appropriata ai bisogni assistenziali dei pazienti e che sia in grado di assicurare la necessaria continuità delle cure dalle fasi di acuzie, alle successive fasi di riabilitazione e reinserimento dell'utente nel territorio. I parametri individuati nell'allegato 1 al decreto sono applicati ai fini della definizione del tasso di ospedalizzazione, per la definizione della complessiva dotazione dei posti letto previsti dalla legge 135/2012 e la rimodulazione della rete ospedaliera che, in relazione alle risultanze dello studio effettuato, passerebbe dalle attuali 312 UU. OO a 136 UU.OO. (valore minimo) o a 266 UU. OO. (valore massimo).

L'ipotesi di rimodulazione della rete ospedaliera della provincia di Catania, tiene conto pertanto del numero minimo e del numero massimo di Unità Operative per disciplina previste per la provincia di Catania e dei punti di forza e di debolezza della rete già esistente.

In ogni caso, pur riconoscendo la validità dei parametri previsti dal decreto, possiamo affermare che la rete ospedaliera della provincia di Catania e del bacino della Sicilia Orientale potrà divenire tale quando si giungerà alla completa integrazione del sistema di emergenza-urgenza, dalla gestione del politrauma alla gestione delle emergenze cardiologiche, e alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici ed organizzativi per le principali patologie cronico-degenerative.

Pertanto lo studio effettuato ha inteso applicare i parametri previsti dal decreto, non come esercizio burocratico, ma per valutare con parametri oggettivi la possibilità di ridisegnare, attraverso un accordo tra le Aziende Ospedaliere, l'ASP e le Aziende private accreditate, una rete assistenziale efficiente, in grado di utilizzare al meglio le sempre più limitate risorse, e che, nel contempo, sia in grado di erogare prestazioni efficaci ed appropriate.

40° Congresso Nazionale ANMDO –Napoli 15-16-17 Ottobre 2014



La Riforma Balduzzi: opportunità per la rimodulazione della rete ospedaliera della provincia di Catania



Quattrocchi R.* Saglimbeni G.* Lazzara A.**

- *Dirigente Medico Direzione Sanitaria AOU Policlinico Vittorio Emanuele Catania
- tore Sanitario Aziendale AOU Policlinico Vittorio Emanuele Catania

Decreto Balduzzi (Decreto Legge 13 settembre 2012, n.158

Introduce criteri per la ridefinizione della rete ospedaliera



Criteri qualitativi e quantitativi: -Volumi minimi prestazioni effettuate

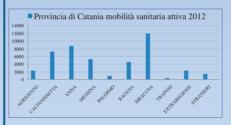
-Soglie di rischio outcome di cura -Bacino di utenza popolazione servita

Materiali e Metodi

- Analisi demografica provincia di Catania
- Analisi della capacità di ricovero delle strutture della provincia di Catania
- Applicazione dei parametri definiti dal Decreto Balduzzi alla popolazione della provincia di Catania
- ► Tasso di ospedalizzazione

Abitanti Provincia Regionale di Catania

Maschi	Femmine	Totale
520.326	557.719	1.078.045





✓Riduzione della mobilità sanitaria passiva √Pieno dispiegamento delle misure previste

dai Piani Attuativi aziendali in particolari

Osnedaliere ASP Aziende Private accreditate al fine di definire, attraverso parametri oggettivi, quali Unità Operative dovrebbero essere riconvertite o dismesse

Weakness

garantire adeguati volumi di intervento	Nazionale Esiti
condo il modello HUB and SPOKE	√Non efficiente rete di comunicazione fra
	diversi ospedali per la gestione dei posti letto
sti letto evitando le duplicazioni	per le attività di emergenza-urgenza
	✓Carenze infrastrutturali della rete di
Jso del Programma Nazionale Esiti per la	
lutazione delle Unità Operative	✓Mancato sviluppo di strutture alternative al
Più adeguata gestione della rete delle	
	✓Insufficienza della rete di lungodegenza e
urologiche.	riabilitazione
	✓Insufficiente sinergia fra strutture pubbliche e
	✓Insufficiente sinergia fra strutture pubbliche e private accreditate
Opportunities	
**	private accreditate
Miglioramento dei processi di integrazione	private accreditate Threats
Miglioramento dei processi di integrazione	private accreditate Threats ✓ Resistenze dell'opinione pubblica alla
Miglioramento dei processi di integrazione i grandi ospedali delle aree metropolitane di ospedali di base Diminuzione del tasso di inappropriatezza	private accreditate Threats *Resistenze dell'opinione pubblica alla rimodulazione della rete ospedaliera territoriale *Azione di lobbing esercitata dal pubblico e dal privato accreditato per impedire la
Miglioramento dei processi di integrazione i grandi ospedali delle aree metropolitane di ospedali di base Diminuzione del tasso di inappropriatezza Requilibrio dei posti letto fra le diverse	private accreditate Threats *Resistenze dell' opinione pubblica alla rimodulazione della rete ospedaliera territoriale *Azione di lobbing esercitata dal pubblico e da rimodulazione della rete impedire la rimodulazione della rete
Miglioramento dei processi di integrazione i grandi ospedali delle aree metropolitane di ospedali di base Diminuzione del tasso di inappropriatezza Requilibrio dei posti letto fra le diverse	private accreditate Threats *Resistenze dell'opinione pubblica alla rimodulazione della rete ospedaliera territoriale *Azione di lobbing esercitata dal pubblico e dal privato accreditato per impedire la

le attività di alta √Le carenze legislative non danno chiare unità operative in grado indicazioni sull'uso degli indicatori del Piano

Objettivo

Applicare i criteri previsti dal Decreto Balduzzi alla rete ospedaliera della provincia di Catania per la definizione del numero di strutture complesse e dotazione dei posti letto L. 135/2012

457 Posti Letto Provincia di Catania



L'ipotesi di rimodulazione della rete ospedaliera tiene conto della consistenza del bacino di utenza della provincia di Catania e del numero massimo e minimo di Unità Operative per disciplina.

Unità Operative presenti nella provincia di Catania N. Unità Operative attuali

N. Unità Operative post applicazione parametri Decreto Balduzzi

N. Unità Operative a conclusione dello studio di applicazione dei parametri del Decreto Balduzzi

Strutture Complesse di alta specializzazione	Strutture Pubbliche		Strutture Complesse dopo applicazione del decreto
Neurochirurgia	4	2	1+1
Ch.Vascolare	5	1	2/3
Cardiochirurgia	1	1	1
Ch.Toracica	3	-	2
Ch. Generale	21	11	6 → 11
Medicina Gen.	20	3	7→ 14
Ostetricia e Ginecologia	12	7	4→7
Ortopedia	10	8	6→11
Unità Coronarica	5	2	4→7

Azioni da intraprendere

- · Identificare il fabbisogno di prestazioni assistenziali per acuti, di riabilitazione e lungodegenza
- "Garantire che la rete dell'emergenza-urgenza copra l'intero territorio
- •Identificare le inappropriatezze ■Valutare il tasso di occupazione e i volumi di attività e gli esiti per Unità Operativa
- ■Valutare la capacità di attrazione delle strutture della provincia di Catania
- "Tener conto degli investimenti nelle discipline oggetto di mobilità sanitaria passiva
- valutare la presenza di una Azienda Ospedaliera Universitaria che come mission istituzionale deve garantire anche attività di didattica e ricerca

Costi

Dall'applicazione di tale ipotesi di rimodulazione della rete ospedaliera con riconversione di alcune attività per acuti vs riabilitazione e lungodegenza, non sono previsti costi, ma potrebbero derivare eventuali economie

SISTEMA DI GESTIONE E CONTROLLO DEI GAS MEDICINALI PRESSO L'I.R.C.C.S MONDINO DI PAVIA

Maria Lombardi, RE - Gian Carlo Scarpini, R.T.S. e P.A.

Introduzione. Si ricorda, infatti, che i gas medicinali sono classificati come prodotti medicinali rientranti nell'ambito delle norme farmaceutiche e sono, pertanto, soggetti alle stesse procedure di approvvigionamento e di qualità degli altri prodotti medicinali. La struttura sanitaria è responsabile del controllo di qualità di tutti i prodotti medicinali, inclusi i gas medicinali, compresa la fabbricazione di qualsiasi gas medicinale in loco (ad esempio l'aria medicinale da compressori d'aria).

Contenuti. Al fine di garantire una gestione in sicurezza del dispositivo medico, è indispensabile che la struttura sanitaria identifichi le figure coinvolte, le attività da esercitare e le relative responsabilità. La struttura sanitaria ha identificato tali figure nel Documento di Gestione Operativa, definendo con chiarezza i ruoli e le responsabilità di tutto il personale che può essere coinvolto nell'uso, nell'installazione, modifica e manutenzione dell'IDGM.

L'appendice G della norma UNI EN ISO 7396-1 contiene una guida all'identificazione delle suddette figure. Se ne riporta qui di seguito l'elenco, specificandone le principali attività e responsabilità (si rimanda comunque alla norma ISO 7396-1 per una più completa identificazione):

- Responsabile Esecutivo (RE);
- Responsabile Tecnico della Strutture (RTS);
- Persona Autorizzata (PA):
- Persona Competente (PC);
- Controllore della Qualità (CQ);
- Medico Designato (RMD);
- Infermiere Designato (RID);
- Persona Designata (PD).

Si precisa che le funzioni identificate sono indicative e che il personale chiave citato è sempre coinvolto nell'uso dell'IDGM. Parte del personale cui si fa riferimento, infatti, potrebbe:

- avere altre responsabilità non collegate all'IDGM;
- assumere più di un ruolo:
- non fare parte dei dipendenti della struttura sanitaria, ma essere costituito da personale di enti terzi che collaborano a fronte di specifici contratti.

Conclusioni. Questo sistema, permette di mantenere costantemente sotto controllo la gestionale del dispositivo medico (IDGM) e della registrazione delle manutenzioni ordinarie e straordinarie; contemplando altresì la registrazione della formazione dei soggetti individuati che permette di verificare anche le scelte strategiche del personale assegnato in funzione dell'attività svolta nelle diverse Unità Operative.

Titolo: Sistema di Gestione e controllo dei Gas Medicinali presso l'I.R.C.C.S Mondino di Pavia

Autori: Dott.ssa Maria Lombardi - RE.

Dott. Arch. Gian Carlo Scarpini – R.T.S. e P.A.

Introduzione

Si ricorda, infatti, che i gas medicinali sono classificati come prodotti medicinali rientranti nell'ambito delle norme farmaceutiche e sono, pertanto, soggetti alle stesse procedure di approvvigionamento e di qualità degli altri prodotti medicinali. La struttura sanitaria è responsabile del controllo di qualità di tutti i prodotti medicinali, inclusi i gas medicinali, compresa la fabbricazione di qualsiasi gas medicinale in loco (ad esempio l'aria medicinale da compressori d'aria).

Contenuti

Al fine di garantire una gestione in sicurezza del dispositivo medico, è indispensabile che la struttura sanitaria identifichi le figure coinvolte, le attività da esercitare e le relative responsabilità.

La struttura sanitaria ha identificato tali figure nel Documento di Gestione Operativa, definendo con chiarezza i ruoli e le responsabilità di tutto il personale che può essere coinvolto nell'uso, nell'installazione, modifica e manutenzione dell'IDGM.

L'appendice G della norma UNI EN ISO 7396-1 contiene una guida all'identificazione delle suddette figure. Se ne riporta qui di seguito l'elenco, specificandone le principali attività e responsabilità (si rimanda comunque alla norma ISO 7396-1 per una più completa identificazione):

Responsabile Esecutivo (RE);

Responsabile Tecnico della Strutture (RTS);

Persona Autorizzata (PA):

Persona Competente (PC);

Controllore della Qualità (CO);

Medico Designato (RMD);

Infermiere Designato (RID);

Persona Designata (PD).

Si precisa che le funzioni identificate sono indicative e che il personale chiave citato è sempre coinvolto nell'uso dell'IDGM. Parte del personale cui si fa riferimento, infatti, potrebbe:

avere altre responsabilità non collegate all'IDGM;

assumere più di un ruolo;

non fare parte dei dipendenti della struttura sanitaria, ma essere costituito da personale di enti terzi che collaborano a fronte di specifici contratti.

IL TUO DIRITTO È UN MIO DOVERE...

Antonella Maisto¹, Walter Longanella², Della Vecchia Antonio³, Anna Campanella⁴, Domenico Della Porta⁵

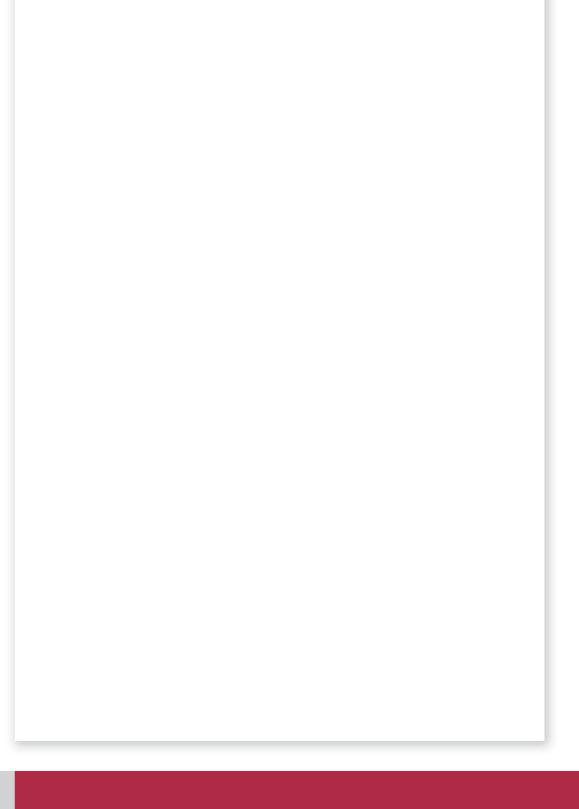
¹ Responsabile Struttura Complessa Formazione Aziendale; ² Medico Specialista Ambulatoriale Direzione Medica di Presidio "Ruggi"; ³ Medico Specialista Igiene e Medicina Preventiva Direzione Santaria; ⁴ CPSE Posizione Organizzativa SAIOT – A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona" – Salerno; ⁵ Direttore Sanitario Aziendale

Parole chiave: malattie rare, accoglienza, comunicazione

Introduzione. Una malattia rara è tale quando ha una prevalenza nella popolazione generale inferiore ad una data soglia che per L'Unione Europea è pari allo 0,05%. La bassa prevalenza nella popolazione non significa che le persone con malattia rara siano poche. Si parla infatti di un fenomeno che colpisce milioni di persone in Italia. Parlare di malattie rare nella loro totalità e non come singole patologie serve a mettere in luce e riconoscere una serie di comuni problematiche assistenziali e a progettare interventi di sanità pubblica mirati e non frammentati che coinvolgano gruppi di popolazione che hanno in comune bisogni simili, pur salvaguardandone peculiarità e differenze.

Contenuti. L'Azienda Ospedaliera universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi di Dio e Ruggi d'Aragona è centro accreditato per la Regione Campania per ... gruppi di patologie afferenti a 5 dipartimenti per un numero totale di 107 patologie specifiche. Nell'anno in corso l'Azienda ha ritenuto di implementare attraverso nuove richieste di accreditamento il numero e la tipologia di malattie rare. Ad oggi l'Azienda ha ricevuto nuovi accreditamenti per 50 patologie afferenti a 4 nuovi dipartimenti (oculistica, oncoematologia, gastroenterologia, età evolutiva). Per una corretta e globale presa in carico di pazienti affetti da malattie rare, l'azienda ha inteso elaborare un programma già sperimentato in altri campi basato su 5 fasi che sono: Accreditamento, Accoglienza, Ascolto, Assistenza e Accompagnamento. È un percorso di integrazione tra Università, Azienda e Territorio che ha come centralità il paziente il quale troverà nel suo percorso di cura una maggiore chiarezza di percorsi da affrontare determinata da una globale accettazione. È stata elaborata una carta dei servizi integrata e condivisa con il territorio e un questionario sulla qualità percepita da parte degli utenti di 12 items specifici.

Conclusioni. Affrontare un percorso di vita da malato affetto da malattia rare è sicuramente difficile e coraggioso. È necessario che la strada da affrontare sia quanto più lineare e priva di inutili rallentamenti e/o sovrapposizioni. L'integrazione inter ed intraistituzionale e con associazioni di malati è per questa Azienda uno degli strumenti più efficaci.



ANALISI DELLA DISTRIBUZIONE DEI CENTRI AD ALTO VOLUME DI ATTIVITÀ DI CHIRURGIA ONCOLOGICA NELLE REGIONI ITALIANE

E. Manca¹, I. Mura², A. Azara², V. Cotza², M.A. Pes³

¹ Direzione Medica P.O. Alghero, Asl di Sassari; ² Dipartimento Scienze Biomediche, Sez. Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Sassari; ³ Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

Parole chiave: chirurgia oncologica, federalismo, equità

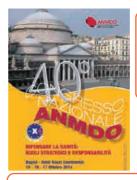
Introduzione. In risposta all'esigenza dei malati di cancro di identificare le strutture specializzate nella diagnosi e cura dei tumori e loro relative prestazioni, il Ministero della Salute ha reso accessibile l'Oncoguida (oncoguida.it), nata da un progetto dell'AlOM e dell'ISS in collaborazione con la SICO e la Direzione del SIS del Ministero. L'analisi della distribuzione geografica dell'offerta di prestazioni chirurgiche per i principali tumori (colon retto, mammella, polmone, utero, prostata, vescica e v.u.) e degli ospedali identificati come "centri ad alto volume di attività di chirurgia oncologica", contrassegnati con un "pallino verde" a garanzia di affidabilità e adeguato standard assistenziale (in funzione di un elevato numero di casi trattati, definito dal superamento di uno specifico cut-off) può essere utile a valutare l'equità nell'accesso ai Lea.

Contenuti. Utilizzando le informazioni per singola Regione e per singola struttura di ricovero presenti in Oncoguida è stato strutturato un database contenente i volumi di attività chirurgica per singolo tumore. I dati relativi ai casi trattati, al numero di strutture complessive e al numero dei centri contrassegnati con un pallino "verde" per ogni regione, sinonimo di affidabilità, sono stati rapportati alla popolazione residente. Sono stati quindi identificati gli ospedali che presentano il "pallino verde" di affidabilità per tutti i tumori precedentemente citati. Per il tumore della mammella, a fronte di una media nazionale del 21, 20% di "centri ad alta attività" rispetto al totale degli ospedali con casistica nel tumore considerato (191 su 901), è stata riscontrata una forte variabilità geografica, con alcune regioni ampiamente sotto la media (Calabria 5,71%, Campania 7,92%, Sicilia 10,75%); sopra la media Toscana, Emilia Romagna, Veneto (31,91%, 33,90%, 40%) e le altre regioni del nord eccetto P.A. di Trento (12,50%). Una variabilità sovrapponibile è stata riscontrata per i tumori del colon retto (media nazionale di centri "affidabili" sul totale 19,25%) con valori minimi in Calabria, Abruzzo, Campania e Sicilia (4,17%, 6,67%, 6,80%, 7,21%) e valori massimi in Toscana, Umbria, Liguria, Friuli (30,77, 28,57, 36,36, 38,89).

Per i tumori del polmone si rileva il 13,49% di centri "affidabili"con valori minimi per Calabria e Sardegna (5 e 7,69%) e massimi in Liquria e Puglia (33,33 e 23,33%).

Anche in rapporto alla popolazione residente la disponibilità di "centri ad alto volume di attività" (media nazionale mammella 1/317.000 abitanti, colon retto 1/312.000 abitanti, polmone 1/664.000 abitanti, prostata 1/452.000 abitanti, utero 1/452.000 abitanti, vescica e v. u. 1/152.000) varia considerevolmente: la disponibilità minima si registra per la mammella in Calabria (1/1000.000), in Campania (1/729.000), seguite da Sicilia, Sardegna e P.A. di Trento (meno di 1/500.000), Abruzzo, Puglia, Lazio (1/336.000), mentre tutte le altre regioni sono sopra la media (1/269.000 abitanti in Liguria 1/226.000 in Umbria, 1/221.000 in Emilia Romagna, 1/197.000 in Veneto. Calabria e Sicilia registrano la disponibilità minima per i tumori dell'utero e della prostata, seguiti da Sardegna e Campania.

Conclusioni. I risultati hanno messo in evidenza una distribuzione geografica dei centri ad alto volume di attività chirurgica oncologica molto disomogenea, con un marcato "gradiente" Nord-Sud: su 27 centri a livello nazionale che offrono contemporaneamente prestazioni per i sei tumori esaminati, 5 sono dislocati in Emilia Romagna, 4 in Lombardia, 3 in Veneto, 2 in Toscana, 2 in Umbria, 1 in Piemonte, 1 in Liguria, 1 nel Friuli Venezia Giulia, 1 nella Provincia di Bolzano. Solo 7 centri sono presenti nel centro-sud-isole (3 a Roma, 1 in Campania, 2 in Puglia, 1 in Sardegna). Lo studio conferma la diversa capacità delle Regioni di garantire ai propri cittadini l'accesso a prestazioni qualificate di chirurgia oncologica e la necessità di rivedere la ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni, al fine di garantire pari opportunità nella tutela della salute sancita dall'art. 32 della Costituzione.



ANALISI DELLA DISTRIBUZIONE DEI CENTRI AD ALTO VOLUME DI ATTIVITÀ DI CHIRURGIA ONCOLOGICA NELLE REGIONI ITALIANE

E. Manca¹; I. Mura ²; A. Azara²; V. Cotza ²; M.A. Pes ³

Direzione Medica di Presidio, P. O. Alghero, Asl di Sassari
 Dip. di Scienze Biomediche, Sez. di Igiene - Università di Sassari
 Direzione Medica di Presidio, AOU di Sassari

Introduzione

Il Ministero della Salute ha recentemente reso accessibile il sito istituzionale "Oncoguida" (oncoguida.it), nato nel 2009 da un progetto dell'Associazione italiana Malati di Cancro e dell'ISS, implementato nel 2011 in collaborazione con altre istituzioni. Oncoguida risponde alle esigenze informativo-sanitarie dei malati di cancro e dei loro familiari, tra cui quella di identificare rapidamente le strutture ospedaliere italiane specializzate nella diagnosi e cura dei tumori e le relative prestazioni offerte.

Nell'ambito delle oftre 1.200 strutture sanitarie censite da Oncoguida, lo studio si prefigge l'analisi della distribuzione geografica di offerta di salute di prestazioni chirurgiche per le principali tipologie di tumori (colon retto, mammella, polmone, prostata, utero, vescica e vie urinarie), con particolare riferimento agli ospedali che la guida ha identificato come "centri ad alto volume di attività di chirurgia oncologica" assegnando un "pallino verde" indice di affidabilità e adeguato standard assistenziale in funzione di un elevato numero di casi trattati definito dal superamento di uno specifico cut-off.: l'analisi può essere utile a valutare l'equità nell'accesso ai Livelli essenziali di assistenza ul territorio nazionale

Metodi

Utilizzando le informazioni per singola Regione e per singola struttura di ricovero, messe a disposizione da Oncoguida, è stato strutturato un database

contenente i volumi di attività chirurgica per singolo tumore, successivamente analizzato su Excel con tabelle pivot. I

analizzato su Excel con tabelle pivot. I dati relativi ai casi trattati, al numero di strutture

complessive e al

numero dei centri contrassegnati con un pallino "verde' per ogni singola regione, sinonimo d affidabilità. sono stati rapportati alla popolazione residente. Sono stati. quindi, identificati ospedali presentano contestualmente "pallino verde" affidabilità per tutti i tumori precedentemente

citati

Risultati

Per il tumore della mammella, a fronte di una media nazionale del 21,20% dei "centri ad alta attività" rispetto al totale degli ospedali con casistica nel tumore considerato (191 su 901), è stata riscontrata una forte variabilità geografica, con alcune regioni ampiamente sotto la media (Calabria 5,71%, Campania 7,92%, Sicilia 10,75%); sopra la media: Toscana, Emilia Romagna, Veneto (31,91%, 33,90%, 40%) e le altre regioni del nord eccetto P.A. di Trento (12,50%).

Una variabilità sovrapponibile è stata riscontrata per i tumori del colon retto (media nazionale di centri "affidabili" sul totale 19,25%) (con valori minimi per Calabria 4,17%, Abruzzo 6,67%, Campania 6,80%, Sicilia 7,21%, e massimi per Toscana 30,77%, Liguria 36,36%, Friuli V.G. 38,89%).

Per i tumori del polmone, si rileva il 13,49% di centri "affidabili" con valori minimi in Calabria e Sardegna (5 e 7,69%) e massimi in Liguria e Puglia (33,33% e 23,33%).

Relativamente ai tumori della prostata, rispetto ad una media nazionale del 18% di centri "affidabili", si osservano valori minimi in P.A. Bolzano, Basilicata e Calabria (0,0%, 0,0% e 4,76%) rispetto a Liguria e Veneto (50,% e 30,23%).

Più ampia, invece la percentuale di strutture "affidabili" riscontrata per gli interventi sulla vescica e vie urinarie, dove quasi la metà (48,08%) delle strutture disponibili sul territorio nazionale risulta "qualificata" (min: 21,43% Calabria, max: 70,45% Veneto).

Anche in rapporto alla popolazione residente (tabella) si osserva, nelle diverse regioni, un'ampia variabilità di disponibilità di "centri ad alto volume di attività" (media nazionale per la mammella: 1/317.000 abitanti, colon retto: 1/312.000 abitanti, polmone: 1/644.000 abitanti, porstata: 1/522.000 abitanti, utero: 1/452.000 abitanti, vescica e vie urinarie: 1/169.000 abitanti); in particolare, la disponibilità minima si registra per gli interventi alla mammella in Calabria (1/10.000.000), in Campania (1/729.000), seguite da Sicilia, Sardegna e P.A. di Trento (meno di 1/500.000), Abruzzo, Puglia, Lazio (1/336.000), mentre tutte le altre regioni sono sopra la media (1/269.000 abitanti in Liguria 1/226.000 in Umbria, 1/221.000 in Emilia Romagna, 1/197.000 in Veneto. Calabria e Sicilia registrano la disponibilità minima per i tumori dell'utero e della prostata, seguiti da Sardegna e Campania.

Distribuzione geografica nelle varie Regioni dei 27 centri "qualificati" ad elevata attività chirurgica per tutti i seguenti Tumori: colon-retto, mammella, prostata, polmone, utero,





Disponibilità media di strutture ad elevato volume di chirurgia oncologica

Tumori	Numero di ospedali qualificati	Rapporto ospedali qualificati / popolazione residente
Colon retto	194	1/312.507 ab.
Mammella	191	1/317.416 ab.
Polmone	94	1/644.962 ab.
Prostata	116	1/522.642 ab.
Utero (corpo e collo)	134	1/452.436 ab.
Vescica e vie urinarie	357	1/169.822 ab.

Conclusioni

I risultati dello studio hanno messo in evidenza una distribuzione geografica dei centri ad alto volume di attività chirurgica oncologica assai disomogenea se si considerano gli ospedali che offrono contemporaneamente prestazioni per i sei tumori esaminati (figura). Infatti, su 27 centri a livello nazionale (molti dei quali sono Aziende Ospedaliero-Universitarie), si evidenzia un marcato "gradiente" Nord-Sud (5 sono dislocati in Emilia Romagna, 4 in Lombardia, 3 in Veneto, 2 in Toscana, 2 in Umbria, 1 in Piemonte, 1 in Liguria, 1 nel Friuli Venezia Giulia, 1 nella Provincia di Bolzano); solo 7 centri sono presenti nel centro-sud-isole (3 a Roma, 1 in Campania, 2 in Puglia, 1 in Sardegna). Lo studio conferma la diversa capacità delle Regioni di garantire ai propri cittadini l'accesso a prestazioni qualificate di chirurgia oncologica ricomprese nei LEA e la necessità di riprogrammare la ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni, al fine di garantire pari opportunità nella tutela della salute sancita dall'Art. 32 della Costituzione.

LA COMMISSIONE VALUTAZIONE SINISTRI DELL'A.O.U. ANCONA: STRUMENTO ESSENZIALE DEL RISK MANAGEMENT

Martini C.¹, Soccetti A.², Bevilacqua M.², Papa R.¹, Valsecchi M.³, Ulissi A.³, Simonetti E.², Sebastiani M.¹, Incicchitti L.¹, Polenta L.¹, Luzi F.¹, Mazzarini G.⁴, Serafini G.¹ AOU Ospedali Riuniti Ancona: ¹ Direzione Medica Ospedaliera; ² U.O. Risk Management;

³ Commissione Valutazione Sinistri; ⁴ Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva

Parole chiave: contenzioso, rischio clinico, prevenzione

Introduzione. Questo studio mira ad analizzare l'attività della Commissione Valutazione Sinistri quale strumento essenziale per la prevenzione dell'errore e per la deterrenza della c.d. medicina difensiva, tramite la disamina delle criticità assistenziali emerse dalla valutazione delle istanze risarcitorie pervenute all'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona".

Contenuti. Nel periodo 2006-2013, presso l'A.O.U. Ancona, sono pervenute 940 istanze di risarcimento per danno alla persona. Come risulta nella Tabella 1, i casi di contenzioso rivelano una sostanziale stabilità negli anni, trend in linea con quanto riportato in una recente pubblicazione dell'Ania (*L'assicurazione italiana 2012-2013*).

In questo studio abbiamo estrapolato, nell'ambito delle 664 istanze di risarcimento esaminate dalla CVS nel periodo 2006-2013, quelle riferibili a due categorie di rischio sanitario e assicurativo che sono state oggetto di interventi preventivi di tipo procedurale-organizzativo: 1) carenze nel percorso informativo-documentale del paziente (più del 10% delle istanze esaminate); 2) carenze strutturali e/o tecnologiche (circa il 4%).

Tra quelli afferenti alla prima categoria, ben 39 sono i casi relativi a percorsi assistenziali avvenuti in assenza di corrette modalità di acquisizione del consenso informato (assenza di appositi moduli, moduli firmati da familiari per maggiorenni capaci o privi degli elementi formali necessari o assenza del consenso ai trattamenti off-label). Altrettanto rilevante è il numero di casi (26) inerenti l'inadeguata registrazione di informazioni clinico-assistenziali nella documentazione sanitaria (erronea compilazione della cartella clinica, mancanza di referti diagnostici e scarne certificazioni dei percorsi post- dimissione).

Nell'ambito della seconda categoria, degne di nota sono le istanze riferibili ad eventi traumatici legati a criticità strutturali e/o tecnologiche. Di sicuro interesse, infine, è il numero dei sinistri la cui valutazione è esitata nella liquidazione del danno: 260, pari a circa il 40% delle istanze esaminate (Tabella 2).

Conclusioni. I dati analizzati rivelano che la CVS è uno strumento efficace per la gestione dell'errore quale occasione di miglioramento per l'intera organizzazione, consentendo di ampliare la conoscenza dei rischi e la consapevolezza degli eventi avversi prevenibili. La mappatura del rischio ha determinato diretti interventi preventivi di tipo organizzativo-strutturali e ha condotto alla strutturazione di nuove procedure con potenziali effetti sulla prevenzione degli errori. La conoscenza del profilo anche economico dei contenziosi promossi nei confronti dell'Azienda, ha consentito di definire il costo dei risarcimenti per responsabilità professionale e ha suggerito nuove valutazioni sulla possibile implementazione dei c.d. regimi di "autoassicurazione".





Martini C*, Soccetti A#, Bevilacqua M#, Papa R*, Valsecchi M**, Ulissi A**, Simonetti E#, Sebastiani M*, Incicchitti L*, Polenta L*, Luzi F*, Mazzarini G*** Serafini G*

AOU Ospedali Riuniti Ancona: *Direzione Medica Ospedaliera; #U.O. Risk Management; **Commissione Valutazione Sinistri; *** Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva

Valutazione Sinistri dell'A.O.U.Ancona: strumento essenziale del Risk Management

Introduzione: questo studio mira ad analizzare l'attività della Commissione Valutazione Sinistri quale strumento essenziale per la prevenzione dell'errore e per la deterrenza della c.d. medicina difensiva, tramite la disamina delle criticità assistenziali emerse dalla valutazione delle istanze di risarcimento pervenute all'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona".

Contenuto: nel periodo 2006-2013, presso l'A.O.U. di Ancona, sono pervenute 940 istanze di risarcimento per danno alla persona. Come risulta nella tabella 1, i casi di contenzioso rivelano una sostanziale stabilità negli anni, trend in linea con quanto riportato in una recente pubblicazione dell'Ania (L'assicurazione italiana 2012-2013).

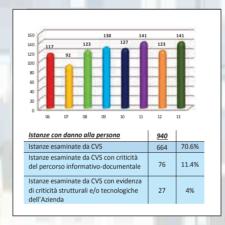


Tabella 1. Andamento della sinistrosità aziendale nel periodo 2006-2013 e delle criticità emerse dalla disamina delle istanze esaminate.



Tabella 2. Principali carenze riscontrate dalla CVS e profili economici dei sinistri.

2006-2007 no franchigio; 2008-2010 1'sem. franchigio €20.000; 2010 2'sem. 2012 1'sem. franchigio €100.000; 2012 2'sem. 2013 franchigia €20.000.

In questo studio abbiamo estrapolato, nell'ambito delle 664 istanze di risarcimento esaminate dalla CVS nel periodo 2006-2013, quelle riferibili a due categorie di rischio sanitario e assicurativo che sono state oggetto di interventi preventivi di tipo procedurale-organizzativo: 1) carenze nel percorso informativo-documentale del paziente (76 casi, pari a più del 10% delle istanze esaminate); 2) carenze organizzativo-strutturali (27 casi, pari a circa il 4% delle istanze esaminate).

Tra quelli afferenti alla prima categoria, ben 39 sono i casi relativi a percorsi assistenziali avvenuti in assenza di corrette modalità di acquisizione del consenso informato (assenza di appositi moduli, moduli firmati da familiari per maggiorenni capaci o privi degli elementi formali necessari o assenza del consenso ai trattamenti off-label). Altrettanto rilevante è anche il numero di casi (26) inerenti l'inadeguata registrazione di informazioni clinico-assistenziali nella documentazione sanitaria (erronea compilazione della cartella clinica, mancanza di referti diagnostico-operatori e scarne certificazioni dei percorsi post-dimissione). Nell'ambito della seconda categoria, degne di nota sono le istanze riferibili ad eventi traumatici legati a criticità strutturali e/o tecnologiche dell'Azienda. Di sicuro interesse, infine, è il numero dei sinistri la cui valutazione è esitata nella liquidazione del danno: 260, pari a circa il 40% delle istanze esaminate (Tabella 2).

Conclusioni: i dati analizzati rivelano che la CVS è uno strumento efficace per la gestione dell'errore quale occasione di miglioramento per l'intera organizzazione, consentendo di ampliare la conoscenza dei rischi e la consapevolezza degli eventi avversi prevenibili.

La mappatura del rischio ha determinato diretti interventi preventivi di tipo organizzativo-strutturali e ha condotto alla strutturazione di nuove procedure, con potenziali effetti sulla prevenzione degli errori. La conoscenza del profilo anche economico dei contenziosi promossi nei confronti dell'Azienda, ha consentito di definire il costo dei risarcimenti per responsabilità professionale e ha suggerito nuove valutazioni sulla possibile implementazione dei c.d. regimi di "autoassicurazione".

L'APPLICAZIONE DELLE LINEE DEL TEMPO (TIME LINE) IN UN RCA DI UN CASO CLINICO: L'ESPERIENZA DELL'AOU POLICLINICO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA

A.R. Mattaliano¹, G.Saglimbeni², M.P. Gozzi³, S. Galeano⁴, A. Lazzara⁵

- ¹ Direttore medico di Presidio PO V.Emanuele-Ferrarotto; ² Referente aziendale rischio clinico;
- ³ Componente Gruppo Operativo CIO Ferrarotto; ⁴ Segretario CIO; ⁵ Direttore Sanitario Azienda AOU "Policlinico Vittorio Emanuele" di Catania

Parole chiave: rischio clinico, time line, sicurezza pazienti

Introduzione. Tra le numerose referenze sulla gestione del rischio clinico in ambito ospedaliero, le raccomandazioni ministeriali e in particolare il documento "Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico Root Cause Analysis – RCA - Analisi delle cause profonde" (ed. 2009) rappresentano un valido indirizzo ed un efficace supporto per migliorare i programmi di gestione del rischio clinico e potenziare e consolidare le capacità di analisi e reazione ad un evento avverso. Come noto, per individuare le cause e i fattori contribuenti al verificarsi di un evento, le organizzazioni sanitarie ricorrono alla cd Root Cause Analysis (RCA), riconosciuta come uno degli strumenti di analisi reattiva più efficaci e adattabili anche al contesto sanitario nonché lo strumento elettivo per l'analisi degli eventi sentinella.

Contenuti. Attraverso l'uso del modello di RCA (proposto dal Canadian *Patient Safety Institute*) e cioè le "Linee del tempo", è stato possibile realizzare la descrizione cronologica delle circostanze nel tempo circa un caso clinico di un paziente ricoverato in un'UO di alta specialità. In particolare, mediante una scheda, contenente alcuni dati essenziali (nome e cognome del paziente; data accettazione e dimissione del ricovero; data e ora dell'evento assistenziale di rilievo; descrizione dell'evento, dell'UO e dell'operatore sanitario coinvolto nell'atto assistenziale; note), sono stati evidenziati i momenti di maggiore rilevanza clinica, soprattutto quelli critici dal punto di vista di azioni, interventi e decisioni cliniche intrapresi.

Conclusioni. L'applicazione del metodo Time Line, oltre ad evidenziare i punti critici legati all'assistenza erogata al paziente, ha consentito di evidenziare le aree di cambiamento per la costruzione di un percorso finalizzato al consolidamento delle politiche sanitarie aziendali, incentrate sulla qualità delle cure e sulla sicurezza per i pazienti. È stato appurato come tale metodo sia di reale e agevole applicabilità in ogni tipo di ricerca delle cause-radice, comprese le indagini epidemiologiche da avviare in caso di gestione del rischio infettivo o di un cluster epidemico. Lo stesso metodo offre il vantaggio di discernere, in maniera immediata, la natura delle cause di un evento avverso. Nel caso specifico, attraverso il Time Line che è stato eseguito peraltro come soluzione pro-attiva in assenza quindi di un contenzioso, si è avuto modo di orientare la valutazione delle possibili cause verso un inappropriato sistema di trattamento della ferita chirurgica, escludendo una causa di natura infettiva.



Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele" Catania



L'applicazione delle Linee del tempo (Time Line) in un RCA di un caso clinico: l'esperienza dell'AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania

Anna Rita Mattaliano*, Maria Patrizia Gozzi^, Salvo Galeano**, Giuseppe Saglimbeni¯, Antonio Lazzara°

Medico di Presidio PP.OO. Vittorio Emanuele-Ferrarotto - Santhino, "Componente Grappo Operativo I.O. Ferrarotto. "Segretario CIO," Referente aziendale Rischio clinico, "Direttore Santiario Aziend AOU Policilinico Vittorio Emanuele di Catania



Documento Ministeriale

Valido indirizzo
per migliorare
i programmi
di gestione
del rischio clinico,
potenziare
e consolidare
le capacità
di analisi
e reazione ad
un evento avverso

TIME LINE: OBIETTIVI

- VERIFICARE, in assenza di contenzioso, l'impatto e gli esiti applicativi di un modello di RCA su un'indagine epidemiologica, eseguita per un paziente sottoposto ad intervento chirurgico
- <u>DISCERNERE</u> la natura (se infettiva o meno) dell'insorgenza dell'*evento avverso*
- RICOSTRUIRE la cronologia delle circostanze nel tempo, evidenziando quelle a maggiore rilevanza clinica (comprese antibiotico-profilassi e antibiotico-terapia)
- EVIDENZIARE le aree di cambiamento per consolidare le politiche sanitarie aziendali, incentrate su



LE LINEE DEL TEMPO



\$ & .	c	Channa	UNITA' OP		Heda TIME LINE
data di mascita. Sunndo Sun	Ora	Evento	Dove	Chi (Medico si intenciero)	Note
		Ricevera			

TIME LINE: GOAL

ORIENTARE

la valutazione
delle possibili cause
verso un inappropriato
sistema di trattamento
della ferita chirurgica,
escludendo una causa
di natura infettiva



IMPATTO DELLE NUOVE TECNOLOGIE NELLA GESTIONE DELLA GALENICA ONCOLOGICA

Maria Rita Mazzoccanti¹, Nicoletta Damiani¹, Giorgia Scaloni¹, Bianca Maria Gentilozzi¹, Alessandra Costantini¹, Eleonora Borghini¹, Valerio Marotta², Adriano Giglioni²

¹ Carica e Struttura di appartenenza: DMO delle Strutture Ospedaliere di Macerata, Tolentino e Treia;

Parole chiave: tecnologia, galenica, qualità

Introduzione. La preparazione dei farmaci oncologici è una criticità importante per il Servizio di Farmacia Ospedaliera: attualmente le preparazioni galeniche sono diffuse soprattutto in ambito oncologico, nutrizionale e pediatrico, e spesso si pone il problema della personalizzazione e sicurezza delle terapie. la Farmacopea Ufficiale pone particolare risalto alla qualità dei preparati "come supporto imprescindibile all'efficacia e alla sicurezza del medicinale", tanto da assimilare "alle preparazioni magistrali anche tutte le miscelazioni, diluizioni, ripartizioni, eseguite per il singolo paziente su indicazione medica". Le tecnologie innovative in sanità rappresentano uno strumento indispensabile per favorire la prevenzione degli errori in terapia, la promozione della sicurezza dei pazienti e per garantire la qualità delle prestazioni effettuate. Nell'ambito delle politiche gestionali ospedaliere si impongono oggi le esigenze congiunte relative all'offerta delle cure migliori in termini di efficienza e sicurezza per il paziente e di contenimento dei costi mediante l'ottimizzazione delle risorse e la riduzione degli errori in terapia.

Contenuti. L'ausilio della tecnologia informatizzata è oggi un requisito fondamentale nei laboratori di galenica clinica. L'utilizzo di software per la gestione delle prescrizioni e per la preparazione di dosi personalizzate di farmaci garantisce la tracciabilità e la sicurezza del processo di preparazione. La standardizzazione dei processi permette infatti di evitare errori di trascrizione, di calcolo dei dosaggi, di interazioni, di stabilità, di protocollo. Inoltre l'utilizzo di controlli informatizzati consente da un lato di ridurre i tempi di produzione e registrazione dei dati e dall'altro di poter individuare il personale che ha effettuato la preparazione. Presso la Struttura ospedaliera di Macerata è attiva dal 2014 una Unità Farmaci Antiblastici (UFA) dotata del sistema robotizzato di allestimento dei medicinali APOTECAchemo e del software Log80 per gestire in maniera integrata l'intero percorso del farmaco, dalla prescrizione all'allestimento e somministrazione. Precedentemente all'introduzione dell'UFA il processo di prescrizione dei farmaci avveniva in forma cartacea da parte del medico, in assenza di un vero processo di validazione dei protocolli, di controllo dell'appropriatezza prescrittiva e di verifica di un corretto allestimento della terapia; con queste modalità l'indice di rischio relativo (IPR) della gestione della terapia oncologica era pari a 50, mentre dall'introduzione dell'UFA si è ottenuto un notevole incremento di sicurezza proprio grazie alla prescrizione informatizzata (validata da un medico e da un farmacista), al controllo dell'appropriatezza prescrittiva e all'allestimento robotizzato della formulazione farmacologica.

Conclusioni. Con l'introduzione del software informatico integrato tra reparto e farmacia si è evidenziata una riduzione del 50% del rischio nella fase prescrittiva (IPR da 20 a 10), del 42% circa nella fase di allestimento del farmaco (IPR da 17 a 7), del 54% circa nella fase di somministrazione (IPR da 6,5 a 3,5). L'analisi dell'abbattimento dell'IPR conferma che la gestione della terapia oncologica da parte di un'UFA, che si avvale dell'integrazione di tecnologie informatiche e dell'allestimento robotizzato dei farmaci, diminuisce significativamente la possibilità di errore e migliora la qualità di cura dei pazienti in termini di efficacia, sicurezza e qualità.



IMPATTO DELLE NUOVE TECNOLOGIE NELLA GESTIONE DELLA GALENICA ONCOLOGICA

Maria Rita Mazzoccanti, Nicoletta Damiani, Giorgia Scaloni, Bianca Maria Gentilozzi,

Alessandra Costantini, Eleonora Borghini, Valerio Marotta, Adriano Giglioni

Parole chiave: tecnologia, galenica, qualità

Introduzione

La preparazione dei farmaci oncologici è una criticità importante per il Servizio di Farmacia Ospedaliera: attualmente le preparazioni galeniche sono diffuse soprattutto in ambito oncologico, nutrizionale e pediatrico, e spesso si pone il problema della personalizzazione e sicurezza delle terapie. Le tecnologie innovative in sanità rappresentano uno strumento indispensabile per favorire la prevenzione degli errori in terapia, la promozione della sicurezza dei pazienti e per garantire la qualità delle prestazioni effettuate. Nell'ambito delle politiche gestionali ospedaliere si impongono oggi le esigenze congiunte relative all'offerta delle cure migliori in termini di efficienza e sicurezza per il paziente e di contenimento dei costi mediante l'ottimizzazione delle risorse e la riduzione degli errori in terapia.



Contenuti

Presso la Struttura ospedaliera di Macerata è attiva dal 2014 una Unità Farmaci Antiblastici (UFA) dotata del sistema robotizzato di allestimento dei medicinali APOTECAchemo e del software Log80 per gestire in maniera integrata l'intero percorso del farmaco, dalla prescrizione all'allestimento e somministrazione. Precedentemente all'introduzione dell'UFA l'indice di rischio relativo (IPR) della gestione della terapia oncologica era pari a 50, mentre dall'introduzione dell'UFA si è ottenuto un notevole incremento di sicurezza grazie alla prescrizione informatizzata, al controllo dell'appropriatezza prescrittiva e all'allestimento robotizzato della formulazione farmacologica.



Conclusioni

Con l'introduzione del software informatico integrato tra reparto e farmacia si è evidenziata una riduzione del 50% del rischio nella fase prescrittiva (IPR da 20 a 10), del 42% circa nella fase di allestimento del farmaco (IPR da 17 a 7), del 54% circa nella fase di somministrazione (IPR da 6,5 a 3,5). L'analisi dell'abbattimento dell' IPR conferma che la gestione della terapia oncologica da parte di un'UFA, che si avvale dell'integrazione di tecnologie informatiche e dell'allestimento robotizzato dei farmaci, diminuisce significativamente la possibilità di errore e migliora la qualità di cura dei pazienti in termini di efficacia, sicurezza e qualità.

² Farmacia Ospedaliera AV3

RILEVAZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (ISC) AL FOLLOW-UP

Mercuri O.¹, Signorini E.¹, Gimigliano A.², Grappiolo A.², Tartaglia A.², Zangirolami F.³, Errico M.², Reitano F.⁴, Monza G.²

¹ Servizio di Igiene ed Epidemiologia - A. O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, Milano; ² Direzione Medica di Presidio - A. O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, Milano; ³ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva –

Università degli Studi di Milano; ⁴ Direzione Sanitaria Aziendale - A. O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, Milano

Parole chiave: infezioni del sito chirurgio, sorveglianza, follow-up

Introduzione. Dal 2005 è stato avviato presso l'A.O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, a cui afferiscono i Presidi Fatebenefratelli (POFBF) e Macedonio Melloni (POMM), l'attività di segnalazione in continuo delle Infezioni Correlate all'Assistenza mediante l'utilizzo della scheda aziendale di rilevazione. Ad integrazione di questa, in conseguenza delle poche segnalazioni in continuo e della sempre maggiore brevità dei ricoveri, nel 2011 il Comitato Infezioni Ospedaliere ha ritenuto opportuno implementare la sorveglianza di tali infezioni anche al periodo relativo al follow-up attraverso la compilazione di una modulistica dedicata alla rilevazione delle ISC al momento dei controlli ambulatoriali.

Contenuti. Lo studio è iniziato il 1° gennaio ed è terminato il 31 dicembre del 2012. La scheda prevede la rilevazione di: dati anagrafici, S.C. di appartenenza, diagnosi, tipo di intervento (elezione/urgenza=sporco/pulito), date controlli, ricerca del microrganismo e caratteristiche della ferita. Quest'ultimo item è suddiviso in 6 gradi di gravità: 0 ferita senza segni di flogosi; I modesti segni di eritema o bruciore; Il eritema con altri segni di flogosi; Ill secrezioni sierose o ematiche; IV secrezioni purulente; V infezioni gravi o profonde con o senza deiscenze, ematomi che richiedono il drenaggio. Per la valutazione dei risultati si è considerata la ferita infetta a partire dal II grado di gravità. La scheda veniva compilata dal personale infermieristico coadiuvato dal personale medico.

Sono state raccolte 1942 schede di cui 1380 (71,06%) nel POFBF e 562 (28,94%) nel POMM; l'analisi ha evidenziato un tasso di incidenza di ISC del 6% (117), di queste 99 sono state rilevate nel POFBF e 18 nel POMM. Il 74,36% si è sviluppata in seguito ad interventi effettuati in elezione, mentre il restante 25,64% in seguito ad interventi in urgenza; il 39,32% (46) è correlata ad interventi di chirurgia pulita, 35,90% (42) sporca, 21,37% (25) pulita/contaminata e 3,42% (4) contaminata. La distribuzione per grado di gravità è la seguente: 30 (25,64%) Il grado, 76 (64,96%) Ill grado, 10 (8,55%) IV grado, 1 (0,85%) V. La percentuale più elevata si è avuta in seguito ad interventi di chirurgia generale 55,56% (65), seguiti da interventi di neurochirurgia 17,09% (20), chirurgia vascolare 10,26% (12), ostetricia 15,38% (18) e ortopedia 1,71% (2). Le principali tipologie di intervento chirurgico implicate sono: asportazione di lesioni cutanee 19,66% (23), tagli cesarei 15,38% (18), ernie discali 15,38% (18), ernie addominali/inguinali e laparoceli 8,55% (10), stripping della safena 6,84% (8). Il tempo medio di degenza è stato di 4,6 giorni; 1 giorno nel 5,98% (7) dei casi, tra 2 e 7 giorni nel 42.73% (50), > di 7 nel 20,51% (24) ed il restante 30,76% (36) erano interventi di Day Surgery

Conclusioni. La scheda di rilevazione si è dimostrata uno strumento utile e di facile applicabilità per l'identificazione delle ISC che sfuggono al monitoraggio continuo; si è evidenziato, inoltre, una buona compliance da parte del personale sanitario che ne ha riconosciuto la validità.

La scheda ha consentito la rilevazione di informazioni utili a definire il fenomeno delle ISC permettendo l'adozione di misure correttive quali: formazione obbligatoria del personale per l'adozione delle procedure relative a lavaggio mani, educazione sanitaria dei pazienti per la gestione domiciliare della medicazione e utilizzo di set chirurgici di medicazione monouso. Attualmente è in corso un'analisi dei primi dati raccolti relativi alle misure correttive adottate per valutarne l'utilità.

L'utilizzo della scheda rappresenta, inoltre, un valido approccio alla tematica di gestione del rischio clinico in quanto fornisce oggettiva documentazione dell'evoluzione del caso nelle fasi post-ricovero intercettando e trattando eventuali eventi avversi prima che possano evolvere in incidenti e tutelando sia gli utenti che l'organizzazione; permette, infatti, di evidenziare quelle ISC che insorgono successivamente alla dimissione, ma che restano comunque attribuibili al ricovero.



La rilevazione delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC) al follow-up



Mercuri O*, Signorini E*, Gimigliano A**, Grappiolo A**, Tartaglia A**, Zangirolami F***, Errico M**, Reitano F****, Monza G**.

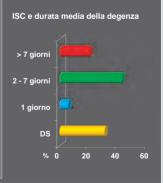
*Servizio di Igiene ed Epidemiologia - A. O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, Milano
**Direzione Medica di Presidio - A. O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, Milano
***Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Milano
****Direzione Sanitaria Aziendale - A. O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, Milano

INTRODUZIONE: Dal 2005 è stato avviato presso l'A.O. Fatebenefratelli ed Oftalmico, a cui afferiscono i Presidi Fatebenefratelli (POFBF) e Macedonio Melloni (POMM), l'attività di segnalazione in continuo delle Infezioni Correlate all'Assistenza mediante l'utilizzo della scheda aziendale di rilevazione. Ad integrazione di questa, in conseguenza delle poche segnalazioni e della sempre maggiore brevità dei ricoveri, nel 2011 il C.I.O. ha ritenuto opportuno implementare la sorveglianza di tali infezioni anche al periodo relativo al follow-up attraverso la compilazione di una modulistica dedicata alla rilevazione delle ISC al momento dei controlli ambulatoriali.



CONTENUTI: Lo studio è iniziato il 1º gennaio ed è terminato il 31 dicembre del 2012. La scheda prevede la rilevazione di: dati anagrafici, S.C. di appartenenza, diagnosi, tipo di intervento (elezione/urgenza-sporco/pulito), date controlli, ricerca del microrganismo e caratteristiche della ferita. Quest'ultimo item è suddiviso in 6 gradi di gravità: 0 ferita senza segni di flogosi; I modesti segni di eritema o bruciore; Il eritema con altri segni di flogosi; Ill secrezioni sierose o ematiche; IV secrezioni purulente; V infezioni gravi o profonde con o senza deiscenze, ematomi che richiedono il drenaggio. Per la valutazione dei risultati si è considerata la ferita infetta a partire dal II grado di gravità. La scheda veniva compilata dal personale infermieristico coadiuvato dal personale medico. Sono state raccolte 1942 schede di cui 1380 (71,06%) nel POFBF e 562 (28,94%) nel POMM; l'analisi ha evidenziato un tasso di incidenza di ISC del 6% (117), di queste 99 sono state rilevate nel POFBF e 18 nel POMM. Il 74,36% si è sviluppata in seguito ad interventi effettuati in elezione, mentre il restante 25,64% in seguito ad interventi in urgenza; il 39,32% (46) è correlata ad interventi di chirurgia pulita, 35,90% (42) sporca, 21,37% (25) pulita/contaminata e 3,42% (4) contaminata. La distribuzione per grado di gravità è la seguente: 30 (25,64%) II grado, 76 (64,96%) III grado, 10 (8,55%) IV grado, 1 (0,85%) V. La percentuale più elevata si è avuta in seguito ad interventi di chirurgia generale 55,56% (65), seguiti da interventi di neurochirurgia 17.09% (20), chirurgia vascolare 10,26% (12), ostetricia 15,38% (18) e ortopedia 1,71% (2). Le principali tipologie di intervento chirurgico implicate sono: asportazione di lesioni cutanee 19,66% (23), tagli cesarei 15,38% (18), ernie discali 15,38% (18), ernie addominali/inguinali e laparoceli 8,55% (10), stripping della safena 6,84% (8). Il tempo medio di degenza è stato di 4,6 giorni; 1 giorno nel 5,98% dei casi (7), tra 2 e 7 giorni nel 42.73% (50), > a 7 giorni nel 20,51% (24), mentre il restante 30,76% (36) erano interventi di Day Surgery.

CONCLUSIONI: La scheda di rilevazione si è dimostrata uno strumento utile e di facile applicabilità per l'identificazione delle ISC che sfuggono al monitoraggio continuo; si è evidenziato, inoltre, una buona compliance da parte del personale sanitario che ne ha riconosciuto la validità. La scheda ha consentito la rilevazione di informazioni utili a definire il fenomeno delle ISC permettendo l'adozione di misure correttive: formazione obbligatoria del personale per l'adozione delle procedure relative a lavaggio mani, educazione sanitaria dei pazienti per la gestione domiciliare della medicazione e utilizzo di set chirurgici di medicazione monouso. L'utilizzo della scheda rappresenta, inoltre, un valido approccio alla tematica di gestione del rischio clinico in quanto fornisce oggettiva documentazione dell'evoluzione del caso nelle fasi post-ricovero intercettando e trattando eventuali eventi avversi prima che possano evolvere in incidenti e tutelando sia gli utenti che l'organizzazione; permette, infatti, di evidenziare quelle ISC che insorgono successivamente alla dimissione, ma che restano comunque attribuibili al ricovero.



I PERCORSI ASSISTENZIALI OSPEDALE-TERRITORIO PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DIABETE MELLITO

Giovanni Messori Ioli¹. Marco Bo¹. Luciano Zardo². Maurizio Dore³. Antonio Ceriello⁴. Carlo Bruno GIORDA⁵, Concetta SURACI⁶, Rosario Cunsolo⁷, Rosario Lanzetta⁷ e gruppo interdisciplinare AMD-ANMCO, ANMDO, SIAARTI, SIC, SIMEU

¹ SS Controllo di Gestione, ASL TO5; ² Direttore Sanitario ASL TO5; ³ Direttore Generale ASL TO5; ⁴ Presidente Nazionale Associazione Medici Diabetologi (AMD); ⁵ S.C. Diabetologia e Malattie metaboliche, ASL TO5; 6 UOC Dietologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche, Ospedale Sandro Pertini, ASL Roma B; ⁷ Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO)

Introduzione. Il 25% dei pazienti ricoverati ed il 10% dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico sono affetti da diabete mellito e presentano un rischio aumentato di insorgenza di complicanze e di infezioni correlate all'assistenza e degenze medie più elevate.

Per garantire una presa in carico appropriata di questi pazienti sono necessari protocolli assistenziali

I pazienti in attesa di intervento chirurgico richiedono un percorso pre-operatorio che consenta di eseguire l'intervento in una fase di controllo metabolico adequato e la predisposizione di schemi di trattamento dell'iperglicemia nel post-operatorio. In caso di interventi urgenti, inoltre, è necessario disporre di protocolli di terapia insulinica endovenosa.

Per i pazienti con accesso urgente al Pronto Soccorso per ipo/iperglicemia è necessario predisporre percorsi per la presa in carico da parte del diabetologo e protocolli condivisi per la gestione delle urgenze metaboliche.

Infine, qualsiasi sia la destinazione di degenza, il paziente diabetico deve essere educato all'uso dell'insulina ed all'autocontrollo della glicemia.

Per raggiungere tali obiettivi, l'Associazione Medici Diabetologi in collaborazione con le principali società scientifiche di riferimento per cardiologi, anestesisti, chirurghi, urgentisti e direttori sanitari ha elaborato raccomandazioni condivise per i tre ambiti specifici giudicati prioritari nell'assistenza del paziente diabetico ricoverato: dell'emergenza-urgenza, chirurgico e cardiologico.

Il progetto mirava ad adequare la gestione del paziente diabetico ai principi di Clinical Governance, quali l'organizzazione dei servizi tramite percorsi, il confronto interdisciplinare, l'accountability, la misurazione delle performance, con ricadute positive anche sulla sicurezza delle cure.

Contenuti. Tramite le singole società scientifiche, è stato inviato un questionario per valutare i bisogni dei singoli specialisti e sono stati organizzati workshop finalizzati ad 1) individuare le attività assistenziali e cliniche necessarie alla corretta gestione del paziente, all'integrazione fra le diverse figure professionali coinvolte ed alla continuità assistenziale e a 2) definire l'elenco delle attività e le matrici di responsabilità necessarie all'elaborazione di specifici profili di cura.

I partecipanti hanno elaborato 3 profili di cura, dedicati a: 1) pazienti diabetici ricoverati per intervento chirurgico; 2) pazienti con iperglicemia acuta in DEA e 3) pazienti con iperglicemia ricoverati in cardiologia. Per ognuno sono stati definiti scopo del processo, matrici delle responsabilità, descritte le attività previste e definiti punti di controllo ed indicatori di verifica ed è stata ottenuta l'approvazione da parte delle società scientifiche interessate.

Conclusioni. I profili di cura elaborati consentono di migliorare la presa in carico dei pazienti diabetici durante il ricovero e di ottenere un migliore coordinamento delle risorse tra ospedale e territorio.

Nei prossimi mesi si procederà alla verifica dell'effettiva implementazione dei protocolli a livello aziendale. A tal fine, potranno risultare utili l'assegnazione di obiettivi aziendali specifici ai Direttori di S.C., la definizione di specifici indicatori di processo ed il monitoraggio dei dati forniti dal Programma Nazionale Esiti sugli outcome delle cure erogate. L'esecuzione di audit clinici potrà consentire di rilevare le principali criticità incontrate a livello locale nell'applicazione dei PDTA.



I PERCORSI ASSISTENZIALI OSPEDALE-TERRITORIO PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DIABETE MELLITO

Giovanni MESSORI IOLI¹, Marco BO¹, Luciano ZARDO², Maurizio DORE³, Antonio CERIELLO⁴. Carlo Bruno GIORDA⁵, Concetta SURACI⁶, Rosario CUNSOLO⁷, Rosario LANZETTA⁷ e gruppo interdisciplinare AMD-ANMCO, ANMDO, SIAARTI, SIC, SIMEU.



¹SS Controllo di Gestione, ASL TO5; ²Direttore Sanitario ASL TO5; ³Direttore Generale ASL TO5; ⁴Presidente Nazionale Associazione Medici Diabetologi (AMD): ⁵S.C. Diabetologia e Malattie metaboliche, ASL TO5; 6UOC Dietologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche, Ospedale Sandro Pertini, ASL Roma B; ⁷Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO).

INTRODUZIONE

Il 25% dei pazienti ricoverati ed il 10% dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico sono affetti da diabete mellito e presentano un rischio aumentato di insorgenza di complicanze e di infezioni correlate all'assistenza e degenze medie più

Per garantire una presa in carico appropriata di questi pazienti sono necessari protocolli assistenziali specifici.

I pazienti in attesa di intervento chirurgico richiedono un percorso pre-operatorio che consenta di eseguire l'intervento in una fase di controllo metabolico adeguato e la predisposizione di schemi di trattamento dell'iperglicemia nel post-operatorio. In caso di interventi urgenti, inoltre, è necessario disporre di protocolli di terapia insulinica endovenosa.

Per i pazienti con accesso urgente al Pronto Soccorso per ipo/iperglicemia è necessario predisporre percorsi per la presa in carico da parte del diabetologo e protocolli condivisi per la gestione delle urgenze metaboliche.

Infine, qualsiasi sia la destinazione di degenza, il paziente diabetico deve essere educato all'uso dell'insulina ed all' autocontrollo della glicemia.

Per raggiungere tali obiettivi, l'Associazione Medici Diabetologi in collaborazione con le principali società scientifiche di riferimento per cardiologi, anestesisti, chirurghi, urgentisti e direttori sanitari ha elaborato raccomandazioni condivise per i tre ambiti specifici giudicati prioritari nell'assistenza del paziente diabetico ricoverato: dell'emergenza-urgenza, chirurgico e cardiologico.

Il progetto mirava ad adeguare la gestione del paziente diabetico ai principi di Clinical Governance, quali l'organizzazione dei servizi tramite percorsi, il confronto interdisciplinare, l'accountability, la misurazione delle performance, con ricadute positive anche sulla sicurezza delle cure.

CONTENUTI

Tramite le singole società scientifiche, è stato inviato un questionario per valutare i bisogni dei singoli specialisti e sono stati organizzati workshop finalizzati ad 1) individuare le attività assistenziali e cliniche necessarie alla corretta gestione del paziente, all'integrazione fra le diverse figure professionali coinvolte ed alla continuità assistenziale e a 2) definire l'elenco delle attività e le matrici di responsabilità necessarie all' elaborazione di specifici profili di cura.

I partecipanti hanno elaborato 3 profili di cura, dedicati a: 1) pazienti diabetici ricoverati per intervento chirurgico; 2) pazienti con iperglicemia acuta in DEA e 3) pazienti con iperglicemia ricoverati in cardiologia.

Per ognuno sono stati definiti scopo del processo, matrici delle responsabilità, descritte le attività previste e definiti punti di controllo ed indicatori di verifica ed è stata ottenuta l'approvazione da parte delle società scientifiche interessate.





I profili di cura elaborati consentono di migliorare la presa in carico dei pazienti diabetici durante il ricovero e di ottenere un migliore coordinamento delle risorse

Nei prossimi mesi si procederà alla verifica dell'effettiva implementazione dei protocolli a livello aziendale. A tal fine, potranno risultare utili l'assegnazione di obiettivi aziendali specifici ai Direttori di S.C., la definizione di specifici indicatori di processo ed il monitoraggio dei dati forniti dal Programma Nazionale Esiti sugli outcome delle cure erogate. L'esecuzione di audit clinici potrà consentire di rilevare le principali criticità incontrate a livello locale nell'applicazione dei PDTA.





55













LA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO: RUOLO STRATEGICO PER IL GOVERNO DEI SETTING ASSISTENZIALI IN OSPEDALE

A. Midolo¹, C. Barbarossa¹, M. Cilia¹, G. Patriarca¹, T. Civello², G. Drago³

¹ Infermieri – Direzione Medica – Servizio Infermieristico Vittoria; ² Responsabile Controllo di Gestione ASP 7 Ragusa; ³ Direttore Medico PP.OO. Vittoria - Comiso; ⁴ Infermiera - Direzione Medica - Ufficio Codifica Vittoria

Parole chiave: appropriatezza, setting assistenziali, sostenibilità

Introduzione. Negli ultimi decenni nei principali Paesi OCSE si è registrato un tendenziale incremento della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL. Da questo tendenza si è sviluppata una crescente attenzione e sensibilità delle istituzioni sull'importanza dello studio dell'appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate dai SSR. La Regione Sicilia con diversi adempimenti legislativi ha posto le basi al progressivo contenimento dei ricoveri inappropriati sia sotto il profilo clinico, sia organizzativo. Nell'anno 2009 è stato attivato un nuovo setting assistenziale denominato Day Service (DSA), attraverso il quale è possibile erogare pacchetti di prestazioni ambulatoriali, garantendo una presa in carico dell'utente e introitando l'eventuale quota di compartecipazione. L'objettivo ha dunque la finalità di ridurre il ricorso a prestazioni in DH, laddove non appropriate, a favore di un incremento delle prestazioni erogate in DSA.

Obiettivo dello studio. valutare l'impatto delle azioni di monitoraggio e controllo della Direzione Medica di Presidio, sui principali indicatori di appropriatezza organizzativa

Materiali e metodi. La Direzione Medica dei PP.OO. di Vittoria e Comiso ha attivato un processo organico di monitoraggio ed elaborazione trimestrale dei flussi informativi sull'andamento dei seguenti indicatori di appropriatezza; n° di ricoveri ordinari, n° di DH e n° di Day Service, relativamente al l° semestre 2012. 2013 e 2014. È stato calcolato, inoltre, lo scostamento degli indicatori (ORD, DH e DSA) rispetto ai valori di riferimento regionale. Alla trasmissione di ogni report sono stati calendarizzati degli audit con metodologia FMEA con i Direttori di U.O. dei PP.OO. di riferimento, allo scopo di analizzare, valutare ed individuare le azioni di miglioramento per risolvere le eventuali criticità.

Risultati. I risultati indicano una moderata riduzione dei ricoveri ordinari (diff. 2014-2012) nei due presidi ospedalieri (Vittoria -1,91% /Comiso -2,29%); una forte riduzione dei DH (Vittoria -47,44%/ Comiso -81,06%); un sensibile aumento dei DSA (Vittoria 59,73%/ Comiso 55,99%). Per quanto riguarda il rapporto dei singoli setting assistenziali sul totale dei ricoveri, si è registrato nell'ospedale di Vittoria nel primo semestre 2014 il 15,91% di ricoveri in DH (target 2015 <25%) e del 18,24% ricoveri in DSA (target 2015 > 18,51%). Analoga tendenza si è manifestata all'ospedale di Comiso, ad indirizzo low care, dove il rapporto tra DH sul totale dei ricoveri si è attestato al 16,91% e DSA sul totale dei ricoveri al 40,78%.

Conclusioni. Il costante monitoraggio dei flussi informativi dei vari setting e la condivisione con gli attori coinvolti nei processi assistenziali determinano un miglioramento della qualità delle prestazioni nell'ottica della sostenibilità, appropriatezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni sanitarie erogate.





La Direzione Medica di Presidio: ruolo strategico per il governo dei setting assistenziali in ospedale

Autori: A.Midolo°, C.Barbarossa°, M. Cilia°, G.Patriarca°, T. Civello**, G.Drago*,

*Direttore Medico PP.OO. Vittoria - Comiso °Infermieri - Direzione Medica - Servizio Infermieristico Vittoria - °°Infermiera - Direzione Medica - Ufficio Codifica Vittoria **Responsabile Controllo di Gestione ASP 7 Ragusa

Key word: appropriatezza, setting assistenziali, sostenibilità

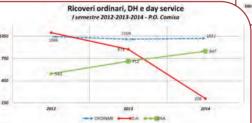
BACKGROUND: Negli ultimi decenni nei principali Paesi OCSE si è registrato un tendenziale incremento della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL. Da questo tendenza si è sviluppata una crescente attenzione e sensibilità delle istituzioni sull'importanza dello studio dell'appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate dai SSR. La Regione Sicilia con diversi adempimenti legislativi ha posto le basi al progressivo contenimento dei ricoveri inappropriati sia sotto il profilo clinico, sia organizzativo. Nell'anno 2009 è stato attivato un nuovo setting assistenziale denominato Day Service (DSA), attraverso il quale è possibile erogare pacchetti di prestazioni ambulatoriali, garantendo una presa in carico dell'utente e introitando l'eventuale quota di compartecipazione. L'obiettivo ha dunque la finalità di ridurre il ricorso a prestazioni in DH, laddove non appropriate, a favore di un incremento delle prestazioni erogate in DSA.

OBIETTIVO DELLO STUDIO: valutare l'impatto delle azioni di monitoraggio e controllo della Direzione Medica di Presidio, sui principali indicatori di appropriatezza organizzativa

MATERIALI E METODI: La Direzione Medica dei PP.OO. di Vittoria e Comiso ha attivato un processo organico di monitoraggio ed elaborazione trimestrale dei flussi informativi sull'andamento dei seguenti indicatori di appropriatezza: n° di ricoveri ordinari, n° di DH e n° di Day Service, relativamente al I° semestre 2012, 2013 e 2014. È stato calcolato, inoltre, lo scostamento degli indicatori (ORD, DH e DSA) rispetto ai valori di riferimento regionale. Alla trasmissione di ogni report sono stati calendarizzati degli audit con metodologia FMEA con i Direttori di U.O. dei PP.OO. di riferimento, allo scopo di analizzare valutare ed individuare le azioni di miglioramento per risolvere le eventuali criticità

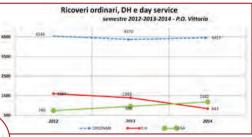






CONCLUSIONI: la necessità di misurare le perfomance del sistema sanitario e di comprenderne gli effetti sull' attività sanitaria costituisce oggi il tema al centro dell'attenzione dei principali

organismi di governance delle aziende sanitarie. Il costante monitoraggio dei flussi informativi dei vari setting e la condivisione con gli attori coinvolti. nei processi assistenziali determinano un miglioramento della qualità delle prestazioni nell'ottica della sostenibilità, appropriatezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni sanitarie erogate



RISULTATI: i risultati indicano una moderata riduzione dei ricoveri ordinari (diff. 2014-2012) nei due presidi ospedalieri (Vittoria -1,91% /Comiso -2,29%); una forte riduzione dei DH (Vittoria - 47,44%/Comiso -81,06%); un sensibile aumento dei DSA (Vittoria 59,73%/Comiso 55,99%). Per quanto riguarda il rapporto dei singoli setting assistenziali sul totale dei ricoveri, si è registrato nell'ospedale di Vittoria nel primo semestre 2014 il 15,91% di ricoveri in DH (target 2015 <25%) e del 18.24% ricoveri in DSA (target 2015 > 18.51%). Analoga tendenza si è manifestata all'ospedale di Comiso ad indirizzo low care, dove il rapporto tra DH sul totale dei ricoveri si è attestato al 16,91% e DSA sul totale dei ricoveri del 40.78%.



IL MODELLO DI RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA TRASFUSIONALE TOSCANO: OFFICINA TRASFUSIONALE

Valentina Molese¹, Eleonora Bartolini²

¹ Direttore Centro Regionale Sangue Toscana; ² Centro Regionale Sangue Toscana

Parole chiave: riorganizzazione, sangue, officina

Introduzione. La medicina trasfusionale si occupa di garantire a tutto il sistema sanitario nazionale adeguate quantità di sangue ed emoderivati, essenziali per la normale attività di assistenza sanitaria. In questo contesto negli anni si è assistito ad aumentato fabbisogno di sangue ed emocomponenti dovuto all'invecchiamento della popolazione. Il modello organizzativo italiano vede la presenza dei Servizi Trasfusionali all'interno degli ospedali, ciò rappresenta una fondamentale garanzia per i pazienti e un presidio per l'utilizzo clinico appropriato della risorsa sangue e costituisce un elemento portante della sicurezza dei pazienti e dell'autosufficienza regionale e nazionale.

L'elemento caratterizzante di tutti i modelli organizzativi europei più innovativi è la concentrazione delle attività di produzione, trattamento e validazione degli emocomponenti in pochi centri, in modo da poter operare secondo le regole e gli standard qualitativi dell'industria farmaceutica.

Al fine di garantire livelli di qualità standardizzati, le linee guida elaborate dal Centro Nazionale Sangue prevedono l'individuazione di indici di massa critica: 7000 unità per le attività di qualificazione biologica e 4000 unità per la lavorazione del sangue intero e per il trattamento degli emocomponenti.

Contenuti. Il Sistema Trasfusionale Toscano (STT) è caratterizzato da una capillare distribuzione territoriale dell'attività di raccolta, (40 punti per il versante pubblico e 58 unità di raccolta associative), ma anche da parcellizzazione della lavorazione emocomponenti, che ostacola la sostenibilità economica del sistema, la qualità e la sicurezza.

Pertanto è in corso un percorso di ottimizzazione delle risorse, cominciato concentrando in tre Centri di Area Vasta la qualificazione biologica (CQB), nel 2000 lo screening NAT, nel 2008 lo screening sierologico. Ai CQB verranno affiancate le Officine Trasfusionali dove concentrare le attività:

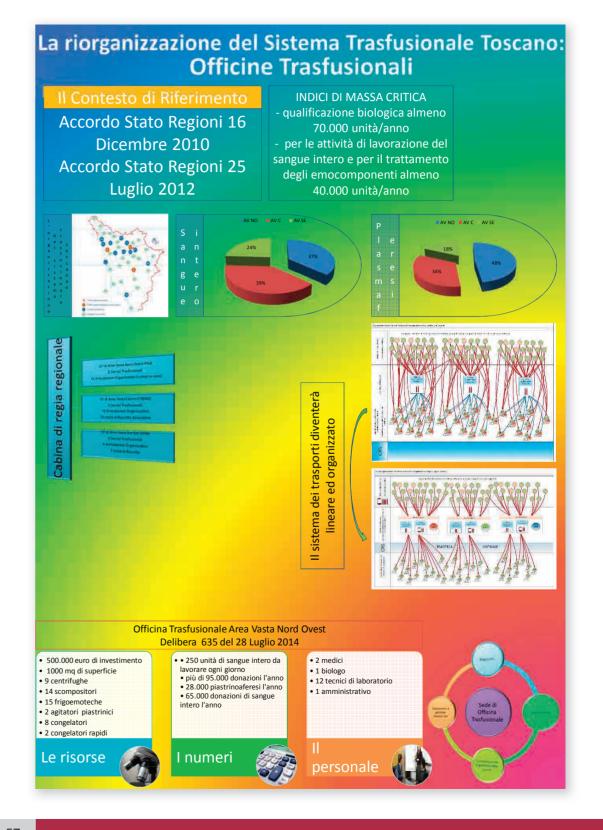
- lavorazione di sangue ed emocomponenti
- ottimizzazione produzione pool di buffvcoats
- tipizzazione, con creazione di una banca dati regionale per la ricerca dei fenotipi rari
- conferimento plasma all'industria farmaceutica

Le sedi ed i volumi di attività:

- Area Vasta Nord Ovest nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
- Sangue Intero: 64992
- Plasmaferesi: 27810
- Area Vasta Sud Est nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese
- Sangue Intero: 42582
- Plasmaferesi: 10579
- Ara Vasta Centro presso l'Azienda Sanitaria Locale 10
- Sangue Intero: 69346
- Plasmaferesi: 19668

Alla concentrazione delle attività di lavorazione si affianca una razionalizzazione della logistica della distribuzione e compensazione di emocomponenti. Una cabina di regia regionale ha il compito di governare e monitorare la distribuzione degli emocomponenti sulla base di protocolli condivisi sia in situazioni di autosufficienza che di carenza sul territorio regionale e nazionale.

Conclusioni. La concentrazione per soglie di volumi critici di attività ad alto rischio consente il mantenimento di standard di qualità e sicurezza a costi sostenibili.



DAL DISEASE ALL'ILLNESS: PROGETTO DI MEDICINA NARRATIVA PER LA CURA DELLA PERSONA E LA SOSTENIBILITÀ AZIENDALE

P. Monti¹, R. Aiuto², L. Olivadoti³, A. Ardizzoia⁴, D. Plebani⁵

A.O. della Provincia di Lecco: 1 Direttore Sanitario; 2 Responsabile Formazione e Sviluppo R.U.;

³ Formazione e Sviluppo R.U.; ⁴ Direttore Struttura Oncologia; ⁵ Coord. Struttura Oncologia

Parole chiave: illness, narrazione, burn out

Introduzione. La Medicina Narrativa si focalizza sull'esperienza di malattia della persona (illness), per condurre gli operatori sanitari a cogliere, attraverso la scrittura e l'analisi delle storie, le proprie emozioni e quelle del paziente, mettendo a confronto il significato della pratica clinica con quello dell'esperienza di malattia.

Nel periodo Luglio 2012-Maggio 2013 la Struttura Oncologia ha intrapreso un progetto di Medicina Narrativa al fine di migliorare l'orientamento al paziente e l'alleanza terapeutica, nonché per ridurre il possibile burn out e instaurare una maggiore sostenibilità Aziendale.

Contenuti. Lo studio aveva l'obiettivo di raccogliere 50 storie di pazienti oncologici e di associarle con le narrazioni dei rispettivi caregiver e delle cartelle parallele degli operatori sanitari, per effettuare un confronto tra le diverse visioni.

L'impianto metodologico è stato strutturato in 5 fasi: Somministrazione di un questionario semi-strutturato, agli operatori sanitari, di analisi di clima, all'inizio e alla fine del progetto; Formazione sulla Medicina Narrativa e sui suoi strumenti; Raccolta delle storie; Analisi delle storie; Restituzione dei risultati ottenuti. Le narrazioni sono state processate attraverso un'analisi qualitativa, mediante l'utilizzo di un software, che grazie ad un processo di test mining, ha permesso di costruire dei cluster di indagine.

Gli operatori sanitari che hanno aderito al progetto sono stati 5 medici oncologi (45%) con 29 storie, 15 infermieri (94%) con 157 storie e due operatori socio sanitari (50%) con 7 storie per un totale di 183. I pazienti reclutati sono stati 65 e le storie restituite sono state 51, pari al 78%.

Le narrazioni degli operatori sanitari hanno evidenziato che, nel 57% dei casi, la relazione con il paziente è positiva perché il 39% dei pazienti manifesta una buona disposizione nei loro confronti e il 36% ha la possibilità di parlare di argomenti distanti dalla malattia.

Riguardo alle aspettative future dei pazienti, il 41% degli operatori sanitari percepisce che, nel 41% dei casi, il paziente desidera guarire, nel 31% convivere con il tumore e la terapia, il 17% stare con la famiglia e l'11% non pensa al futuro.

Rispetto agli obiettivi nella gestione del processo di cura, il 63% degli operatori sanitari ha indicato di voler mettere a disposizione dei pazienti sostegno professionale (27%) e una relazione di fiducia e di attenzione (26%).

Le narrazioni, inoltre, si sono dimostrate coerenti con i risultati ottenuti dall'analisi di clima,

Dall'analisi delle narrazioni dei pazienti è emersa una grande soddisfazione per le cure ricevute e la relazione con l'equipe (83%), per l'organizzazione del servizio e il rispetto dei tempi.

Il progetto di medicina narrativa ha ajutato i pazienti durante il processo di cura. Scrivere e sapere che il curante era lì ad ascoltarli, senza giudicare, li ha fatti sentire meno soli e liberi di far cadere la maschera che spesso indossano per mostrare il loro vero sé.

Conclusioni. Il progetto di medicina narrativa ha evidenziato che il clima e l'organizzazione della Struttura Oncologia sono buoni, anche se esistono possibilità di miglioramento. La medicina narrativa si è dimostrata un utile mezzo per l'instaurazione di un'alleanza terapeutica con il paziente. L'obiettivo futuro è di integrare maggiormente le varie visioni degli operatori sanitari, rispetto allo squilibrio creato proprio dalla patologia tra assistito malato e operatore in salute.



DAL DISEASE ALL'ILLNESS: PROGETTO DI MEDICINA NARRATIVA PER LA CURA E LA SOSTENIBILITÀ AZIENDALE

Monti (Direttore Sanitario), R. Aiuto (Responsabile Formazione e Sviluppo R.U.), L. Olivadoti (Formazione e Sviluppo R.U.), A.Ardizzoia (Direttore Struttura Oncologia), D. Plebani (Coord. Struttura Oncologia) A.O. Provincia di Lecco





La Medicina Narrativa si focalizza sull'illness per cogliere l'impatto che la malattia ha sulla vita della persona coinvolta e confrontare le aspettative del malato con gli obiettivi del personale

Nel periodo Luglio 2012 - Maggio 2013 la Struttura Oncologia ha intrapreso un progetto di Medicina Narrativa per migliorare l'orientamento al paziente e l'alleanza terapeutica, ridurre il possibile burn out e instaurare una maggiore sostenibilità Aziendale.

L'impianto metodologico è stato strutturato in 5 fasi; - somministrazione di un questionario agli operatori sanitari di analisi di clima inizio e fine progetto; formazione sulla Medicina Narrativa e suni strumenti.

- somministrazione di un quesuonario agli operaturi sali formazione sulla Medicina Narrativa e suoi strumenti;
- raccolta delle storie; - analisi delle storie; restituzione dei risultati ottenuti.

Hanno aderito al progetto 5 medici oncologi (45%) con 29 storie, 15 infermieri (94%) con 157

storie e 2 operatori socio sanitari (50%) con 7 storie per un totale di 183. I pazienti reciutati sono stati 65 e le storie restituite sono state 51 (78%).

Hicum esempi:
- le narrazioni degli operatori sanitari hanno evidenziato una relazione positiva con il paziente (57%), le narrazioni degli operatori sanitari nanno evidenziato una relazione positiva con il paziente (57%), una buona disposizione nei loro confronti (39%) e la possibilità di parlare di argomenti distanti dalla

maiatua (36%);
- rispetto agli objettivi nella gestione del processo di cura, il 63% degli operatori sanitari ha indicato di - rispetto agii opiettivi nella gestione dei processo di cura, il 63% degli operatori sanitari na indicato di voler mettere a disposizione dei pazienti sostegno professionale (27%) e una relazione di fiducia e di attenzione (20%).
-dall'analisi delle narrazioni dei pazienti è emersa una grande soddisfazione per le cure ricevute e la

-uan anansi uene narrazioni dei pazienu e emersa una grande soddisrazione per i relazione con l'equipe (83%), per l'organizzazione del servizio e il rispetto dei tempi.

CONCLUSIONI

Il progetto di medicina narrativa ha evidenziato che il clima e l'organizzazione della Struttura L'obiettivo futuro è di integrare maggiormente le visioni degli operatori sanitari rispetto allo squilibrio



IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

LA MEDICINA NARRATIVA SI È DIMOSTRATA UN UTILE MEZZO PER L'INSTAURAZIONE DI UN'ALLEANZA TERAPEUTICA CON IL PAZIENTE



RIORGANIZZAZIONE DELL'ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PRESSO L'AO FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO

Monza G.1, Grappiolo A.1, Cuoco E.2, Zangirolami F.3, Lopomo N.2, Pieraccioli M.2, Battistotti A.2, Gimigliano A.1, Tartaglia A.1, Mercuri O.1, Errico M.1, Reitano F.4

¹*Direzione Medica di Presidio – AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano; ² **Sistema Informativo Aziendale – AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano; 3 *** Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Milano: 4****Direzione Sanitaria Aziendale – AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

Parole chiave: cartella clinica, archiviazione

Introduzione. Le Aziende Ospedaliere (AO) sono tenute a conservare ed archiviare la documentazione sanitaria secondo precise modalità definite da requisiti normativi e di corretta gestione documentale. In questo senso, l'archivio rappresenta lo strumento conoscitivo e probatorio dell'attività in corso di svolgimento (archivio corrente) e svolta (archivio di deposito e storico) dell'AO in funzione dell'esercizio delle proprie competenze. L'obbligo sancito dal Ministero della Salute (DPR 1409/63 art. 30, confermato con circolare n. 900/1986) di conservazione per tempo illimitato della cartella clinica (CC) quale atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, impone un'attenta organizzazione del processo di archiviazione della documentazione, con revisione periodica del sistema di classificazione. L'attuale mancanza, spesso lamentata dagli operatori sanitari, di un modello di archivio sanitario a cui uniformarsi, associato alla scarsa efficienza del sistema di raccolta, di archiviazione e di trasmissione delle informazioni, spesso in difetto di una centralizzazione degli archivi ospedalieri, costituisce una criticità tuttora vigente in molte AO, che comporta un incremento del rischio di smarrimento e un allungamento dei tempi di reperimento della documentazione clinica.

Contenuti. Al fine di migliorare la tracciabilità del percorso di archiviazione della documentazione sanitaria di ricovero l'AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano ne ha avviato la progressiva riorganizzazione. Il primo step è stato l'informatizzazione del processo di catalogazione delle CC prese in carico temporaneamente dall'archivio aziendale al momento della consegna da parte delle Unità Operative dopo la dimissione del paziente. Il data-entry, prima svolto manualmente, è stato informatizzato mediante l'implementazione del sistema di lettura ottica del numero nosologico di ricovero in formato barcode. Oltre all'azzeramento degli errori di trascrizione prima calcolati attorno al 20%, la velocizzazione del sistema permette ora un aggiornamento in tempo reale dell'elenco di consistenza con ricadute virtuose in termini di possibilità di monitoraggio dei tempi di archiviazione da parte delle Unità Operative. Il secondo step è stata la riorganizzazione del processo di consultazione della documentazione sanitaria già archiviata da parte di professionisti dell'AO. La riconsegna cartacea al professionista su presentazione di motivata richiesta è stata sostituita dalla consultazione del formato digitale mediante portale web dedicato ad accesso controllato. La possibilità di stampa del formato digitale, corredato da dichiarazione di conformità on line, ha permesso di accelerare anche il passaggio di rilascio di copia conforme agli aventi diritto, passato da 20 giorni agli attuali 10 giorni.

Conclusioni. L'informatizzazione del percorso di archiviazione della CC, pur richiedendo un investimento di tempo e di risorse professionali soprattutto nelle fasi di messa a regime del sistema e di formazione di tutto il personale sanitario e amministrativo coinvolto, rappresenta una garanzia di tracciabilità e trasparenza nella gestione della documentazione sanitaria che consente di ridurre le tempistiche di attesa sia per i professionisti che per l'utenza e di minimizzare al contempo il rischio di smarrimento della documentazione clinica.



La riorganizzazione dell'archiviazione della documentazione sanitaria nell'AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano

Congresso Nazionale ANMDO Napoli Ottobre 2014

40°

Monza G*, Grappiolo A*, Cuoco E**, Zangirolami F***, Lopomo N**, Pieraccioli M**, Battistotti A** Gimigliano A*, Tartaglia A*, Mercuri O*, Errico M*, Reitano F****.

*Direzione Medica di Presidio – AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

**Sistema Informativo Aziendale – AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

- ***Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Milano
 ****Direzione Sanitaria Aziendale AO Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

INTRODUZIONE

Le Aziende Ospedaliere (AO) sono tenute a conservare ed archiviare la documentazione sanitaria secondo precise modalità definite da requisiti normativi e di corretta gestione documentale. In questo senso, l'archivio rappresenta lo strumento conoscitivo e probatorio dell'attività in corso di svolgimento (archivio corrente) e svolta (archivio di deposito e storico) dell'AO in funzione dell'esercizio delle proprie competenze. L'obbligo sancito dal Ministero della Salute (DPR 1409/63 art. 30, confermato con circolare n. 900/1986) di conservazione per tempo illimitato della cartella clinica (CC) quale atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, impone un'attenta organizzazione del processo di archiviazione della documentazione, con revisione periodica del sistema di classificazione. L'attuale mancanza, spesso lamentata dagli operatori sanitari, di un modello di archivio sanitario a cui uniformarsi, associato alla scarsa efficienza del sistema di raccolta, di archiviazione e di trasmissione delle informazioni, spesso in difetto di una centralizzazione degli archivi ospedalieri, costituisce una criticità tuttora vigente in molte AO, che comporta un incremento del rischio di smarrimento e un allungamento dei tempi di reperimento della documentazione clinica.

CONTENUTI

Al fine di migliorare la tracciabilità del percorso di archiviazione della documentazione sanitaria di ricovero l'AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano ne ha avviato la progressiva riorganizzazione. Il primo step è stato l'informatizzazione del processo di catalogazione delle CC prese in carico temporaneamente dall'archivio aziendale al momento della consegna da parte delle Unità Operative dopo la dimissione del paziente. Il data-entry, prima svolto manualmente, è stato informatizzato liante l'implementazione del sistema di lettura ottica del numero nosologico di ricovero in formato barcode. Oltre all'azzeramento degli errori di trascrizione prima calcolati attorno al 20%, la velocizzazione del sistema permette ora un aggiornamento in tempo reale dell'elenco di consistenza con ricadute virtuose in termini di possibilità di monitoraggio dei tempi di archiviazione da parte delle Unità Operative. Il secondo step è stata la riorganizzazione del processo di consultazione della documentazione sanitaria già archiviata da parte di professionisti dell'AO. La riconsegna cartacea al professionista su presentazione di motivata richiesta è stata sostituita dalla consultazione del formato digitale mediante portale web dedicato ad accesso controllato. La possibilità di stampa del formato digitale, corredato da dichiarazione di conformità on line, ha permesso di accelerare anche il passaggio di rilascio di copia conforme agli aventi diritto, passato da 20 giorni agli attuali 10 giorni.

CONCLUSIONI

L'informatizzazione del percorso di archiviazione della CC, pur richiedendo un investimento di tempo e di risorse professionali soprattutto nelle fasi di messa a regime del sistema e di formazione di tutto il personale sanitario e amministrativo coinvolto, rappresenta una garanzia di tracciabilità e trasparenza nella gestione della documentazione sanitaria che consente di ridurre le tempistiche di attesa sia per i professionisti che per l'utenza e di minimizzare al contempo il rischio di smarrimento della documentazione clinica.

CONTROLLO CONTAMINAZIONE DA LEGIONELLA IN AMBIENTI SANITARI: VALUTAZIONE DI UNA NUOVA TECNOLOGIA DI BONIFICA

Mura I.1, Deriu G.M.2, Renati P.3, Bellu S.2, Lo Curto P.1, Maida G.4, Azara A.1

- ¹ Dipartimento di Scienze Biomediche Sezione di Igiene Università degli Studi di Sassari;
- ² Servizio di Igiene Ospedaliera Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari;
- ³ Materials Science & Engineer R&D Freebioenergy; ⁴ Azienda Sanitaria Locale n.1 Sassari

Parole chiave: Legionella, Quantum Freebioenergy

Introduzione. L'acqua erogata nelle strutture sanitarie, per un insufficiente trattamento di disinfezione, per manutenzione non idonea e per caratteristiche intrinseche degli impianti (epoca di costruzione, tipologia di materiale, presenza di bracci morti o zone di ristagno ecc.) può rappresentare una fonte di infezione da parte di diversi microrganismi tra cui la Legionella uno dei maggiori responsabili di infezioni correlate all'assistenza (ICA).

La prevenzione del rischio di infezione per via idrica si basa sull'utilizzo di varie metodiche di disinfezione che, pur risultando efficaci come interventi puntuali, non garantiscono continuità d'azione con consequente ricolonizzazione dei circuiti idrici.

Contenuti. Il Servizio di Igiene Ospedaliera dell'U.O.C. di Igiene e Medicina Preventiva ha avviato la verifica di una nuova tecnologia Quantum Hospital Freebioenergy (QHFBE) dispositivo in grado, attraverso una ionizzazione negativa dell'acqua, di trasformare fisicamente il calcare, nella forma cristallina calcite, in aragonite; in questo modo si evita il formarsi di nuove incrostazioni degli impianti termoidraulici e l'eliminazione nel tempo delle vecchie incrostazioni determinando la riduzione della contaminazione da Legionella e altri patogeni idrici.

Per la valutazione dell'efficacia del dispositivo sono stati identificati tre punti di prelievo (p1, p2, p3) e si è proceduto (attraverso una sequenza di tre campionamenti) ad una verifica del grado di contaminazione dell'impianto idrico all'interno di uno dei padiglioni del P.O. (tempo 0) e, successivamente, dopo l'installazione del QHFBE, sono stati effettuati una serie di dieci campionamenti con frequenza pressoché mensile (tempo 1). Le fasi di prelievo, trasporto e conservazione dei campioni sono state eseguite secondo le *Linee Guida per la prevenzione e il controllo della Legionellosi* (5 maggio 2000). La ricerca di laboratorio è stata effettuata in conformità alla norma ISO 11731:1998 e i risultati espressi in Unità Formanti Colonie/L. I risultati preliminari dell'indagine evidenziano una percentuale di abbattimento di Legionella compresa tra il 38 e il 92% meno evidente a livello del punto p3, ciò in relazione a condizioni strutturali particolari e a un ridotto flusso idrico. Come previsto, il primo campionamento, effettuato subito dopo l'installazione, ha registrato un aumento della concentrazione di legionella in seguito all'eliminazione di vecchie incrostazioni e biofilm in cui si annidava il batterio. Da segnalare, inoltre, dal punto di vista visivo, l'aumento della limpidezza dell'acqua con la progressiva diminuzione delle sostanze in sospensione.

Conclusioni. I risultati preliminari ottenuti sono particolarmente incoraggianti, pertanto il Servizio di I.O. ha deciso di estendere la sperimentazione del QHFBE in altri padiglioni del P.O. aumentando i punti di prelievo e il numero di campionamenti. Se confermati i risultati, a seguito di ulteriori valutazioni costibenefici, la tecnologia QHFBE potrebbe sostituire le classiche procedure di bonifica quali shock termico, iperclorazione shock ecc. che spesso sono deleteri per i vecchi impianti idrici.



Controllo contaminazione da legionella in ambienti sanitari: valutazione di una nuova tecnologia di bonifica

Mura I.¹, Deriu G.M.², Renati P.³, Bellu S.², Lo Curto P.¹,
Maida G.⁴, Azara A.¹

 $^{\rm l}$ Dipartimento di Scienze Biomediche - Sezione di Igiene - Università degli Studi di Sassari

² Servizio di Igiene Ospedaliera Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari ³Materials Science & Engineer R&D Freebioenergy

⁴Azienda Sanitaria Locale n.1 – Sassari

Parole chiave: Legionella, Ouantum Freebioenergy



Introduzione. L'acqua erogata nelle strutture sanitarie, per un insufficiente trattamento di disinfezione, per manutenzione non idonea e per caratteristiche intrinseche degli impianti (epoca di costruzione, tipologia di materiale, presenza di bracci morti o zone di ristagno ecc.) può rappresentare una fonte di infezione da parte di diversi microrganismi tra cui la Legionella uno dei maggiori responsabili di infezioni correlate all'assistenza (ICA).

La prevenzione del rischio di infezione per via idrica si basa sull'utilizzo di varie metodiche di disinfezione che, pur risultando efficaci come interventi puntuali, non garantiscono continuità d'azione con conseguente ricolonizzazione dei circuiti idrici.





Contenuti. Il Servizio di Igiene Ospedaliera dell'U.O.C. di Igiene e Medicina Preventiva ha avviato la verifica di una nuova tecnologia *Quantum Hospital Freebioenergy* (QHFBE) dispositivo in grado, attraverso una ionizzazione negativa dell'acqua, di trasformare fisicamente il calcare, nella forma cristallina calcite, in aragonite; in questo modo

si evita il formarsi di nuove incrostazioni degli impianti termoidraulici e l'eliminazione nel tempo delle vecchie incrostazioni determinando la riduzione della contaminazione da Legionella e altri patogeni idrici.

Per la valutazione dell'efficacia del dispositivo sono stati identificati tre punti di prelievo (p1, p2, p3) e si è proceduto (attraverso una sequenza di tre campionamenti) ad una verifica del grado di contaminazione dell'impianto idrico all'interno di uno dei padiglioni del P.O. (tempo 0) e, successivamente, dopo l'installazione del QHFBE, sono stati effettuati una serie di dieci campionamenti con frequenza pressoché mensile (tempo 1).

Le fasi di prelievo, trasporto e conservazione dei campioni sono state eseguite secondo le *Linee Guida* per la prevenzione e il controllo della Legionellosi (5 maggio 2000). La ricerca di laboratorio è stata effettuata in conformità alla norma ISO 11731:1998 e i risultati espressi in Unità Formanti Colonie/I

I risultati preliminari dell'indagine evidenziano una percentuale di abbattimento di Legionella compresa tra il 38 e il 92% meno evidente a livello del punto p3, ciò in relazione a condizioni strutturali particolari e a un ridotto flusso idrico. Come previsto, il primo campionamento,

effettuato subito dopo l'installazione, ha registrato un aumento della concentrazione di legionella in seguito all'eliminazione di vecchie incrostazioni e *biofilm* in cui si annidava il batterio. Da segnalare, inoltre, dal punto di vista visivo, l'aumento della limpidezza dell'acqua con la progressiva diminuzione delle sostanze in sospensione.

Conclusioni. I risultati preliminari ottenuti sono particolarmente incoraggianti, pertanto il Servizio di I.O. ha deciso di estendere la sperimentazione del QHFBE in altri padiglioni del P.O. aumentando i punti di prelievo e il numero di campionamenti. Se confernati i risultati, a seguito di ulteriori valutazioni costi-benefici, la tecnologia QHFBE potrebbe sostituire le classiche procedure di bonifica quali shock termico, iperclorazione shock ecc. che spesso sono deleteri per i vecchi impianti idrici.

SPERIMENTAZIONE DI UN PROGETTO DI SAFETY WALK ROUND NELL'A.O GAETANO PINI

Navone P.1, Caprioli G.2, Calori GM.1, Buccino NA.1, Nobile M.2

¹ Istituto Ortopedico G. Pini; ² Dottorato in Sanità Pubblica Università degli Studi di Milano

Introduzione. La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure offerte e rappresenta quindi uno degli obiettivi prioritari per un'Azienda Ospedaliera.

Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione richiede la diffusione della cultura della sicurezza.

Il Safety Walk Round(SWR) è una tecnica di risk assessment, che prevede visite ed interviste strutturate da parte di esponenti della dirigenza agli operatori e dirigenti di unità operative e servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità.

Obiettivo del progetto. È di implementare un progetto sperimentale di SWR all'interno dell'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico G. Pini al fine di incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori coinvolti nel processo di cura al paziente.

Materiali e metodi. È stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da direttore medico di presidio, *risk manager*, responsabile SITRA e responsabile qualità per predisporre i documenti progettuali. Sono stati individuati appositi indicatori di processo ed esito di valutazione del progetto.

Risultati. Sono state coinvolte 3 unità operative. È stato organizzato un incontro rivolto ai direttori delle unità operative coinvolte ed ai coordinatori infermieristici per illustrare il progetto, fornendo il materiale informativo sulle modalità di esecuzione e chiarendo la tempistiche di realizzazione e di ritorno dei dati. Sono state condotte le interviste in un'unità operativa coinvolgendo tutti i professionisti operanti nella stessa.

Le criticità evidenziate durante il SWR sono state inserite in un database e classificate sulla base dei fattori causali e contribuenti, utilizzando il modello di Vincent.

Gli eventi/criticità sono stati inoltre classificati in ordine alla frequenza di accadimento e alla gravità del potenziale danno per definire una priorità di intervento.

Sono state poi individuate delle proposte di miglioramento, tenendo conto della fattibilità di ciascun intervento.

Conclusioni. Le criticità evidenziate durante il SWR consentiranno di sviluppare interventi efficaci e puntuali e di individuare ed adottare misure correttive per aumentare la sicurezza del paziente.

Conclusa la fase sperimentale, il SWR potrà essere esteso a tutte le Unità Operative dell'Azienda.

Sperimentazione di un progetto di Safety Walk Round nell' A.O Gaetano Pini

Navone P &, Caprioli G, Calori GM &, Buccino NA&, Nobile M. 8&



PREMESSA

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure offerte e rappresenta quindi uno degli obiettivi prioritari per un' Azienda Ospedaliera.

Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione richiede la diffusione della cultura della sicurezza.

Il Safety Walk Round(SWR). è una tecnica di risk assessment, che prevede visite ed interviste strutturate da parte di esponenti della dirigenza agli operatori e dirigenti di unità operative e servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità.

Obiettivo del progetto è di implementare un progetto sperimentale di SWR all'interno dell' Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico G. Pini al fine di incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori coinvolti nel processo di cura al paziente.

MATERIALI E METODI

È stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da direttore medico di presidio, risk manager, responsabile SITRA e responsabile qualità per predisporre i documenti progettuali. Sono stati individuati appositi indicatori di processo ed esito di valutazione del progetto.

RISULTATI

Sono state coinvolte 3 unità operative. È stato organizzato un incontro rivolto ai direttori delle unità operative coinvolte ed ai coordinatori infermieristici per illustrare il progetto, fornendo il materiale informativo sulle modalità di esecuzione e chiarendo la tempistiche di realizzazione e di ritorno dei dati.

Sono state condotte le interviste in un'unità operativa coinvolgendo tutti i professionisti operanti nella stessa. Le criticità evidenziate durante il SWR sono state inserite in un database e classificate sulla base dei fattori causali e contribuenti, utilizzando il modello di Vincent.

Gli eventi/criticità sono stati inoltre classificati in ordine alla frequenza di accadimento e alla gravità del potenziale danno per definire una priorità di intervento.

Sono state poi individuate delle proposte di miglioramento, tenendo conto della fattibilità di ciascun intervento.

CONCLUSIONI

Le criticità evidenziate durante il SWR consentiranno di sviluppare interventi efficaci e puntuali e di individuare ed adottare misure correttive per aumentare la sicurezza del paziente. Conclusa la fase sperimentale, il SWR potrà essere esteso a tutte le Unità Operative dell' Azienda.

RIFERIMENT

Ministero della Salute. Programma Strategico Ricerca Finalizzata 2007. Progetto 4 - The validation of Safety Walk Round as a risk assessment tool in an Italian clinical setting: the hematoncologic area. Safety Walk Round - Manuale [2012]

Frankel, A., E. Graydon-Baker, C. Neppl, T. Simmonds, M. Gustafson and T.K. Gandhi 2003 "Patient Safety Leadership Walkrounds" Joint Commission Journal on Quality and Safety 29 (1):16-26

LA GESTIONE DEL DOLORE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA **DI PERUGIA 2008-2013**

Orlandi W.1, Pioppo M.2, Lucarini G.3, Minelli G.4, Morcellini R.5, Pettinacci L.6, Strappaghetti S.7, Trabalza A.4, Ruffini F.8, Bernardini I.9, Pieri L.10

- ¹ Direttore Generale; ² Direttore Sanitario; ³ Infermiere Formatore; ⁴ Dirigente medico Anestesia Rianimazione 2;
- ⁵ Dipartimento Professioni Sanitarie Responsabile Qualità ed Accreditamento; ⁶ Dipartimento Professioni Sanitarie Responsabile Fabbisogno Formativo; 7 Dirigente medico Anestesia Rianimazione 1; 8 Ufficio Controllo di Gestione;
- 9 Specialista in Igiene e Medicina Preventiva; 10 Dirigente medico Direzione medica Ospedaliera

Parole chiave: misurazione del dolore, giorno indice, audit

Introduzione. La misurazione del dolore è iniziata nel 2010 nei reparti chirurgici e nel 2011 anche in quelli medici come risultato del progetto Ospedale senza Dolore, inserito tra gli obiettivi di budget 2008. Quest'ultimo prevedeva la costituzione del Comitato Ospedale senza Dolore che si avvaleva, tra gli altri, di un referente medico ed infermieristico per Struttura Complessa, appositamente formato con funzioni di facilitatore.

Contenuti. Dopo la costituzione del Comitato sono state assunte le seguenti iniziative:

- 1. indagine di prevalenza del dolore attraverso l'intervista nel giorno indice dei pazienti presenti da almeno 24 ore sulla presenza e intensità del dolore e questionario per gli operatori sulla terapia antalgica prescritta in cartella:
- 2. strumento di rilevazione del dolore:
- negli adulti: scala numerica verbale (Numerical Rating Scale) da 0 a 10 (dove 10 è il massimo dolore immaginato e 4 è l'indice di intensità che richiede un intervento antidolorifico urgente):
- in età pediatrica: scala numerica Pain Disconfort Scale (3 item con valore da 0 a 2 e calcolando il punteggio da 0 a 6);
- inserimento nella cartella clinica grafica della voce dolore:
- monitoraggio del consumo dei farmaci analgesici:
- verifica del grado di applicazione del protocollo di trattamento del dolore postoperatorio e medico attraverso la consultazione di 10 cartelle cliniche per reparto al fine di verificarne l'adesione attraverso la valutazione dei seguenti parametri:

nei reparti chirurgici, secondo il seguente modello: prescrizione della terapia antalgica da parte dell'anestesista in cartella (ogni sospensione della terapia prescritta dovrà essere motivata nel diario medico) e dimissione dalla sala operatoria/solo con NRS <4 o PDS <3; rivalutazione in reparto e registrazione del livello di dolore in cartella, ripetuta (nei bambini: ogni ora nelle prime 6 ore, negli adulti almeno ogni 2 ore nelle prime 6 ore) e somministrazione, se necessario, della "rescue dose" prevista nei reparti medici: il modello seguito è semplificato e prevede due registrazioni di base del dolore ed eventuali rilevazioni aggiuntive se si raggiunge e/o persiste il valore numerico dell'indice di intensità.

Conclusioni. La prima indagine di prevalenza è stata condotta nel 2008 al fine di evidenziare la situazione di partenza. È stata ripetuta a dicembre 2011, dopo il corso di formazione di base e l'implementazione della procedura per la gestione del dolore. Gli ultimi dati disponibili si riferiscono all'anno 2013. L'analisi dei dati mostra un aumento del grado di raccordo tra il dolore dichiarato e il dolore percepito dall'operatore. L'ultimo anno la percentuale di coloro che dichiaravano di provare dolore scende da 48,8% (nel 2008) a 29,2%, come l'intensità di dolore che va da 5,34 a 3,87. La percentuale di prescrizione di farmaci nei pazienti con dolore maggiore uguale a 4 è leggermente diminuita, passando al 76,4% rispetto al 77.8% del 2012. Il consumo dei farmaci analgesici scende nel 2013 del 3% rispetto al 2012 ma il dato è in linea con la riduzione contestuale dei ricoveri (-800 ricoveri ordinari).

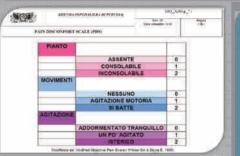
Le valutazioni sul grado di applicazione della gestione del dolore condotte negli anni 2011, 2012 e 2013 hanno mostrato un grado di adesione crescente per il dolore medico (44,2%, 66,5% e 89%), costantedecrescente per quello postchirurgico (73%, 68,5% e 68%) riconducibile a motivi organizzativi che si è provveduto a sanare.





ORLANDI W. Direttore Generale, PIOPPO M. Direttore Sanitario, LUCARINI G. Infermiere Formatore, MINELLI G. Dirigente Medico Anestesia Rianimazione 2, MORCELLINI R. Dipartimento Professioni Sanitarie Responsabile Qualità - Accreditamento, PETTINACCI L. Dipartimento Professioni Sanitarie Responsabile Fabbisogno Formativo, STRAPPAGHETTI S. Dirigente medico Anestesia Rianimazione 1, TRABALZA A. Dirigente medico Anestesia Rianimazione 2, RUFFINI F. - Fabbisogno Formativo, **Strappaghe I I S.** Dirigente medico Anestesia kianimazione 1, **Trabalza A.** Dirigente medico Anestesia kianimazione 2, - Ufficio Controllo di Gestione, **BERNARDINI I.** Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, **PIERI L.** Dirigente m<u>edico Direzione medica Ospedaliera.</u>

La misurazione del dolore ha preso avvio nell'anno 2010 come risultato del progetto Ospedale senza Dolore. Tale progetto prevedeva la costituzione del Comitato Ospedale senza Dolore che si avveleva, tra gli altri, di un referente medico ed infermieristico per pascuna Struttura Complessa, formato confunzion di facilitatore.



NAME OF STREET LE DOSE condition - a 4 real stable - a 2 re

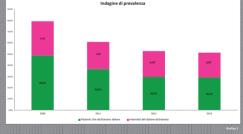
A seguito della costituzione del Comitato Ospedale senza Dolore

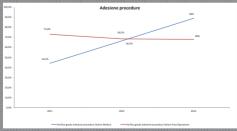
- √ Indagine di prevalenza del dolore attraverso l'intervista nel dolore e sulla sua intensita e questionario per gli operatori sul

- ✓ Inserimento nella grafica della voce dolore;
 ✓ Monitoraggio del consumo del farmaci analgesici;
- Verifica periodica del grado di applicazione del protocollo di trattamento del dolore postoperatorio e medico attraverso la
- l'adesione attraverso la valutazione dei seguenti parametri:
 nei reparti chirurgici Fig. 2;
 nei reparti medici, il modello seguito è semplificato e prevede due registrazioni di base del dolore ed eventuali rilevazioni aggiuntive se si raggiunge e/o persiste il valore numerico

CONCLUSIONI

al fine di evidenziare la situazione di partenza. É stata npetuta ogni anno. Da un'analisi dei dati si evidenzia un aumento del grado di raccordo tra il dolore dichiarato e quello percepito dall'operatore. Come evidenziato nel Grafico 1, nel 2013 la percentuale di coloro che dichiaravano di provare dolore scende da 48.8 % (nel 2008) a 29.2 e l'intensità di dolore va da 5.34 a 3.87 mentre la prescrizione di farmaci in quelli con dolore > 4 di applicazione della gestione del dolore condotte negli anni 2011, 2012 e 2013. Grafico 2, hanno mostrato un postchirurgico (73%, 68.5% e 68%) riconducibile a motivi





GESTIONE OSPEDALIERA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA

Orrù N.1, Porcu M.G.2, Porceddu R.3, Porcedda E.3

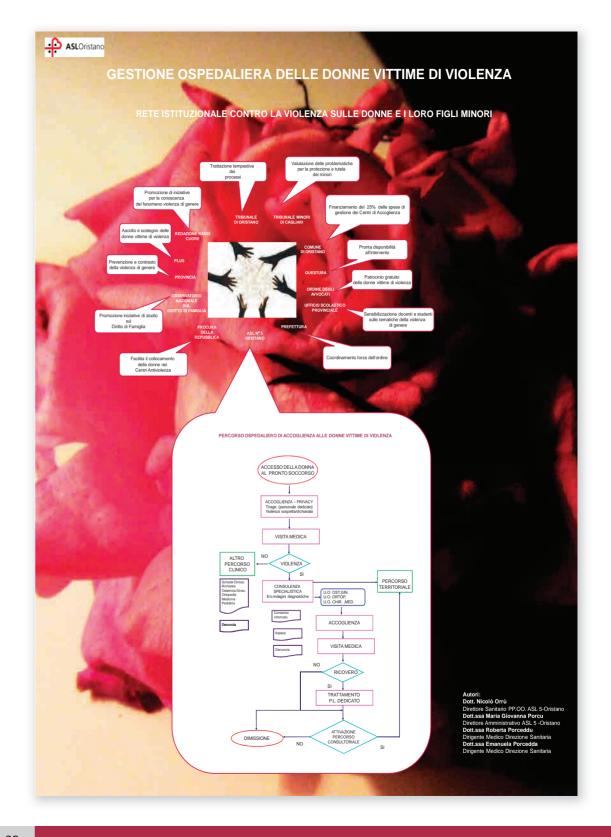
- ¹ Direttore Sanitario dei PP.OO. ASL n° 5-Oristano; ² Direttore Amministrativo ASL n°5-Oristano;
- ³ Dirigente Medico Direzione Sanitaria ASL n°5-Oristano

Parole chiave: violenza sulle donne

Introduzione. L'Azienda Sanitaria Locale di Oristano ha firmato un Protocollo d'intesa per la costituzione di una "rete contro la violenza sulle donne e i loro figli minorenni" con la Prefettura, la Procura, il Tribunale di Oristano e il Tribunale per i minori di Cagliari, la Provincia e il Comune di Oristano, i PLUS, l'Ufficio Scolastico Provinciale, l'Ordine degli Avvocati di Oristano, l'Osservatorio Nazionale sul Diritto di Famiglia-Oristano, la Redazione Radio Cuore-Oristano. Gli enti e le istituzioni facenti parte della rete facilitano, con modalità operative condivise, la fruibilità e la continuità dei percorsi di tutela e protezione messi a disposizione della donna che ha subito violenza e dei minori coinvolti, accompagnano la donna all'interno dei servizi sanitari territoriali, curano i rapporti con le Case di accoglienza dedicate, offrono consulenze legali, partecipano alla realizzazione di iniziative di formazione rivolte a tutti gli operatori coinvolti.

Contenuti. La donna vittima di violenza accede al Pronto Soccorso con 4 modalità: accesso spontaneo, tramite intervento del 118, accompagnata dalle forze dell'ordine o dai servizi sociali. L'infermiere addetto al triage, effettuata una prima valutazione, anche in caso di solo sospetto di violenza, dovrà attribuire alla donna un codice giallo di priorità. Quindi la donna, in attesa di essere visitata dal medico, sarà accompagnata in un ambiente confortevole e dotato di quanto necessario per l'accoglienza e la gestione dell'evento. In caso di violenza sessuale la donna sarà accompagnata nel Reparto di Ginecologia. Sarà cura del medico del Pronto Soccorso e /o del Ginecologo raccogliere la storia della donna, formalizzare la "denuncia di reato", richiedere le consulenze, gli esami, le indagini diagnostiche, l'eventuale ricovero e la dimissione. Qualora il medico decida per una dimissione provvederà ad informare la donna sulla necessità di eventuali medicazioni, controlli, follow-up, fissando per quanto possibile gli appuntamenti e provvederà, contestualmente, ad attivare i servizi del territorio. L'intero percorso è gestito integralmente dal Pronto Soccorso che governa l'accesso della donna vittima di violenza, la prima valutazione, le consulenze, la richiesta di esami e indagini diagnostiche, l'eventuale richiesta di ricovero, la dimissione e l'attivazione del percorso extraospedaliero.

Conclusioni. L'ospedale offre alla donna vittima di violenza due tipi di intervento: a) un intervento in emergenza che si realizza nel Pronto Soccorso ospedaliero e consiste nell'accoglienza e presa in carico della donna alla quale si assicura una assistenza di qualità e si garantisce accesso ai vari servizi di diagnosi e trattamento; b) un intervento a lungo periodo che offre alla donna la possibilità di un follow-up medico, e se richiesto, un sostegno psicosociale e legale e l'attivazione dei Servizi Territoriali.



AZIENDA USL VALLE D'AOSTA: PROGETTO DI GOVERNO D'USO DEI FARMACI OSPEDALIERI

Papalia R.1. Vigo G.2. Galotto C.3. Fornero A.2. Novati R.1

- ¹ Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio, Azienda USL Valle d'Aosta;
- ² Dirigente Farmacista, Farmacia, Azienda USL Valle d'Aosta; ³ Direttore Medico di Presidio, Direzione Medica di Presidio. Azienda USL Valle d'Aosta

Parole chiave: farmaci, appropriatezza, spending review

Introduzione. In seguito a politiche regionali e nazionali di spending review, la Direzione Generale della Azienda USL Valle d'Aosta ha creato nel 2013 otto tavoli di lavoro per migliorare l'appropriatezza e per ridurre costi e consumi; questo lavoro descrive l'esperienza del gruppo sulla farmaceutica ospedaliera.

Contenuti. Il gruppo di lavoro, coordinato dalla Farmacia ospedaliera, era composto dalla Direzione Medica di Presidio, da esponenti di area medica e chirurgica, del dipartimento di salute mentale, dell'oncologia e delle malattie infettive. Il gruppo ha messo a fuoco iniziative di governo per l'appropriatezza, originate dall'analisi di consumo e spesa per categorie selezionate di farmaci. Sono nate alcune schede di progetto, contenenti il razionale, i benefici, eventuali costi aggiuntivi e la metodologia di intervento specifica. I progetti approvati e le relative azioni intraprese sono stati:

- Contenimento della spesa per farmaci antineoplastici: a) istituzione del drug day therapy per bortezomib e trastuzumab b-) revisione interna delle indicazioni d'uso per farmaci ad alto costo c) utilizzo di generici e biosimiliari guando possibile.
- Appropriatezza prescrittiva per alcuni antibiotici di uso mirato: a- è stata adottata richiesta motivata per la prescrizione di daptomicina, ertapenem, linezolid, tigeciclina, e ad ampio spettro: è stata diffusa a tutti i reparti una nota con indicazione di utilizzo di glicopepetidi, carbapenemici, chinolonici, amino glicosidi, contenente i suggerimenti di sostituzione con prodotti di pari caratteristiche farmacologiche,
- Appropriatezza prescrittiva per indicazioni chirurgiche e contenimento della spesa per EBPM eparine a basso peso molecolare: è stata redatta e diffusa una scheda con le indicazioni d'uso delle EBPM in area chirurgica.
- Appropriatezza prescrittiva per farmaci per il trattamento della demenza di Alzheimer: è stata redatta e diffusa una scheda con le indicazioni d'uso per questi farmaci, con particolare riquardo ai cerotti
- Appropriatezza prescrittiva della ossigeno terapia: sono state create linee guida specifiche, diffuse anche nella rete delle strutture territoriali.
- Revisione e razionalizzazione del PTOR: è stata approvata la revisione, con eliminazione di circa 150 prodotti.
- Maggiore e più tempestivo passaggio da terapia endovenosa a terapia orale: è stato diffuso un documento di promozione dello switch precoce a terapia orale, con un focus su antibiotici, analgesici, inibitori di pompa protonica.
- Razionalizzazione dell'utilizzo delle associazioni B2 stimolanti/cortisonici- secondo le nuove linee guida GOLD/GINA, che sono state diffuse a livello ospedaliero e territoriale.
- Limitazione di dispensazione di farmaci di fascia C per i pazienti in carico al Ser.D e Psichiatria territoriale; è stata inviata una nota agli interessati con le limitazioni di utilizzo dei farmaci citati.
- Per tutte le schede è stato progettato uno strumento di monitoraggio tramite Analyzer, che consentirà a regime il controllo dei trend di consumo e spesa anche da parte dei soggetti prescrittori

Conclusioni. Il taglio operativo del gruppo di lavoro ha permesso di varare molte iniziative per l'appropriatezza d'uso di categorie selezionate ma fondamentali di farmaci, la cui efficacia si potrà giudicare ad almeno un anno dalla loro introduzione. Servono ulteriori studi su metodi più efficaci di comunicazione del messaggio ai professionisti coinvolti.

Azienda USL Valle d'Aosta: progetto di governo d'uso dei farmaci ospedalieri

Papalia R*, Vigo G**, Galotto C***, Fornero A**, Novati R*

* Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio, Azienda USL Valle d'Aosta ** Dirigente Farmacista, Farmacia, Azienda USL Valle d'Aosta *** Direttore Medico di Presidio, Direzione Medica di Presidio, Azienda USL Valle d'Aosta

INTRODUZIONE

In seguito a politiche regionali e nazionali di spending review, la Direzione Generale della Azienda USL Valle d'Aosta ha creato nel 2013 otto tavoli di lavoro per migliorare l'appropriatezza e per ridurre costi e consumi; questo lavoro descrive l'esperienza del gruppo sulla farmaceutica ospedaliera.



CONTENUTI

ISTITUZIONE DELGRUPPO DI LAVORO

Il gruppo di lavoro, coordinato dalla Farmacia ospedaliera, era composto da:

-Direzione Medica di Presidio

-Oncologia

-Esponenti di area medica e chirurgica

-Malattie infettive

-Dipartimento di salute mentale,

Il gruppo ha messo a fuoco iniziative di governo per l'appropriatezza, originate dall'analisi di consumo e spesa per categorie selezionate di farmaci.

SCHEDE DI PROGETTO

Sono nate schede di progetto, contenenti il razionale, i benefici, eventuali costi aggiuntivi e la metodologia di intervento specifica.

PROGETTI APPROVATI ontenimento della spesa per farmaci

Appropriatezza prescrittiva per alcuni antibiotici

Appropriatezza prescrittiva per indicazioni

opropriatezza prescrittiva per alcuni antibiotici d ampio spettro

urgiche e contenimento della spesa per EBPM chirurgica propriatezza prescrittiva per farmaci per il

Maggiore e più tempestivo passaggio da terapia

MONITORAGGIO

AZIONI INTRAPRESE

a- Istituzione del drug day therapy per bortezomib e trastuzumab b- Revisione interna delle indicazioni d'uso per farmaci ad alto costo

Adozione di richiesta motivata per la prescrizione di daptomicina, ertapenem,

Diffusione a tutti i reparti una nota con indicazione di utilizzo di glicopepetidi. carbapenemici, chinologici, aminoglicosidi, contenente i suggerimenti di sostituzione con prodotti di pari caratteristiche farmacologiche ma di costo

Redazione e diffusione di una scheda con le indicazioni d'uso delle EBPM in area

Redazione e diffusione di una scheda con le indicazioni d'uso per questi farmaci Appropriatezza prescrittiva della ossigeno terapia sono state create linee quida specifiche, diffuse anche nella rete delle strutture

Approvazione della revisione, con eliminazione di circa 150 prodotti Diffusione di un documento di promozione dello switch precoce a terapia orale,

con un focus su antibiotici, analgesici, inibitori di pompa protonica alizzazione dell'utilizzo di associazioni – B2 Diffusione a livello ospedaliero e territoriale di nuove linee guida GOLD/GINA

imitazione di dispensazione di farmaci di fascia Invio di nota agli interessati con le limitazioni di utilizzo dei farmaci citati

Per tutte le schede è stato progettato uno strumento di monitoraggio tramite Analyzer, che consentirà a regime il controllo dei trend di consumo e spesa anche da parte dei soggetti prescrittori.

CONCLUSIONI

Il taglio operativo del gruppo di lavoro ha permesso di varare molte iniziative per l'appropriatezza d'uso di categorie selezionate ma fondamentali di farmaci, la cui efficacia si potrà giudicare ad almeno un anno dalla loro introduzione.

Servono ulteriori studi su metodi più efficaci di comunicazione del messaggio ai professionisti coinvolti.

Dr. Riccardo Papalia - Azienda USL della Valle d'Aosta, Direzione Medica di Presidio. V.le Ginevra 3, 11100 Aosta, Tel 0165 543252/3352 Fax: 0165 543631 mail:Rpapalia@ausl.vda.it

ANALISI RETROSPETTIVA DEGLI INFORTUNI LAVORATIVI QUALE STRUMENTO DI MANAGEMENT DELLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

Patriarca G.1, Midolo A.1, Barbarossa C.1, Drago G.2

¹ Infermieri – Direzione Medica – Servizio Infermieristico P. O. Vittoria;

Parole chiave: health workers, occupational accident, injuries in hospital

Introduzione. Analizzare i flussi informativi degli infortuni in ospedale consente di calibrare le politiche di sicurezza e indirizzare meglio le misure preventive, soprattutto negli aspetti gestionali e organizzativi, ma anche nell'informazione - formazione dei lavoratori.

Disegno dello studio. La Direzione Medica dell'ospedale "Guzzardi" di Vittoria – ASP 7 Ragusa ha creato un database relativo agli eventi infortunistici, allo scopo di monitorare e osservare il fenomeno, sia nel caso di infortuni a rischio biologico che di quelli non a rischio biologico. Si è cosi proceduto ad un'analisi retrospettiva degli eventi infortunistici avvenuti dall'anno 2008 al 2013. L'indagine è stata condotta attraverso una stratificazione per anno, qualifica, sesso, reparto, orario, sede lesione e gg di prognosi degli operatori. Per la comparazione tra infortuni ed aree professionali è stato utilizzato come riferimento l'organico presente nell'anno 2010 (n° 475). Per l'analisi statistica sono stati utilizzati Epi Info ed Excel.

Risultati. Negli anni presi in esame si sono verificati n° 301 infortuni (media 50,3 - Range 38-66). Le frequenze calcolate indicano una maggiore esposizione degli ausiliari (15.7%), seguono gli infermieri (12.1%), tecnici (6.3%) e medici (5.1%). Al fine di valutare l'associazione tra sesso e infortuni, l'analisi ha evidenziato un'associazione positiva tra donne e fenomeno infortunistico (OR 1,38 - p 0,0038). L'analisi multivariata tra le aree professionali ha messo in luce un'associazione positiva degli ausiliari di incorrere in infortunio (OR 1,74 - p 0,0001) e degli infermieri (OR 1,32 - p 0,0250). Per quanto riguarda i medici (OR 0,38 - p 0,0000) e i tecnici (OR 0,54 - p 0,00665) si è manifestata un'associazione negativa al fenomeno infortunistico. Fra le modalità di accadimento degli infortuni il 58.3% sono infortuni non biologici (mapo 18%; itinere 26.4%; trauma 55.6%), mentre il 41,4% sono a rischio biologico (puntura 75.6%; contaminazione 24.4%). Il tasso di incidenza degli infortuni per turno di lavoro negli anni in analisi ha evidenziato che il 14,26% del personale si infortuna di mattina, il 16,26% di pomeriggio ed il 17,74% in orario notturno, rapportato al personale presente nei turni. Il trend relativo agli infortuni registra, negli anni presi in esame, una riduzione sensibile degli stessi nell'anno 2013 (n° 38 – assenza 631 gg); 2012 (n° 42 – assenza 901 gg); 2011 (n° 66 – assenza 710 gg); 2010 (n° 65 – assenza 720 gg); 2009 (n° 43 – assenza 531 gg); 2008 (n° 47 – assenza 445 gg).

Conclusioni. La predisposizione di un adeguato sistema di sorveglianza sanitaria, una maggiore sensibilizzazione all'utilizzo dei D.P.I, l'individuazione delle mansioni a rischio e la valutazione dell'efficacia degli interventi, hanno consentito alla Direzione Medica di poter meglio indirizzare gli strumenti di natura preventiva, determinando un contenimento del fenomeno infortunistico.





Analisi retrospettiva degli infortuni lavorativi quale strumento di management della Direzione Medica di Presidio

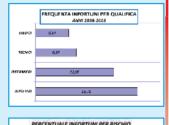
Autori: Patriarca G*, Midolo A.*, Barbarossa C*, Drago G.

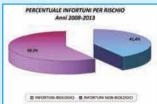
° Direttore Medico PP.OO. Vittoria - Comiso - * Infermieri - Direzione Medica - Servizio Infermieristico P. O. Vittoria

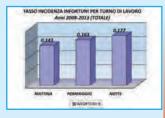
Key word: health workers', occupational accident, injuries in hospital.

Background: analizzare i flussi informativi degli infortuni in ospedale consente di calibrare le politiche di sicurezza e indirizzare meglio gli adempimenti preventivi, soprattutto negli aspetti gestionali e organizzativi, ma anche nell'informazione-formazione dei lavoratori.

Disegno dello studio: la Direzione Medica dell'ospedale "Guzzardi" di Vittoria - ASP 7 Ragusa ha creato un database relativo agli eventi infortunistici, allo scopo di monitorare e osservare il fenomeno, sia nel caso di infortuni a rischio biologico che di quelli non a rischio biologico. Si è cosi proceduto ad un'analisi retrospettiva degli eventi infortunistici avvenuti dall'anno 2008 al 2013. L'indagine è stata condotta attraverso una stratificazione per anno, qualifica, sesso, reparto, orario, sede lesione e gg di prognosi degli operatori coinvolti. Per la comparazione tra infortuni ed aree professionali è stato utilizzato come riferimento l'organico presente nell'anno 2010 (n° 475). Per l'analisi statistica sono stati utilizzati i Software Epi Info ed Excel.





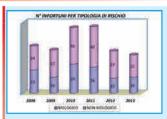


Conclusioni: la predisposizione di un adeguato sistema di sorveglianza sanitaria, una maggiore sensibilizzazione all'utilizzazione all'utilizzazione all'utilizzazione delle mansioni a rischio e la valutazione dell'efficacia degli interventi, hanno consentito alla Direzione Medica di poter meglio indirizzare gli strumenti di natura preventiva, determinando un contenimento del fenomeno infortunistico.

Risultati: negli anni presi in esame si sono verificati n° 301 infortuni (media 50,3 - Range 38-66). Le frequenze calcolate indicano una maggiore esposizione degli ausiliari (15.7%), seguono gli infermieri (12.1%), tecnici (6.3%) e medici (5.1%). Al fine di valutare l'associazione tra sesso e infortuni, l'analisi ha evidenziato un'associazione positiva tra donne e fenomeno infortunistico (OR 138 - n 0.0038). L'analisi multivariata tra le aree professionali ha messo in luce un' associazione positiva degli ausiliari di incorrere in infortunio (OR 1,74 - p 0,0001) e degli infermieri (OR 1,32 - p 0,0250). Per quanto riguarda i medici (OR 0,38 - p 0,0000) e i tecnici (OR 0,54 - p 0,00665) si è manifestata un'associazione negativa al fenomeno infortunistico. Fra le modalità di accadimento degli infortuni il 58.3% sono infortuni non biologici (mapo 18%; itinere 26.4%; trauma 55.6%), mentre il 41.4% sono a rischio biologico (puntura 75.6%; contaminazione 24.4%). La frequenza di infortuni per turno di lavoro negli anni in analisi, ha evidenziato che il 14 26% del personale si infortuna. di mattina, il 16.26% di pomeriggio ed il 17.74% in orario notturno, rapportato al personale presente nei turni. Il trend relativo agli infortuni registra, negli anni presi in esame, una riduzione sensibile degli stessi nell'anno 2013 (n° 38 - assenza 631 gg); 2012 (n°42 - assenza 901 gg); 2011 (n°66 - assenza 710 gg); 2010 (n° 65 - assenza 720 gg); 2009 (n° 43 assenza 531 gg): 2008 (n° 47 - assenza 445 gg)



	A* 5	x	κ'	outs ratio	produc
aud Mil	61 (15,79.)	15,87	15.15	1,44	0,0001
latern er	175 (12.7%)	29,17	5,02	1,32	0.0270
mezici	53(a.155)	5,5	25.25	9,58	0,0000
technic san facili	11/5,086	1.01	5,57	0,57	0,00063
5.20					
marchic	127 (9.07A)	21,17	5,00	0,775	0,0171
fern ma	179 (12.190)	29.17	7.33	1.58	0.0020







- INTERPLECES

 ADMINISTRATION OF THE PROPERTY OF
- Deleverhammer S, Rasanir, Navari D, Reinhert J, Needlands in private steing medical braining. J Hosp Med 2000, 63:2050-87.
 Prissan-Kairis A, Popilis F, Law Y, Esteration of the public burner of diseases with schaulde to contramined dropine pripries among the principle of the public burner of diseases with schaulder to contrained dropine pripries among the public burner of the public burner of diseases.
 Inteliarent CK, Falvey BJ, Well M, et al. Resid or compatitional transmission of human stream-contrained country views type 1 (1964) associated by discussing contrained as propagational transmission. Anna Territor 1005;1127:107-54.
- Merchalten MF, Lin, Chen RY, Schorner R, Bally E, Kogan G, Goldedd J Staliation of a safety materials invigate in needle for provided or proceedings in proceedings of the proceeding of the process process are most jumiliaries whole lived Control Hosp Explaned 2002, 24 (1975). In proceedings of the Control Hosp Explaned 2009, 24 (1975).
 Jack Control Hosp Explaned 2009, 24 (1975). In proceedings IPP. Determination of this of infection with bio-bloom participant belowing a medical large jum transpill works. Am Proceedings 2009, 25 (1975) 2009.
- with simulations assisted or Lockhair Cerebrasian Control, 2000 pinest policy 2007, 2008.

 White is a simulation of the Cerebrasian Cerebrasian Control, 2007, 2009, 200

² Direttore Medico PP.OO. Vittoria - Comiso

PIATTAFORME INFORMATICHE A SUPPORTO E GARANZIA DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI E DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI

Pavone L.¹, Fera F.¹, Lotito F.², Pupa D.¹, Gimigliano D.³, Zito M.C.¹, De Francesco A.¹, Lazzaro I.¹, De Filippo C.¹

¹ Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" - Catanzaro; ² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università "Magna Graecia" - Catanzaro; ³ Ingegnere Gestionale

Parole chiave: informatizzazione, tracciabilità, formazione

Introduzione. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" ha adottato procedure informatiche per garantire l'appropriatezza e la sicurezza dei percorsi diagnostico-terapeutici. Nello specifico, l'implementazione del Sistema Informatico Ospedaliero (SIO) ha interessato le fasi del processo di acquisto e consumo dei prodotti farmaceutici e del materiale sanitario, secondo quanto contenuto nelle linee guida emanate dal Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria con Decreto n. 38/2012.

Contenuti. Il SIO consente, tra gli altri, la gestione di richieste di approvvigionamento per prodotti unici e infungibili e prodotti in conto deposito. Il programma specifico è implementato attraverso gli armadi di reparto, a partire dai quali si monitora il consumo e se ne definisce il fabbisogno garantendo trasparenza e tracciabilità dell'intero processo. Infatti la Farmacia ospedaliera valuta e valida i fabbisogni previsti per l'anno successivo in base alle previsioni trasmesse secondo procedura informatica da ciascuna Unità Operativa, e successivamente li invia all'Ufficio Acquisizione Beni e Servizi per l'avvio delle procedure di gara. Di recente sono stati introdotti ed interfacciati con il SIO anche gli armadi informatizzati utilizzati per la distribuzione di farmaci e dispositivi medico-chirurgici presso il Blocco Operatorio. È stato, inoltre, predisposto il programma informatizzato di pianificazione e gestione delle sedute operatorie e di utilizzo della check-list per la sicurezza in sala operatoria. In particolare, ogni Unità Operativa inserisce in agenda i pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico, che venendo associati alle sedute operatorie determinano la lista operatoria. Questa, previa validazione della Direzione Medica di Presidio, viene inoltrata al Blocco Operatorio per le procedure propedeutiche l'accettazione alla seduta operatoria e la informatizzazione dei dati del Paziente.

L'implementazione del SIO con i due programmi su descritti, relativi rispettivamente a dispositivi medicochirurgici e attività operatoria, consentirà il monitoraggio del consumo ed un migliore e più efficace e qualificata azione di controllo e di report, essendo i dati utilizzati per l'attribuzione della spesa al centro di costo di appartenenza.

Conclusioni. Qualsiasi vision di sviluppo in Sanità non può prescindere da un utilizzo etico, responsabile, appropriato delle risorse pubbliche. Le piattaforme informatiche descritte presentano il loro punto di forza nella tracciabilità, nel controllo e nella vigilanza dei singoli processi, in una ottica di miglioramento continuo della qualità. La responsabilizzazione dei singoli Operatori, grazie alla strutturazione di adeguati passaggi formativi e momenti di *audit*, potrà costituire fattore di successo dell'intero programma operativo, con l'obbiettivo di salvaguardare i Livelli Essenziali di Assistenza contribuendo a qualificare la spesa sanitaria.

PIATTAFORME INFORMATICHE A SUPPORTO E GARANZIA DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPUTICI E DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI

Pavone L.*, Fera F.*, Lotito F.°, Pupa D.*, Gimigliano D.^, Zito M.C.*, De Francesco A.*, Lazzaro I.*, De Filippo C.*

- *Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" Catanzaro
- °Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università "Magna Graecia" Catanzaro
- ^Ingegnere Gestionale

Parole chiave: informatizzazione, tracciabilità, formazione.

Introduzione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" ha adottato procedure informatiche per garantire l'appropriatezza e la sicurezza dei percorsi diagnostico-terapeutici. Nello specifico, l'implementazione del Sistema Informatico Ospedaliero (SIO) ha interessato le fasi del processo di acquisto e consumo dei prodotti farmaceutici e del materiale sanitario, secondo quanto contenuto nelle linee guida emanate dal Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria con Decreto n. 38/2012.

Contenuti

Il SIO consente, tra gli altri, la gestione di richieste di approvvigionamento per prodotti unici e infungibili e prodotti in conto deposito. Il programma specifico è implementato attraverso gli armadi di reparto, a partire dai quali si monitora il consumo e se ne definisce il fabbisogno garantendo trasparenza e tracciabilità dell'intero processo. Infatti la Farmacia ospedaliera valuta e valida i fabbisogni previsti per l'anno successivo in base alle previsioni trasmesse secondo procedura informatica da ciascuna Unità Operativa, e successivamente li invia all'Ufficio Acquisizione Beni e Servizi per l'avvio delle procedure di gara. Di recente sono stati introdotti ed interfacciati con il SIO anche gli armadi informatizzati utilizzati per la distribuzione di farmaci e dispositivi medico-chirurgici presso il Blocco Operatorio. È stato, inoltre, predisposto il programma informatizzato di pianificazione e gestione delle sedute operatorie e di utilizzo della check-list per la sicurezza in sala operatoria. In particolare, ogni Unità Operativa inserisce in agenda i pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico, che venendo associati alle sedute operatorie determinano la lista operatoria. Questa, previa validazione della Direzione Medica di Presidio, viene inoltrata al Blocco Operatorio per le procedure propedeutiche l'accettazione alla seduta operatoria e la informatizzazione dei dati del Paziente.

L'implementazione del SIO con i due programmi su descritti, relativi rispettivamente a dispositivi medico-chirurgici e attività operatoria, consentirà il monitoraggio del consumo ed un migliore e più efficace e qualificata azione di controllo e di report, essendo i dati utilizzati per l'attribuzione della spesa al centro di costo di appartenenza.

Conclusioni

Qualsiasi vision di sviluppo in Sanità non può prescindere da un utilizzo etico, responsabile, appropriato delle risorse pubbliche. Le piattaforme informatiche descritte presentano il loro punto di forza nella tracciabilità, nel controllo e nella vigilanza dei singoli processi, in una ottica di miglioramento continuo della qualità. La responsabilizzazione dei singoli Operatori, grazie alla strutturazione di adeguati passaggi formativi e momenti di *audit*, potrà costituire fattore di successo dell'intero programma operativo, con l'obbiettivo di salvaguardare i Livelli Essenziali di Assistenza contribuendo a qualificare la spesa sanitaria.

ALLA RICERCA DEL POSTO LETTO: IL BED MANAGEMENT NEL POLICLINICO S. ORSOLA-MALPIGHI DI BOLOGNA

Pellecchia Carmine, Bellini Antonella, Carangelo Nicola, Falcinella Rossana, Fioro Antonella, Mazza Roberta, Natali Fabio, Palazzo Giacomo, Rossetti Roberto, Trafuoci Teresa

Direzione Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitazione - Azienda Ospedaliera di Bologna S.Orsola - Malpighi

Parole chiave: bed manager, bed management, sovraffollo (overcrowding)

Introduzione. Il continuo sovraffollamento nei Pronti Soccorsi parallelamente alla progressiva riduzione di posti letto per acuti ha reso necessario un coordinamento centrale e continuativo della risorsa posto letto in ambito ospedaliero ed extraospedaliero. Questa dunque la premessa che ha portato alla istituzione e diffusione anche in Italia della figura del Bed Manager. Mutuata da modelli anglosassoni quale snodo di riferimento nella gestione del percorso del paziente e nella supervisione dei posti letto è in grado di coniugare le diverse esigenze (cliniche, assistenziali e logistiche) al fine di raggiungere il setting assistenziale ottimale rispetto alle risorse assegnate.

Contenuti. A partire dal 2011 è stato istituito all'interno dell'azienda Ospedaliero-universitaria S.orsola-Malpighi di Bologna un sistema strutturato di bed management, con l'obiettivo di garantire il coordinamento e la gestione delle risorse disponibili così come assicurare i percorsi clinico-assistenziali più appropriati, dall'ingresso in ospedale fino alla dimissione protetta verso altre strutture di cure intermedie o a domicilio. Il modello organizzativo vede coinvolta la Direzione Sanitaria (medica ed Infermieristica - "team management") per la parte strategica ed una figura di supporto ad hoc (Bed Manager) con un team dedicato per la parte operativa. Una parte rilevante del progetto è quella inerente la scelta e formazione del gruppo di professionisti che, organizzati in rete, dovranno supportare le funzioni del bed manager durante il fine settimana nell'ottica di assicurare la continuità della funzione. Il gruppo selezionato, costituito da coordinatori infermieristici e infermieri di reparto, ha rappresentato una precisa scelta dell'Azienda che ha voluto privilegiare professionisti che, nell'organizzazione e coordinamento della risorsa posto letto, giornalmente si trovano ad operare "dall'altra parte". Ciò rappresenta sicuramente un valore aggiunto in quanto consente da un lato di conoscere entrambi le "prospettive", dall'altro di maturare maggior consapevolezza della complessità di gestione del sistema dell'emergenza-urgenza.

Conclusioni. Attualmente, dopo un'esperienza quadriennale di gestione, non ci sono dei dati certi che l'utilizzo di un sistema di bed management porti ad un miglioramento dell'assistenza, però si può affermare che le reti comunicative che si vengono a creare sicuramente hanno contribuito a migliorare i rapporti tra i reparti di degenza ed il pronto soccorso, velocizzando il percorso del paziente nel setting appropriato evitandone gli innumerevoli trasferimenti.

In questi quattro anni di attività i dati rilevati mostrano, a fronte di un netto aumento di pazienti afferiti in pronto soccorso, una altrettanto significativa riduzione della percentuale dei ricoveri e quindi del filtro; oltre a ciò è diminuita la richiesta dei posti letto aggiuntivi, dati e utilizzati dal pronto soccorso e medicina d'urgenza, rispetto alla normale distribuzione giornaliera.

Questi risultati, ottenuti grazie ad una migliore gestione della risorsa posto letto, sono stati raggiunti nonostante negli ultimi anni il Policlinico sia stato coinvolto nel taglio di numerosi posti letto, sia internistici che post-acuti, che ha inciso negativamente sulla disponibilità quotidiana per il pronto soccorso e Medicina Urgenza.

ALLA RICERCA DEL POSTO LETTO: IL BED MANAGEMENT NEL POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI DI BOLOGNA

Pellecchia Carmine, Bellini Antonella, Carangelo Nicola, Falcinella Rossana, Fioro MariaAntonia, Mazza Roberta,
Natali Fabio, Palazzo Giacomo, Rossetti Roberto, Trafuoci Teresa
DIREZIONE SERVIZIO INFERMIERISTICO TECNICO E RIABILITAZIONE

INTRODUZIONE



Il continuo sovraffollamento nei Pronti Soccorsi parallelamente alla progressiva riduzione di posti letto ha reso necessario un coordinamento centrale e continuativo della risorsa posto letto in ambito ospedaliero. Questa dunque la premessa che ha portato all'istituzione e diffusione anche in Italia della figura del Bed Manager, Mutuata da modelli anglosassoni quale snodo di riferimento nella gestione del percorso del paziente e nella supervisione dei posti letto, è in grado di confugare le diverse esigenze (cliniche, assistenziali e logistiche) al fine di collocare il paziente nel setting assistenziale corretto rispetto alle risorse assegnate e nel minor tempo possibile.

OBIETTIVO

A partire dal 2011 è stato istituito all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna un sistema strutturato di Bed Management con l'obiettivo di garantire il coordinamento e la gestione della risorsa posto letto così come assicurare i percorsi clinico-assistenziali più appropriati, dall'accesso in ospedale da pronto soccorso fino alla dimissione a domicilio o verso altre strutture per le cure intermedie.





CONTENU

Dir. Sanitaria e

Bed Manager

Gruppo Carrick (Coord. Infer.co)



Il modello organizzativo vede coinvolta la Direzione Sanitaria e Direzione del Servizio Infermieristico (Team Management) per la parte strategica ed una figura di supporto ad hoc (Bed Manager) con un team dedicato per la parte operativa (Gruppo Carrick).

Un aspetto di particolare rilevanza ai fini della buona riuscita del progetto è quello inerente la scelta e formazione del gruppo di professionisti che, organizzati in rete, devono supportare le funzioni del bed manager durante il fine settimana nell'ottica di assicurare la continuità della funzione.

Il gruppo selezionato, costituito da Coordinatori Infermieristici di unità operativa, ha rappresentato una precisa scelta dell'Azienda di privilegiare professionisti che, nell'organizzazione e coordinamento della risorsa posto letto, giornalmente si trovano ad operare "dall'altra parte".

Ciò rappresenta sicuramente un valore aggiunto in quanto consente da un lato di conoscere entrambi le prospettive, dall'altro di maturare maggior consapevolezza della complessità di gestione del sistema dell'emergenza-urgenza.

CONCLUSION

Attualmente, dopo un'esperienza quadriennale di gestione, non ci sono ancora dati certi che mettano in diretta correlazione l'utilizzo di un sistema di Bed Management ed il miglioramento dell'assistenza, però si può affermare che le reti comunicative che si vengono a creare sicuramente hanno contribuito a migliorare i rapporti tra i reparti di degenza ed il pronto soccorso, velocizzando il percorso di presa in carico del paziente, nel setting appropriato, evitandone in qualche caso gli innumerevoli trasferimenti.

 Anno
 Afferiti al P.S.
 % filtro sui
 Posti letto

 generale
 ricoveri in P.S.
 extra dati al PS

 2010
 64.353
 34.40%
 459

 2011
 65.973
 33.79%
 450

 2012
 66.381
 31,89%
 312

 2013
 70.335
 29.44%
 338

I dati rilevati nel quadriennio 2010 - 2013 mostrano, a fronte di un

progressivo ma costante aumento di pazienti afferiti in pronto soccorso, una altrettanto significativa riduzione della percentuale dei ricoveri e quindi un miglioramento del cosiddetto "filtro"; oltre a ciò è diminulta la richiesta di posti letto aggiuntivi, rispetto alla normale assegnazione giornaliera ai Reparti, utilizzati da Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.

Se a quanto appena esposto si aggiunge che negli ultimi anni il Policlinico è stato interessato da una revisione complessiva (in diminuzione) di posti letto, sia internistici che post-acuti, che ha inciso sulla disponibilità quotidiana per il pronto soccorso e Medicina Urgenza possiamo affermare che una migliore gestione della risorsa posto letto ha consentito di "mitigarne" gli effetti.

Contatti: Coord. Bed Manager carmine pellecchia/Daosp.bo.lt cell. 334/1154445 - uff. 051/6363581

L'ATTIVITÀ DIABETOLOGICA NELLA SOC DIABETOLOGIA DELL'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

Pellegrino E.¹, Brugnoli S.², Naldini S.², Bassetti A.², Calderoni R.², Bonaccorsi G.³, Indiani L.¹, Sinisgalli E.¹, Chellini M.¹, Landini G.⁴, Baggiore CM.⁵, Capanni C.⁶

- ¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze;
- ² Direzione Sanitaria P.O. San Giovanni di Dio; ³ Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica -

Università degli Studi di Firenze; ⁴ Direttore del Dipartimento di Medicina e Specialistiche Mediche, Asl Firenze;

⁵ SOC Diabetologia, Asl Firenze; ⁶ Direzione Sanitaria Aziendale, Asl Firenze

Parole chiave: diabete, attività istituzionali

Introduzione. Come conferma la WHO, 347 milioni di persone nel mondo hanno il diabete, 60 milioni sono quelle che vivono nelle Regioni Europee. In Italia, i dati riportati nell'annuario statistico ISTAT 2013 indicano che è diabetico il 5,4% della popolazione, pari a oltre 3 milioni di persone.

Nell'Azienda Sanitaria di Firenze, l'organizzazione dedicata all'assistenza diabetologica ha subito lo scorso anno una trasformazione che ha portato alla creazione di un'unica struttura complessa aziendale, coinvolgente tutti i presidi ospedalieri.

Contenuti. Le attività istituzionali della UOC di diabetologia sono registrate nei flussi informativi derivati dalle agende CUP facenti capo ai due Centri di Responsabilità collocati rispettivamente presso l'Ospedale San Giovanni di Dio e SS. Annunziata; per il 2013 si sono registrate 67.843 prestazioni rivolte a pazienti esterni all'azienda e 591 prese in carico di ricoverati nei presidi ospedalieri per la preparazione pre - dimissione. Le attività effettuate dalla SOC Diabetologia sono le seguenti:

- sono stati resi operativi i percorsi dedicati al Diabete Gestazionale, fruibili nei punti nascita dell'Azienda e gestiti da una equipe di medici diabetologi e ginecologi, infermieri professionali diabetologici, ostetriche e dietiste:
- è stato attivato il Centro Unico per il Piede Diabetico presso l'Ospedale Palagi, che prevede la collaborazione di Infermieri esperti in lesioni cutanee presenti presso il relativo Osservatorio e sul territorio, e di un team multidisciplinare, coordinato dagli specialisti Diabetologi dell'Azienda;
- è stato realizzato un primo canale di comunicazione per la consulenza diabetologia "in remoto" alle persone con Diabete detenute nella Casa Circondariale di Sollicciano, avvalendosi dell'invio telematico dei dati clinici e di monitoraggio glicemico alla struttura, permettendo maggiore tempestività nell'esecuzione delle consulenze e notevole riduzione dei costi e dei disagi legati al trasporto diretto delle persone detenute;
- è proseguita l'implementazione della terapia insulinica con infusore sottocutaneo continuo rivolta alle persone con Diabete Tipo 1 (per il 2013 sono stati 40 i pazienti trattati con tale terapia in carico alla SOC), ed il monitoraggio in continuo della glicemia con sensore sottocutaneo (Holter glicemico);
- sono stati realizzati due corsi per la formazione dei pazienti in terapia insulinica intensiva o portatori di microinfusore all'impiego della tecnica del "conteggio dei carboidrati", finalizzata all'ottimizzazione del dosaggio insulinico ai pasti;
- è stato stilato il progetto di telemedicina dedicato allo screening della retinopatia diabetica attraverso l'esecuzione della retinografia non midriatica.

Conclusioni. Il diabete, con le sue complicanze, rappresenta ancora un grave problema sanitario per le persone di tutte le età e una grande sfida alla salute e alla prosperità; anche per questo l'Azienda Sanitaria di Firenze è impegnata attivamente con interventi continui e mirati. La SOC Diabetologica sta partecipando a studi clinici di intervento farmacologico promossi dal Centro Studi ANMCO – Heart Care Foundation, in collaborazione con l'Università di Oxford (Studio REVEAL) ed è promotrice, insieme alla Struttura di Farmacovigilanza ed all'Istituto di Farmacologia dell'Università di Firenze di uno studio osservazionale dal titolo "Valutazione farmaco epidemiologica retrospettiva delle ipoglicemie farmaco-indotte nel paziente diabetico".

L'attività diabetologica della SOC Diabetologia dell'Azienda Sanitaria di Firenze.



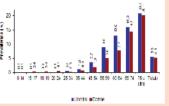
Pellegrino E*, Brugnoli S**, Naldini S**, Bassetti A**, Calderoni R**, Bonaccorsi G**, Indiani L*, Sinisgalli E*, Chellini M*, Landini G*, Baggiore CM**, Capani C***

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Firenze, "Direzione Sanitaria P.O. San Giovanni di Dio - "Dipartimento di Medicina Sperimentale a Clinica - Università degli Studi di Firenze - "Direttore del Dipartimento di Medicina e Specialistiche mediche, Asl Firenze, ""SOC

oduzione

Come conferma la WHO, 347 milioni di persone nel mondo hanno il diabete, 60 milioni sono quelle che vivono nelle Regioni Europee. In Italia, i dati riportati nell'annuario statistico ISTAT 2013 indicano che è diabetico il 5.4% della popolazione, pari a oltre 3 milioni di persone.





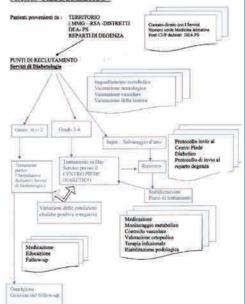
Prevalenza del diabete in Italia, 2001 – 2013. Fonte ISTAT 2013, elaborazione Iss.

Prevalenza del diabete per sesso e fasce d'età. Fonte ISTAT 2013, elaborazione Iss.

Nell'Azienda Sanitaria di Firenze, l'organizzazione dedicata all'assistenza diabetologica ha subito lo scorso anno una trasformazione che ha portato alla creazione di un'unica struttura complessa aziendale, coinvolgente tutti i presidi ospedalieri.

Le attività istituzionali della UOC di diabetologia sono registrate nei flussi informativi derivati dalle agende CUP facenti capo ai due Centri di Responsabilità collocati rispettivamente presso l'Ospedale San Giovanni di Dio e SS. Annunziata; per il 2013 si sono registrate 67.843 prestazioni rivolte a pazienti esterni all'azienda e 591 prese in carico di ricoverati nei Dresidi ossedalieri per la preparazione per - dimissione.

Percorso "PIEDE DIABETICO "



Le attività effettuate dalla SOC Diabetologia (2013) sono le seguenti:

- sono stati resi operativi i percorsi dedicati al Diabete Gestazionale fruibili nei punti nascita dell'Azienda e gestiti da una equipe di medici diabetologi e ginecologi, infermieri professionali diabetologici, ostetriche e dietiste;
- □ è stato attivato il Centro Unico per il Piede Diabetico presso l'Ospedale Palagi, che prevede la collaborazione di Infermieri esperti in lesioni cutanee presenti presso il relativo Osservatorio e sul territorio, e di un team multidisciplinare, coordinato dagli specialisti Diabetologi dell'Azienda;
- □ è stato realizzato un primo canale di comunicazione per la consulenza diabetologica "in remoto" alle persone con Diabete detenute nella Casa Circondariale di Sollicciano, avvalendosi dell'invio telematico dei dati clinici e di monitoraggio glicemico alla struttura, permettendo maggiore tempestività nell'esecuzione delle consulenze e notevole riduzione dei costi e dei disagi legati al trasporto diretto delle persone detenute;
- è proseguita l'implementazione della terapia insulinica con infusore sottocutaneo continuo rivolta alle persone con Diabete Tipo 1 (per il 2013 sono stati 40 i pazienti trattati con tale terapia in carico alla SOC), ed il monitoraggio in continuo della glicemia con sensore sottocutaneo (Holter glicemico);
- ☐ sono stati realizzati due corsi per la formazione dei pazienti in terapia insulinica intensiva o portatori di microinfusore all'impiego della tecnica del "conteggio dei carboidrati", finalizzata all'ottimizzazione del dosaggio insulinico ai pasti;
- □ è stato stilato il **progetto di telemedicina** dedicato allo screening della retinopatia diabetica attraverso l'esecuzione della retinografia non midriatica.

onclusioni

Il diabete, con le sue complicanze, rappresenta ancora un grave problema sanitario per le persone di tutte le età e una grande sfida alla salute e alla prosperità; anche per questo l'Azienda Sanitaria di Firenze è impegnata attivamente con interventi continui e mirati. La SOC Diabetologica sta partecipando a studi clinici di interventi farmacologico promossi dal Centro Studi ANMCO – Heart Care Foundation , in collaborazione con l'Università di Oxford (Studio REVEAL) ed è promotice, insieme alla Struttura di Farmacovigilanza ed all'Istituto di Farmacologia dell'Università di Firenze di uno studio osservazionale dal titolo "Valutazione farmaco epidemiologica retrospettiva delle ipogliceminie farmaco-indotte nel paziente diabetico".

40°Congresso Nazionale ANMDO – Napoli, 15-17 Ottobre 2014

IGIENE DELLE MANI: RUOLO DELLA FORMAZIONE SUL CAMPO SULLA PERFORMANCE DEGLI OPERATORI

Lucia Pelusi¹, Cristina Zappetti², Daniela Monteverdi³, Alfredo Perulli⁴, Barbara Gregoretti²

Direzione Medica di Presidio Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti Di Trieste:

¹ Direttore Medico; ² Medico; ³ Referente Rischio Clinico; ⁴ Responsabile Qualità e Accreditamento

Parole chiave: igiene mani, box didattico, hawthorne effect

Introduzione. Una corretta igiene delle mani è alla base della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (obiettivi internazionali di sicurezza dell'OMS e di JCI).

Dal 2007 AOUTS partecipa, con le altre Aziende Sanitarie del FVG, allo studio osservazionale dell'OMS sulla implementazione dell'igiene delle mani nelle strutture sanitarie. Nel triennio 2010-2012 i valori di adesione rilevati hanno evidenziato un crollo dell'adesione nel 2012.

I valori rilevati dagli "osservatori" interni alle strutture, addestrati e formati, erano troppo alti in rapporto alla casistica internazionale e si sono dimostrati non congruenti con osservazioni esterne. Nel primo semestre 2012, la CIO ha ipotizzato un possibile effetto Hawthorne e ha pertanto deciso di modificare la modalità di verifica utilizzando non più osservatori interni di reparto ma osservatori aziendali esterni al reparto adeguatamente formati.

Nel 2013 è stato acquisito un box didattico per il supporto alla formazione sul campo per un migliore coinvolgimento degli operatori. Nell'arco di 12 mesi sono stati formati 333 operatori con l'ausilio del box.

Contenuti. Aumentare l'adesione e la consapevolezza dell'importanza della corretta igiene delle mani nei 5 momenti fondamentali dell'OMS negli operatori sanitari per la propria sicurezza e per quella dei pazienti.

Materiali e metodi. Acquisto di un box didattico per rendere visibili le aree non correttamente igienizzate. Formazione sul campo: coinvolgendo il personale di tutte le strutture aziendali. Mantenimento del metodo di osservazione con il personale esterno alle strutture.

Conclusioni. A nostro parere la scelta di utilizzare osservatori esterni esperti in igiene ospedaliera consente di limitare l'effetto Hawthorne presente in molte casistiche valutate. Il miglioramento dell'adesione all'igiene mani deve passare attraverso empowerment del personale e, nella nostra esperienza, l'utilizzo del box didattico si è rivelato un opportunità interessante.

L'adesione all'igiene delle mani è infatti sensibilmente aumentata dopo la sua introduzione, portandosi a livelli in linea con i dati della letteratura internazionale.

In particolare nei due presidi ospedalieri aziendali si è potuto riscontrare un incremento significativo dell'adesione al programma (tab. 1).



Servicio Sentiario Regionalo AZIENDA OBRECALLERIA -UNIVERSITARIA Tuspedal Hilm III di Trieste Ospedale di ilevo nazionale e di alta specializzazi EDES DE R. a series 1938/





IGIENE DELLE MANI Ruolo della formazione sul campo sulla performance degli operatori

Autori: Lucia Pelusi, Cristina Zappetti, Daniela Monteverdi, Alfredo Perulli, Barbara Gregoretti Hanno collaborato: Direzione Medica di Presidio, Servizio di Vigilanza e Prevenzione Sanitaria Aziendale

INTRODUZIONE

Una corretta igiene delle mani è alla base della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (obiettivi internazionali di sicurezza dell'OMS e di JCI). Dal 2007 AOUTS partecipa, con le altre Aziende Sanitarie del FVG, allo studio osservazionale dell'OMS sulla implementazione dell'igiene delle mani nelle strutture sanitarie.

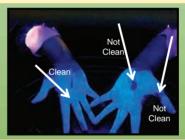
Nel triennio 2010-2012 i valori di adesione rilevati hanno evidenziato un crollo dell'adesione nel 2012. I valori rilevati dagli "osservatori" interni alle strutture, addestrati e formati, erano troppo alti in rapporto alla casistica internazionale e si sono dimostrati non congruenti con osservazioni esterne.

Nel primo semestre 2012, la CIO ha ipotizzato un possibile effetto Hawthorne e ha pertanto deciso di modificare la modalità di verifica utilizzando non più osservatori interni di reparto ma osservatori aziendali esterni al reparto adequatamente formati.

Nel 2013 è stato acquisito un box didattico per il supporto alla formazione sul campo per un migliore coinvolgimento degli operatori. Nell'arco di 12 mesi sono stati formati 333 operatori con l'ausilio del box.

OBIETTIVO

Aumentare l'adesione e la consapevolezza dell'importanza della corretta igiene delle mani nei 5 momenti fondamentali dell'OMS negli operatori sanitari per la propria sicurezza e per quella dei pazienti.



MATERIALI E METODI

Acquisto di un box didattico per rendere visibili le aree non correttamente igienizzate.

Formazione sul campo: coinvolgendo il personale di tutte le strutture aziendali Mantenimento del metodo di osservazione con il personale esterno alle strutture.



RISULTATI



333 operatori formati con box



percentuale adesione

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

A nostro parere la scelta di utilizzare osservatori esterni esperti di igiene ospedaliera consente di limitare l'effetto Hawthorne che porta a valutazioni troppo ottimistiche in molte casistiche valutate. I miglioramento dell'adesione all'igiene mani deve passare attraverso l'empowerment del personale e, dalla nostra esperienza, l'utilizzo del box didattico si è rivelato un opportunità interessante. I 'adesione all'igiene delle mani è sensibilimente aumentata dono l'introduzione del box didattico.

L'adesione all'igiene delle mani è sensibilmente aumentata dopo l'introduzione del box didattic portandosi a livelli in linea con i dati della letteratura internazionale.

INFO: lucia.pelusi@aots.sanita.fvg.it

BIBLIOGRAFIA

- WHO Guidelines on Hygiene in Health Care
 JCI accreditation standards for hospital 5th
- ed. Chapt. IPSG 5



L'INTENSITÀ DI CURA IN AREA CHIRURGICA COMPIE UN ANNO: LEAN OR LESS ORGANIZATION?

Pezzano Lara¹, Amidei Alberto², Sacco Roberto³, Polverini Fabrizio⁴, Chiattone Anna⁵, Cosenza Gaetano⁶, Cesari Luisella⁷, Lentini Antonino⁸.

- ¹ Bed Manager OO. RR. di Pinerolo; ² Medico specializzando Igiene Medicina Preventiva UNITO;
- ³ Direttore Medico di Presidio OO. RR. di Pinerolo; ⁴ Responsabile Servizio delle Professioni Sanitarie Assistenziale OO, RR, di Pinerolo: 5 Coordinatore Servizio delle Professioni Sanitarie Assistenziale OO, RR, di Pinerolo:
- 6 Direttore Generale ASL TO3: 7 Direttore Sanitario ASL TO3: 8 Medico Direzione Sanitaria OO, RR, di Pinerolo)

Parole chiave: "Intensive care", "Management", "Organization"

Introduzione. A un anno dalla riorganizzazione per intensità di cura ci si interroga su quali siano stati i vantaggi effettivi del cambiamento non solo in termini economici (riduzione dei costi, incremento dell'attività) ma centralità dei pazienti, appropriatezza e sostenibilità delle cure.

Contenuti. Per la realizzazione del progetto si è proceduto ad un reengineering dell'Area Chirurgica a partire dal 02 settembre 2013 con l'individuazione di un Bed Manager responsabile anche dei processi di sala operatoria delle sei specialità chirurgiche afferenti al Blocco Operatorio Centralizzato.

Dallo start-up si è proceduto ad un monitoraggio continuo degli indicatori prefissati di attività e di esito per la valutazione della tenuta organizzativa.

Particolare attenzione è stata posta ai *near-misses* e alle criticità organizzative rilevate attraverso un sistema gestione Qualità e del Rischio Clinico presente in Azienda.

Indicatori di volume attività, >18% attività operatoria in elezione (iso-iporisorse, 24 posti letto che chiudono il venerdì sera di Week Surgery anziché reparto ordinario); aumento del Tasso Utilizzo Sale Operatorie.

Indicatori di risultato. Passaggio dal 55% al 70% di pazienti over 65 aa con fratture di femore operati nelle 48 ore, Riduzione dei tempi di attesa per intervento chirurgico sempre più vicini agli standard regionali. Audit da parte di Cittadinanza Attiva-Tribunale per i Diritti del Malato.

La riorganizzazione da un lato ha permesso l'ottimizzazione nell'uso delle risorse a disposizione in un ottica di MiniHTA management e dall'altro di andare incontro alle esigenze della cittadinanza con la riduzione delle liste d'attesa e la redistribuzione degli slot di sala secondo l'analisi della domanda.

Conclusioni. A fronte di quest'analisi ex-post tale riorganizzazione richiede sicuramente il coinvolgimento e l'impegno di tutti gli stake-holder in quanto viene a mancare il senso di appartenenza alla struttura, non solo per l'operatore, ma anche per l'utente; è necessaria una informazione e sensibilizzazione del cittadino a partire dai Medici di Medicina di Famiglia in modo da superare stereotipi frutto di un retaggio organizzativo gerarchico strutturale attualmente non più sostenibile.



L'INTENSITA' DI CURA IN AREA CHIRURGICA COMPIE UN ANNO: lean or less organization?

ottesa Pezzano Laral, Dott Amidei Albertez, Dott. Sacco Roberto3, Dott. Polverini Pabrizio4, Dottesa Chintone Anna, Dott. Cosenza Guetanos, Dottesa Cesari Luisel

di Collegno e Principio.

di Collegno e Prin



Introduzione

Ad un anno dalla riorganizzazione ne intensità di cura ci si interroga su qual iano stati i vantaggi effettivi del cambiamento non solo in termini economic dei costi, increment dell'attività) ma centralità dei pazient appropriatezza e sostenibilità delle cure



Contenuti

Per la realizzazione del progetto si è proceduto un reengineering dell'Area Chirurgica partire dal 02 settembre 2013 con lindividuazione di un *Bed Manager* responsabile anche dei processi di sala peratoria delle sei specialità chirurgiche afferenti al Blocco Operatorio Centralizzato. Dallo start-up si è proceduto ad un nonitoraggio continuo degli indicatori prefissati di attività e di esito per la valutazione della tenuta organizzativa.

Particolare attenzione è stata posta ai nearmisses e alle criticità organizzative rilevate attraverso un sistema gestione Qualità e del Rischio Clinico presente in Azienda.

HTA

PERCORSI DI

CURA

Indicatori di volume attività:

- ♦ > 18% attività operatoria in elezione (iso-iporisorse. 24 posti letto che chiudono il venerdi sera di Week urgery anziché reparto ordinario t
- aumento del Tasso Utilizzo Sale Operatorie.



L.E.A.N ORGANIZATION

AND

LESS ORGANIZATION

CUSTOMER SATISTATION

Indicatori di risultato:

- Passaggio dal 55% al 70% di pazienti over 65 aa con fratture di femore operati nelle 48 ore
- Riduzione dei tempi di attesa per intervento chirurgico sempre più vicini agli standard regionali
- ◆ Audit da parte di Cittadinanza Attiva Tribunale ner i Diritti del Malato

APPROPRIATEZZA

ETICA

INTENSITA' DI CURA E ASSISTENZA

A fronte di questanalisi ex post tale riorganizzazione richiede sicuramente il coinvolgimento e l'impegno di tutti gl stake-holder in quanto viene a mancare il senso di appartenenza alla struttura, non solo per l'operatore, ma anche per l'utente; è necessaria una informazione e sensibilizzazione del cittadino a partire dai Medici di Medicina di Famiglia in modo da superare stereotipi frutto di un retaggio organizzativo gerarchico strutturale attualmente non più sostenibile.

GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA 2011-2013

Pioppo M.1, Orlandi W.2, Ciotti P.3, Morcellini R.4, Ontari G.5, Pieri L.6

¹ Direttore Sanitario; ² Direttore Generale; ³ Dipartimento delle Professioni Sanitarie Responsabile Area Igiene Ospedaliera; ⁴ Dipartimento delle Professioni Sanitarie Responsabile Qualità ed Accreditamento;

⁵ Dipartimento delle Professioni Sanitarie Infermiere Formatore; ⁶ Dirigente medico Direzione medica Ospedaliera

Parole chiave: rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, raccolta differenziata

Introduzione. Nel 2011 l'Azienda Ospedaliera ha avviato un progetto di miglioramento della gestione dei rifiuti sanitari, proponendosi la diffusione di una cultura univoca ed appropriata della differenziazione dei rifiuti prodotti in modo da minimizzare i costi di impatto ambientale e di raccolta e smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. Il regolamento di gestione dei rifiuti sanitari è reperibile nel portale aziendale nella sezione Amministrazione trasparente.

Contenuti. Il progetto, consolidato nell'anno 2012 con la stesura del regolamento aziendale sulla corretta gestione dei rifiuti ospedalieri, si è posto l'obiettivo di fornire indicazioni in modo da ridurre la pericolosità dei rifiuti, favorirne il recupero e ottimizzarne la raccolta e lo smaltimento attraverso comportamenti uniformi e conformi alle disposizioni normative vigenti. In particolare, le azioni intraprese al fine di ottenere la riduzione del rischio per la salute pubblica e di operatori ed utenti, sono state messe a punto al livello della produzione in modo da separare le tipologie di rifiuto in modo differenziato fin dall'origine.

In sintesi, si è proceduto a corredare ciascun contenitore preesistente e di neo introduzione come quelli relativi alla raccolta differenziata di istruzioni operative sulle categorie di rifiuto (es. Fig,1)e per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo del grado di contaminazione.

Nel contempo, sono stati effettuati corsi di formazione ed esercitazioni sul campo che hanno coinvolto più di 1000 dipendenti.

A sostegno dell'attività formativa vengono svolte periodiche ispezioni sul grado di applicazione del regolamento aziendale attraverso la verifica della correttezza della separazione dei rifiuti, dell'uso dei contenitori autorizzati e della presenza della procedura operativa contenitore specifica.

Conclusioni. Come si desume dal Grafico 1, il consumo dei rifiuti indifferenziati (CER 200301), nel periodo considerato, si è andato progressivamente riducendo (-32%) a favore della raccolta differenziata di carta (CER 200101), vetro, plastica e allumino (CER 150106) che è salita di 5 volte, raggiungendo una percentuale media del 37%.

Nel Grafico 2 viene evidenziato il trend temporale del consumo dei rifiuti sanitari a rischio infettivo (CER 180103) che rileva, nel triennio considerato, una diminuzione del consumo del 10%. Si è registrato, inoltre un risparmio economico, nello stesso periodo, pari al 4%.



GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA



2011 - 2013

PIOPPO M. Direttore Sanitario, ORLANDI W. Direttore Generale, CIOTTI P. Dipartimento Professioni Sanitarie Responsabile Area Igiene Ospedaliera, MORCELLINI R. Dipartimento Professioni Sanitarie Responsabile Qualità ed Accreditamento, ONTARI G. Dipartimento delle Professioni Sanitarie Infermiere Formatore, PIERI L. Dirigente medico Direzione medica Ospedaliera

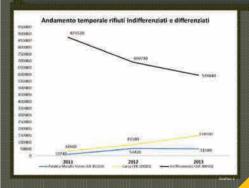
Parole chiave: rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, raccolta differenziata.

Nel 2011 l'Azienda Ospedaliera ha avviato un progetto di miglioramento della gestione dei rifiuti sanitari, proponendosi la diffusione di una cultura univoca ed appropriata della differenziazione dei rifiuti prodotti in modo da minimizzare i costi di impatto ambientale e di raccolta e smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. Il Regolamento di gestione dei rifiuti sanitari è reperibile nel portale aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente.



CONTENUTI

Il progetto, consolidato nell'anno 2012 con la stesura del regolamento aziendale sulla corretta gestione dei rifiuti ospedalieri, si è posto l' obiettivo di fornire indicazioni in modo da ridurre la pericolosità dei rifiuti, favorirne il recupero e ottimizzarne la raccolta e lo smaltimento attraverso comportamenti uniformi e conformi alle disposizioni normative vigenti. In particolare, le azioni intraprese ai fine di ottenere la riduzione del rischio per la salute pubblica e di operatori ed utenti, sono state messe a punto ai livello della produzione in modo da separare le tipologie di rifiuto in modo differenziato fin dall'origine. In sintesi, si è proceduto a corredare ciascun contenitore pressistente e di neo introduzione come quelli relativi alla raccolta differenziata di istruzioni operative (Es. Fig. 1) sulle categorie di rifiuto e per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo del grado di contaminazione. Nel contempo, sono stati effettuati corsi di formazione ed esercitazioni sul campo che hanno coinvolto più di 1000 dipendenti. A sostegno dell'attività formativa vengono svolte periodiche ispezioni sul grado di applicazione del regolamento aziendale attraverso la verifica della correttezza della separazione dei rifiuti, dell'uso dei contenitori autorizzati e della presenza della procedura operativa contenitore specifica.





CONCLUSIONI

Come si desume dal <u>Grafico 1</u>, il consumo dei rifiuti indifferenziati (CER 200301) nel corso del periodo preso in considerazione, si è andato progressivamente riducendo (-32%) a favore della raccolta differenziata di carta (CER 200101), vetro, plastica e allumino (CER 150106) che è salita di 5 volte, raggiungendo una percentuale media del 37%. Nel <u>Grafico 2</u> viene evidenziato il trend temporale del consumo dei rifiuti sanitari a rischio infettivo (CER 180103) che rileva, nel triennio considerato, una diminuzione del consumo del 10%. Si è registrato, inoltre un risparmio economico, nel periodo considerato, pari al 4%.

APPROPRIATEZZA DELLE URGENZE IN BLOCCO OPERATORIO

L. Polenta¹, M. Sebastiani¹, S. Giacchetti¹, S. Giuliodoro³, L. Incicchitti¹, S. Iuorio³, F. Luzi¹, C. Martini¹, M. Morosetti¹, R. Papa¹, G. Serafini¹, M.C. Spina¹, G. Mazzarini²

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, Direzione Medica Ospedaliera; ² Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, UNIVPM, Ancona; ³ Dipartimento Emergenza ed Accettazione

Parole chiave: appropriatezza, chirurgia, urgenza

Introduzione. Nella Azienda sono in attività 15 sale operatorie di cui 2 dedicate agli interventi in emergenza ed urgenza relativi alle 19 specialità chirurgiche presenti. Il Gruppo Miglioramento Chirurghi, costituito quattro anni fa, ha nominato una Commissione per verificare la appropriatezza dell'uso delle sale operatorie quando viene dichiarata la necessità di intervenire in urgenza od emergenza. Si è provveduto ad identificare la casistica delle patologie che si possono presentare in regime di urgenza, disciplina per disciplina, e a inserirle nelle categorie dell'urgenza di cui alle linee guida nazionali B1 (intervento da effettuarsi entro tre ore) B2 (intervento da effettuarsi entro sei ore) B3 (intervento da effettuarsi entro ventiquattro ore).

Contenuti. La Commissione, costituita da un medico di direzione medica, da un clinico e da due anestesisti ha utilizzato il sistema informatico aziendale ORMAWEB sul quale sono registrate tutte le attività chirurgiche. La Commissione ha provveduto ad esaminare i report predisposti dall'amministratore di sistema del Blocco Operatorio, individuando gli interventi effettuati in regime di emergenza/urgenza in 13 mesi, da settembre 2013 a settembre 2014 che sono risultate essere in numero di 2041 sulle due sale dell'urgenza. Si è provveduto a verificare la corrispondenza tra le patologie per cui si è richiesta l'urgenza e l'elenco delle patologie a priori riconosciute dagli stessi chirurghi come rientranti nelle categorie delle urgenze. Nel caso della non corrispondenza con le categorie delle urgenze, al chirurgo sono stati richiesti chiarimenti di natura clinica a giustificazione. L'attività della Commissione si svolge in regime ordinario con una riunione a settimana, nel corso della quale vengono analizzati tutti i casi nei quali si è operato con la motivazione dell'urgenza.

Conclusioni. L'attività della Commissione Urgenze, che si riunisce a cadenza settimanale, con il suo monitoraggio continuo e con l'attività di richiesta di chiarimenti in tutti i casi dubbi, ha comportato di per sé un miglioramento percentuale della appropriatezza complessiva dell'utilizzo delle sale operatorie per le urgenze, come si evince dalla lettura della tabella n. 1.



APPROPRIATEZZA DELLE URGENZE IN BLOCCO OPERATORIO



L.Polenta*, M. Sebastiani*, S. Giacchetti*, S. Giuliodoro***, L. Incicchitti*, S. Iuorio***, F. Luzi*, C. Martini*, M. Morosetti*, R. Papa*, M.C. Spina*, G. Mazzarini°, G. Serafini*

*Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, Direzione Medica Ospedaliera

Parole chiave: appropriatezza, chirurgia, urgenza

INTRODUZIONE: Nella Azienda sono in attività 15 sale operatorie di cui 2 dedicate agli interventi in emergenza ed urgenza relativi alle 19 specialità chirurgiche presenti. Il Gruppo Miglioramento Chirurghi, costituito quattro anni fa, ha nominato una Commissione per verificare la appropriatezza dell'uso delle sale operatorie quando viene dichiarata la necessità di intervenire in urgenza od emergenza. Si è provveduto ad identificare la casistica delle patologie che si possono presentare in regime di urgenza, disciplina per disciplina, e a inserirle nelle categorie dell'urgenza di cui alle linee guida nazionali B1 (intervento da effettuarsi entro tre ore) B2 (intervento da effettuarsi entro sei ore) B3 (intervento da effettuarsi entro ventiquattro ore).

CONTENUTI: La Commissione, costituita da un medico di direzione medica, da un clinico e da due anestesisti ha utilizzato il sistema informatico aziendale ORMAWEB sul quale sono registrate tutte le attività chirurgiche. La Commissione ha provveduto ad esaminare i report predisposti dall'amministratore di sistema del Blocco Operatorio, individuando gli interventi effettuati in regime di emergenza/urgenza in 13 mesi, da settembre 2013 a settembre 2014, che sono risultate essere in numero di 2041 sulle due sale dell'urgenza. Si è provveduto a verificare la corrispondenza tra le patologie per cui si è richiesta l'urgenza e l'elenco delle patologie a priori riconosciute dagli stessi chirurghi come rientranti nelle categorie delle urgenze. Nel caso della non corrispondenza con le categorie delle urgenze, al chirurgo sono stati richiesti chiarimenti di natura clinica a giustificazione. L'attività della Commissione si svolge in regime ordinario con una riunione a settimana, nel corso della quale vengono analizzati tutti i casi nei quali si è operato con la motivazione dell'urgenza

Periodo			
(18 settimane)	urgenti	difformi	% difformità
09/09/13 -15/01/14	648	23	4%
16/01/14 -25/05/14	604	13	3%
26/05/14 -26/09/14	789	9	2%

CONCLUSIONI: L'attività della Commissione Urgenze, che si riunisce a cadenza settimanale, con il suo monitoraggio continuo e con l'attività di richiesta di chiarimenti in tutti i casi dubbi, ha comportato di per sé un miglioramento percentuale della appropriatezza complessiva dell'utilizzo delle sale operatorie per le urgenze, come si evince dalla lettura della tabella n.1.

[°]Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, UNIVPM, Ancona

^{***}Dipartimento Emergenza ed Accettazione

LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO IN ODONTOIATRIA NELL'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

A. Poli¹, A. De Simone², E. Fornai³, E. Spadini⁴

¹ Direttore S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria di Firenze;

² Dirigente medico Odontoiatria, Azienda Sanitaria di Firenze; ³ Assistente Sanitario, S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria di Firenze; ⁴ Infermiere, S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria di Firenze

Parole chiave: odontoiatria, linee d'acqua, riunito

Introduzione. Il rischio infettivo legato all'attività odontoiatrica rappresenta un problema di Sanità Pubblica, soprattutto se si considera l'ampia diffusione di tale attività sanitaria nella popolazione. Le procedure ad alto rischio infettivo riguardano interventi su organi e tessuti del paziente attraverso l'uso di strumenti e apparecchiature mediche.

Contenuti. L'Azienda Sanitaria di Firenze ha attivato la Procedura "Gestione del rischio infettivo in Odontoiatria" con l'obiettivo di rendere omogenee le attività di prevenzione e controllo.

Abbiamo affrontato gli aspetti relativi alla sterilizzazione dei devices sia in ambito ospedaliero che territoriale attraverso un'analisi dei costi e benefici, anche in considerazione dell'esternalizzazione di tale attività. L'impiego di adeguati procedimenti di disinfezione o sterilizzazione ha un ruolo essenziale nel prevenire la trasmissione di infezioni. Per conseguire questo obiettivo è necessario identificare le tecniche di trattamento più adeguate, tenendo conto della natura dello strumento e dell'uso a cui è destinato. Il processo di sterilizzazione è un intervento di prima scelta ed è da preferire in tutte le situazioni di rischio elevato; esso è obbligatorio per gli articoli critici ed è consigliabile, anche se non indispensabile, per quelli semicritici. L'altro argomento affrontato è stato la gestione delle linee d'acqua, che prevedere idonei sistemi di trattamento in grado di prevenire la contaminazione dell'impianto e la sicurezza dell'acqua ai punti di erogazione. A tale riguardo è stato adottato un programma di gestione del rischio attraverso un team multidisciplinare e multiprofessionale, grazie alla collaborazione con le Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero, il Setting Rischio Biologico, l'Area dell'Ingegneria Clinica e l'Area Tecnica.

Il circuito idrico che alimenta gli strumenti del riunito è un punto critico nel controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza. È stata ampiamente documentata una significativa contaminazione delle unità dentistiche con *Legionella pneumophila* (48% dei casi). A tale riguardo un importante misura di prevenzione primaria è rappresentato dal trattamento dell'acqua destinata al consumo umano, prevedendo dei punti di disconnessone dell'impianto principale ed idonei sistemi di protezione ai punti terminali.

È necessario monitorare almeno annualmente i livelli di contaminazione dell'acqua della poltrona odontoiatrica e operare secondo quanto indicato nelle Linee guida ISPESL "Linee guida sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro nel reparto operatorio", 2009

Conclusioni. Uno dei principi ispiratori in materia di controllo delle infezioni ospedaliere sono state le Raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea basato sulla valutazione del rischio infettivo, ciò ha richiesto di approfondire le conoscenze di tale problematica, aumentandone la percezione del problema negli operatori sanitari in tutti i suoi aspetti, per tali motivi sono stati pianificati interventi formativi per aumentare la conoscenza e la percezione del rischio. Un'adeguata gestione del rischio infettivo in Odontoiatria ha stimolato l'acquisizione di apparecchiature dotate di tecnologie innovative.

La gestione del rischio infettivo in Odontoiatria nell'Azienda Sanitaria di Firenze



A. Poli, Direttore S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria di Firenze
A. De Simone, Dirigente medico Odontoiatria, Azienda Sanitaria di Firenze
E. Fornai, Assistente Sanitario, S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria di Firenze
E. Spadini, Infermiere, S.O.S. Vigilanza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, Azienda Sanitaria di Firenze

Parole chiave: Odontoiatria, linee d'acqua, riunito

Introduzione: Il rischio infettivo legato all'attività odontoiatrica rappresenta un problema di Sanità Pubblica, soprattutto se si considera l'ampia diffusione di tale attività sanitaria nella popolazione. Le procedure ad alto rischio infettivo riguardano interventi su organi e tessuti del paziente attraverso l'uso di strumenti e apparecchiature mediche.

Il rischio accettabile



Lo crificità dell'odontoiatria



Le fasi della Procedura















Contenuti: L'Azienda Sanitaria di Firenze ha attivato la Procedura "Gestione del rischio infettivo in Odontoiatria" con l'obiettivo di rendere omogenee le attività di prevenzione e controllo.

Abbiamo affrontato gli aspetti relativi alla sterilizzazione dei devices sia in ambito ospedaliero che territoriale attraverso un'analisi dei costi e benefici, anche in considerazione dell'esternalizzazione di tale attività.

L'impiego di adeguati procedimenti di disinfezione o sterilizzazione ha un ruolo essenziale nel prevenire la trasmissione di infezioni. Per conseguire questo obiettivo è necessario identificare le tecniche di trattamento più adeguate, tenendo conto della natura dello strumento e dell'uso a cui è destinato. Il processo di sterilizzazione è un intervento di prima scelta ed è da preferire in tutte le situazioni di rischio elevato; esso è obbligatorio per gli articoli critici ed è consigliabile, anche se non indispensabile, per quelli semicritici.

Clinical Contact Surfaces



Housekeeping Surfaces



L'altro argomento affrontato è stato la gestione delle linee d'acqua, che prevedere idonei sistemi di trattamento in grado di prevenire la contaminazione dell'impianto e la sicurezza dell'acqua ai punti di erogazione. A tale riguardo è stato adottato un programma di gestione del rischio attraverso un team multidisciplinare e multiprofessionale, grazie alla collaborazione con le Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero, il Setting Rischio Biologico, l'Area dell'Ingegneria Clinica e l'Area Tecnica.

Il circuito idrico che alimenta gli strumenti del riunito è un punto critico nel controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza. E' stata ampiamente documentata una significativa contaminazione delle unità dentistiche con Legionella pneumophila (48% dei casi). A tale riguardo un importante misura di revenzione primaria è rappresentato dal trattamento dell'acqua destinata al consumo umano, prevedendo dei punti di disconnessone dell'impianto principale ed idonei sistemi di protezione ai punti terminali.

E' necessario monitorare almeno annualmente i livelli di contaminazione dell'acqua della poltrona odontoiatrica e operare secondo quanto indicato nelle Linee guida ISPESL "Linee guida sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro nel reparto operatorio", 2009

Conclusioni: Uno dei principi ispiratori in materia di controllo delle infezioni ospedaliere sono state le Raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea basato sulla valutazione del rischio infettivo, ciò ha richiesto di approfondire le conoscenze di tale problematica, aumentandone la percezione del problema negli operatori sanitari in tutti i suoi aspetti, per tali motivi sono stati pianificati interventi formativi per aumentare la conoscenza e la percezione del rischio. Un'adeguata gestione del rischio infettivo in Odontoiatria ha stimolato l'acquisizione di apparecchiature dotate di tecnologie innovative.

SANIFICAZIONE AMBIENTALE NO TOUCH CON PEROSSIDO DI IDROGENO: CONFRONTO FRA TRE DIVERSI SISTEMI

Porcheddu S.¹. Deriu M.G.². Pesapane L.². Bellu S.². Masia M.D.³. Mura I.³

- ¹ Direzione Medica di Presidio-Azienda Ospedaliero-Universitaria Sassari;
- ² Servizio di Igiene Ospedaliera-Azienda Ospedaliero-Universitaria Sassari; ³ Dipartimento di Scienze Biomediche-Igiene e Medicina Preventiva-Università degli Studi di Sassari

Parole chiave: sanificazione, perossido di idrogeno

Introduzione. L'ambiente, agendo come reservoirs per i microrganismi, ha un ruolo importante nella trasmissione delle infezioni, pertanto la sua decontaminazione rappresenta un punto cruciale per contenere il rischio infettivo. Le comuni procedure di sanificazione, pur rimanendo una pratica indispensabile, non consentono tuttavia di raggiungere risultati ottimali in quanto i microrganismi tendono spesso ad annidarsi in punti difficilmente raggiungibili.

Contenuti. Valutare il grado di decontaminazione di ambienti ospedalieri ad alto rischio di infezioni mediante nuove tecnologie presenti sul mercato.

Sono stati messi a confronto 3 diversi sistemi di sanificazione ambientale no touch per via aerea (Bioquell. CleanCube, Medibios) che utilizzano come biocida il perossido di idrogeno (HP) aerosolizzato (Medibios), atomizzato (CleanCube) o sotto forma di vapore (Bioquell). La metodologia di indagine ha previsto la valutazione del grado di contaminazione microbica dell'aria e delle superfici di una sala operatoria, preliminarmente sanificata con le procedure di routine, prima e dopo ciascun trattamento di disinfezione con HP. I campionamenti dell'aria sono stati effettuati con lo strumento DUO SAS 360 (Ditta PBI-Milano) al tempo 0 (prima dell'erogazione del disinfettante) e al tempo 1 (dopo 1 o 2 ore dal termine del processo di disinfezione), mantenendo costante la posizione del campionatore all'interno della sala. Il controllo delle superfici, nelle stesse condizioni, è stato effettuato utilizzando piastre rodac contact (Ditta BPI- Milano). I risultati sono stati espressi in UFC/m³ per l'aria e UFC/piastra per le superfici. I risultati relativi al monitoraggio dell'aria sono stati analizzati con il test T di Student.

Il processo di disinfezione con i 3 sistemi ha evidenziato:

Bioquell: nell'aria, riduzione della carica batterica (CB) dell'84.6% (P=0.01) e della carica micetica (CM) dell'87.2% (P=0.008); nelle superfici, riduzione della carica microbica totale variabile dal 57.1% al 100% in funzione della tipologia di superficie.

CleanCube: riduzione della carica microbica totale dell'aria del 100% (CB: P=0.03; CM: P=0.0001); per le superfici, riduzione della carica microbica del 100%, ad eccezione per il payimento (25%),

Medibios: nell'aria, riduzione di CB del 53.4% (P=0.005) e di CM del 27.3% (P=0.20); relativamente alle superfici, la percentuale di riduzione della carica microbica totale varia dal 50% al 100%.

Conclusioni. Nel complesso, i 3 sistemi di disinfezione ambientale a base di HP hanno mostrato buona efficacia sia a livello di superfici che di aria. L'azione antimicrobica è risultata particolarmente evidente per i sistemi Bioquell e CleanCube, minore per il sistema Medibios dimostratosi meno attivo nei confronti dei miceti. Si ritiene che la disinfezione ambientale no touch con HP, che non sostituisce la procedura routinaria di sanificazione, possa comunque costituire uno strumento utile nella decontaminazione residua (post-sanificazione), indispensabile per garantire condizioni ottimali di salubrità ambientale in ambienti ad alto rischio infettivo.





SANIFICAZIONE AMBIENTALE NO TOUCH CON PEROSSIDO DI IDROGENO: CONFRONTO FRA TRE DIVERSI SISTEMI



Porcheddu S.*, Deriu M.G.**, Pesapane L.**, Bellu S.**, Masia M.D.***, Mura I.***

- *Direzione Medica di Presidio-Azienda Ospedaliero-Universitaria Sassari **Servizio di Igiene Ospedaliera-Azienda Ospedaliero-Universitaria Sassari
- ***Dipartimento di Scienze Biomediche-Igiene e Medicina Preventiva-Università degli Studi di Sassari



Introduzione. L'ambiente, agendo come reservoirs per i microrganismi, ha un ruolo importante nella trasmissione delle infezioni, pertanto la sua decontaminazione rappresenta un punto cruciale per contenere il rischio infettivo. Le comuni procedure di sanificazione, pur rimanendo una pratica indispensabile, non consentono tuttavia di raggiungere risultati ottimali in quanto i microrganismi tendono spesso ad annidarsi in punti difficilmente raggiungibili.





Obiettivi. Valutare il grado di decontaminazione di ambienti ospedalieri ad alto rischio di infezioni mediante nuov tecnologie presenti sul mercato.







Metodi. Sono stati messi a confronto 3 diversi sistemi di sanificazione ambientale no touch per via aerea (Bioquell, CleanCube, Medibios) che utilizzano come biocida il perossido di idrogeno (HP) aerosolizzato e atomizzato (Medibios e CleanCube) o sotto forma di vapore (Bioquell).





La metodologia di indagine ha previsto la valutazione del grado di contaminazione microbica dell'aria e delle superfici di una sala operatoria, preliminarmente sanificata con le procedure di routine, prima e dopo ciascun trattamento di disinfezione con HP. I campionamenti dell'aria sono stati effettuati con lo strumento DUO SAS 360 (Ditta PBI-Milano) al tempo 0 (prima dell'erogazione del disinfettante) e al tempo 1 (dopo 1 ora dal termine del processo di disinfezione), mantenendo costante la posizione del campionatore all'interno della sala. Il controllo delle superfici, nelle stesse condizioni, è stato effettuato utilizzando piastre rodas contact (Ditta BPI- Milano).





risultati sono stati espressi in UFC/m³ per l'aria e UFC/piastra per le superfici. risultati relativi al monitoraggio dell'aria sono stati analizzati con il test T di



Risultati. Il processo di disinfezione con i 3 sistemi ha evidenziato:

Bioquell: nell'aria, riduzione della carica batterica (CB) dell'84.6% (P=0.01) e della carica micetica



(CM) dell'87.2% (P=0.008); nelle superfici, riduzione della carica microbica totale variabile dal 57.1% al 100% in funzione della tipologia di superficie.



CleanCube: riduzione della carica microbica totale dell'aria del 100% (CB: P=0.03; CM: P=0.0001); per le superfici, riduzione della carica microbica del 100%, ad eccezione per il pavimento (25%).

Medibios; nell'aria, riduzione di CB del 53.4% (P=0.005) e di CM del 27.3% (P=0.20); relativamente alle superfici, la percentuale di riduzione della carica microbica totale varia dal 50% al 100%.





Conclusioni. Nel complesso, i 3 sistemi di disinfezione ambientale a base di HP hanno mostrato buona efficacia sia a livello di superfici che di aria.

L'azione antimicrobica è risultata particolarmente evidente per i sistemi Bioquell e CleanCube, minore per il sistema Medibios dimostratosi meno attivo nei confronti dei miceti. Si ritiene che la disinfezione ambientale no touch con HP, che non sostituisce la procedura routinaria di sanificazione, possa comunque costituire uno strumento utile nella decontaminazione residua (post-sanificazione), indispensabile per garantire condizioni ottimali di salubrità ambientale in ambienti ad alto rischio infettivo.









IL RISK MANAGEMENT E L'ERRORE IN TERAPIA: CORSO IN MODALITÀ WEBQUEST

Raciti I.M.², Cestino D.¹, Olivero D.², Capasso T.², Nisii F.³, Picco G.³, Fiandra U.², Pognant Viù D.², Villata E.², Stecca S.¹, Fornero G.²

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino:

¹ Farmacia; ² Qualità, Risk Management e Accreditamento; ³ Formazione;

Parole chiave: formazione webguest, farmaco, rischio clinico

Introduzione. La sicurezza degli assistiti si colloca in una prospettiva di miglioramento continuo della qualità. Argomento fondamentale in questo ambito è il miglioramento della gestione della terapia farmacologica: presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, mentre le richieste di risarcimento danni per errori di terapia rappresentano una percentuale minima (inferiore al 1% sul totale delle richieste di risarcimento), i professionisti segnalano un notevole numero di eventi avversi/near miss (circa il 30% del totale delle segnalazioni effettuate), ciò indica una notevole percezione del rischio. Prevenire il verificarsi degli eventi avversi e rafforzare le competenze dei professionisti è una necessità e la formazione costituisce uno strumento indispensabile.

Ad implementazione della formazione residenziale, svolta già da diversi anni, è stato introdotto un corso di formazione a distanza in modalità Webquest: strumento didattico virtuale che a partire da presupposti teorici ispirati all'apprendimento cooperativo consente al discente lo sviluppo delle capacità di analisi, sintesi e valutazione.

Il corso fornisce le informazioni necessarie per accrescere la consapevolezza dei professionisti in merito alle problematiche legate al percorso del farmaco nella quotidiana pratica.

Contenuti. I docenti sono due su due corsi avviati contemporaneamente, è possibile avvalersi delle competenze dei farmacisti dei e dei tecnici della formazione/informatici rivolgendo loro domande dirette. I discenti sono 40 per ogni aula virtuale a loro volta suddivisi in quattro gruppi con un mandato differente per ogni settimana di studio.

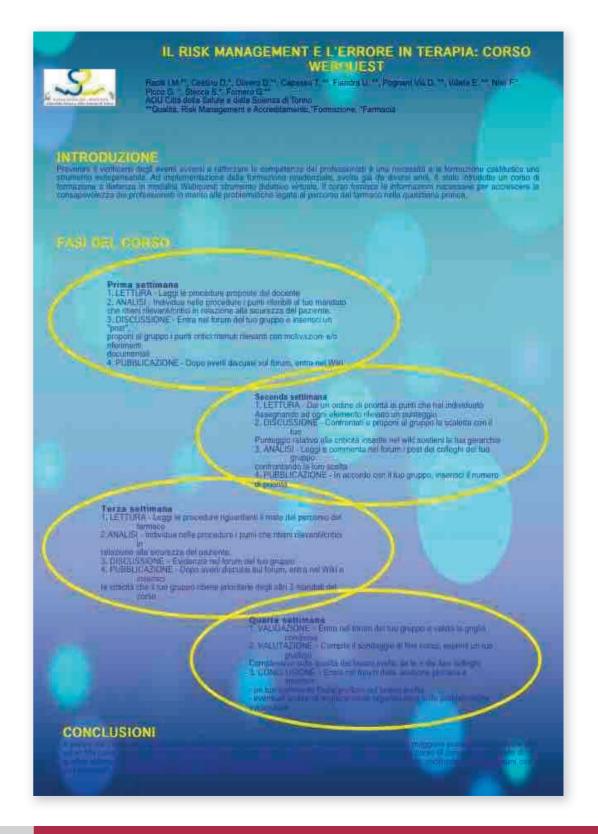
Il corso è articolato in 5 settimane:

- 1° settimana: familiarizzazione ambito informatico
- 2º settimana: lettura parziale della documentazione, inizio discussione in aula virtuale fra i membri di ogni gruppo
- 3° settimana: analisi criticità della fase assegnata e creazione di un documento sinottico (wiki)
- 4º settimana: lettura completa della documentazione, discussione in aula virtuale fra i membri di ogni gruppo, analisi criticità riferibili a tutto il percorso del farmaco in azienda
- 5° settimana: discussione plenaria di tutti i discenti in aula virtuale, analisi di confronto con lo stato dei fatti, formulazione di proposte migliorative/suggerimenti.

L'accesso all'aula virtuale è consentito 24 ore su 24.

Nell'area risorse si mette a disposizione il materiale didattico da consultare in modo da evitare ricerche bibliografiche da parte dei discenti che potrebbero avere scarsa autenticità /attendibilità e fornire informazioni distorte.

Conclusioni. A partire dal 2012 sono state svolte quattro edizioni del corso ogni anno. I vantaggi riscontrati sono: maggiore possibilità di fruizione del corso (da casa, senza il distacco totale dal servizio), confronto con la realtà durante l'esecuzione del corso (il corso ha una durata di quattro settimana), possibilità di monitorare il processo di apprendimento anche con sopralluoghi diretti, confronto multidisciplinare con altri operatori, possibile spunto per la revisione delle indicazioni aziendali.



SICUREZZA ED EFFICIENZA NEL PROCESSO DI GESTIONE CENTRALIZZATA DEI FARMACI ANTIBLASTICI: L'UFA IN ASL3 GENOVESE

Rebagliati B.1, Bedogni C.2, Grossi I.3, Dottore G.4, Giacobbe S.5, Brocco B.6, Spada G.7, Nobile S.8, Bianchi C.9, Gallone O.10

¹ Direttore Presidio Ospedaliero Unico ASL3 Genovese; ² Direttore Generale ASL 3 Genovese; ³ Direttore ASP Caltanissetta già Direttore Sanitario ASL 3 Genovese; ⁴ Dirigente Medico Ospedale Villa Scassi; ⁵ Responsabile P.O. Governo Processi Assistenziali ASL 3 Genvese; 6 Responsable P.O. Infermieristico Direzione P.O.U. ASL 3 Genovese; ⁷ Responsabile Dipartimento Infrastrutture; ⁸ Direttore Dipartimento Attività Farmaceutiche; ⁹ Dipartimento Attività Farmaceutiche: ¹⁰ Coordinatore Infermieristico Oncologia/U.F.A. ASL3 Genovese

Parole chiave: sicurezza degli operatori, gestione del rischio clinico, sostenibilità economica

Introduzione. I farmaci oncologici sono stati assunti dall'AIFA come terreno di verifica dei processi di valutazione, di trasferibilità e di sostenibilità economica. Il vantaggio del percorso intrapreso è rappresentato dall'ottenere una maggiore sicurezza per il personale addetto alla preparazione, dal ridurre l'errore farmacologico e dal diminuire gli scarti di produzione. Ricondurre il processo a idonee regole di sicurezza, organizzative e di produzione, oltre ad avere un significato etico e normativo, genera una riduzione:- dei danni iatrogeni al paziente per errori di sistema e dei potenziali contenziosi legali che ne possono derivare - degli eventi negativi che possono coinvolgere il personale addetto, con potenziali richieste di risarcimento per danno lavorativo - degli sprechi consequenti a scarsa organizzazione (es: preparazioni eseguite per errore o non somministrate) - del tempo dedicato ad esequire calcoli e trascrizioni cartacee non supportate da sistemi informatici. L'allestimento centralizzato in farmacia e la prescrizione informatizzata rappresentano un modello virtuoso nella fornitura dei farmaci in ospedale, e come tale suggerito anche dal Ministero della Salute nelle recenti Raccomandazioni n. 7 e n. 14. La Direzione Aziendale Asl3 Genovese ha intrapreso il percorso verso tale centralizzazione nel corso dell'anno 2013 ed è arrivata all'attivazione dell'Ufa presso l'Ospedale Villa Scassi in data 01.10.2013, a seguito di attente valutazioni tecniche ed economiche e benchmarking. A tale scopo la Direzione Sanitaria ha individuato un'area dando mandato al Dipartimento Tecnico di realizzare l'Unità Farmaci Antiblastici (UFA). Si è quindi deciso di provvedere con risorse interne alla stesura del progetto esecutivo, espletando una gara per l'esecuzione dei lavori.

Contenuti. Il provvedimento del 05/08/1999, per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a rischio tossico da manipolazione di farmaci antineoplastici in ambiente sanitario, prevede per le aziende preposte la costituzione delle (UFA) centralizzate. Quanto sopra viene realizzato anche tenendo conto che alcuni principi farmacologici hanno caratteristiche cancerogene e pertanto usando il concetto di "massima precauzione possibile", con la costruzione dell'UFA si risponde anche a quanto previsto dal D.Lgs. 81/08 che fornisce indicazioni circa la sostituzione e riduzione delle esposizioni.

La manipolazione dei farmaci antiblastici è argomento di rilievo poiché caratterizzato da risvolti in termini di sicurezza del paziente, sicurezza del lavoratore, rispetto del principio di economicità (con la definizione dei drug's day e l'eliminazione di sprechi e farmaci avanzati da eliminare). L'UFA essere:

- Centralizzata: evitando la diffusione di attività a rischio e riducendo al minimo il numero degli addetti esposti con un notevole risparmio nei costi di gestione.
- Isolata: deve essere circoscritta e chiaramente identificabile nell'ambiente sanitario.
- Chiusa: garantendo lo smaltimento con criteri di protezione e prevenzione.
- Protetta: l'accesso deve essere riservato solo al personale addetto.
- Segnalata: con appositi cartelli.

Conclusioni. Il percorso intrapreso si è composto delle seguenti fasi: Creazione del team interdisciplinare; Partecipazione nel 2012 al percorso fmea/fmeca rete oncologica ligure; Revisione della procedura esistente per le terapie antiblastiche e della documentazione; Valutazione e individuazione del software gestionale e standerdizzazione dei protocolli: Formazione del personale; Dotazione di locali e laboratori; Identificazione dei requisiti di qualità e sterilità del processo di allestimento e definizione drug's day; Censimento dei reparti che utilizzano farmaci oncologici; Valutazione dei carichi di lavoro; Valutazione dell'imballaggio e organizzazione del Servizio di consegna; Programma di sorveglianza sanitaria; Audit clinici 2014



Sicurezza ed efficienza nel processo di vestione dei farmaci antiblastici: la centralizzazione della preparazione in ASL3 Genoves



- Bruna Rebagliati Direttore Presidio Ospedaliero Unico ASL 3 Genovese
 Corrado Bedogni Direttore Generale ASL 3 Genovese
 Ida Grossi Direttore Generale ASP Caltanissetta già Direttore Sanitario ASL 3

- Ospedaliero Unico ASL 3 Genrovos

I farmaci oncologici, per i costi indotti e per le implicazioni sui cambiamenti del processo assistenziale generato dai medicinali per via orale (desopedalizzazione e continuià terapentica ospedale – territorio), sono una delle espressioni più prossime dell'HTA e quindi sono stati assunt dall'AIFA come terrero di verifica dei processi di valutazione, di trasferibilità e di sostenibilità economica. Il vantangio del percorsi, oltre all'importante attività di informatizzazione del processo e formazione del personale dall'AIFA come terrero di verifica dei processi di valutazione, di trasferibilità e di sostenibilità economica. Il vantangio del percorsi, oltre all'importante attività di informatizzazione del processo e formazione del personale dall'AIFA come terrero di verifica dei processi di valutazione, di trasferibilità e di sostenibilità economica. Il vantangio del percorsi, oltre all'importante attività di informatizzazione del processo e formazione del personale dall'AIFA come terrero di verifica dei processi di valutazione, di trasferibilità e di sostenibilità economica. Il vantangio del percorsi, di trasferibilità de inspectatione del personale dell'AIFA come terrero di verifica dei processo di valutazione, di trasferibilità e di sostenibilità economica. Il vantangio del percorsi, di trasferibilità di informatizzazione del processo e formazione del personale dell'AIFA come terrero di verifica dei processo di valutazione, di trasferibilità e di sostenibilità e di sostenibilità e di sostenibilità conomica.

è rappresentato dall' ottenere una maggiore sicurezza per il personale addetto alla preparazione, dal ridurre l'errore farmacologico e dal diminuire gli scarti di produzione, Riccodurre il processo a idonce regole di sicurezza, organizzative e di produzione, oltre ad avere un

significato etico e normativo, genera una riduzione:
- dei danni iatrogeni al paziente per errori di sistema e dei potenziali contenziosi legali che ne possono derivare

degli eventi negativi cne possano comivogaci e predegli sprechi conseguenti a scarsa organizzazione (es: preparazioni eseguite per errore o non somministrate)

L'allactimento centralizzato in farmacia a la nescrivione informativzata

Raccomandazioni n 7 e n 14

dell'Ufa presso l'Ospedale Villa Scassi in data 01.10.2013, a seguito di attente valutazioni tecniche ed economiche nonchè di utili benchmarking.

A tale scopo la Direzione Sanitaria ha individuato un'area al piano terra del Pad.8 dell'Osp. Villa Scassi (sede del Reparto di Oncologia) dando mandato al Dinartimento Tecnico di procettare e realizzare in tale area l'Unità Farmaci Antiblastici (UFA). Si è quindi deciso di provvedere con

L'componenti del cruppo di Jayoro multidisciplinare (afferenti alla Direzione Sanitaria al servizio di Oncologia e alla Farmacia) nel rispetto del

ambienti con controllo particellare e microbiologico dell'aria (NRP-FII):

locale spogliatoio classe D locale filtro personale -- classe C





- Creazione del team interdisciplinare
 Partecipazione nel 2012 al percorso finea/fineca rete oncologica ligure
- Revisione della procedura esistente per le terapie antiblastiche Valutazione e individuazione del software gestionale Formazione del personale

- Douzzione in locane i onzionalo il dela filo del processo di all'estimento e definizione drug's day Censimento dei requisiti di qualità e sterilità del processo di all'estimento e definizione drug's day Censimento dei reparti che utilizzano farmaci oncologici Valutazione dei carichi di lavroo Valutazione del l'imballaggio e organizzazione del Servizio di consegna

- o Programma di sorveglianza sanitaria

POSIZIONAMENTO DI SALA OPERATORIA MOBILE PRESSO L'OSPEDALE CAUSA PIA LUVINI DI CITTIGLIO (VARESE) A SEGUITO DI CHIUSURA DI BLOCCO OPERATORIO OSPEDALIERO

Salzillo Adelina*, Tagliasacchi Roberta*, Avanzi Gianluca^, Colombo Antonella**, Staffa Antonio M.G.**

- * Direzione Medica Presidio del Verbano AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese;
- ^ Direttore Sanitario Aziendale AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese;
- ** SITRA- AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese

Parole chiave: sala operatoria mobile; mantenimento requisiti accreditamento; interventi di ristrutturazione

Introduzione. Il mantenimento delle attività chirurgiche di emergenza/urgenza nonché il rispetto dei requisiti di accreditamento di cui al DPR 14.01.1997, DGR 38133/1998, DGR 47077/1999, D.Lgs 81/2008, durante l'effettuazione di lavori di ristrutturazione, hanno rappresentato per l'Azienda Ospedaliera Macchi un'opportunità per sperimentare una soluzione innovativa quale il noleggio di una sala operatoria mobile.

Contenuti. L'Ospedale di Cittiglio sta conoscendo una significativa operazione di rinnovamento, frutto della ristrutturazione avviata nel 2008 e che si concluderà entro il 2014.

Nella scorsa primavera, i lavori si sono concentrati al secondo piano del corpo principale, in un'area sovrastante il quartiere operatorio dell'Ospedale, pertanto per garantire la massima sicurezza, le sale operatorie sono state chiuse per circa un mese.

Durante questo intervallo di tempo, l'Ospedale ha ospitato una sala operatoria mobile, perfettamente attrezzata e rispettosa dei più moderni standard di sicurezza, per continuare a garantire l'attività chirurgica in urgenza, compresi i parti cesari.

L'unità è stata installata, previa esecuzione di importanti opere propedeutiche per consentire gli allacciamenti alla rete elettrica e idrica, nel parcheggio prospiciente l'ospedale. L'accessibilità è stata garantita mediante la creazione un passaggio pedonale, collegato all'edificio ospedaliero e al corridoio d'accesso solidale al resto della sala operatoria.

Tale corridoio comunicava con la sala preparazione del paziente e con la sala risveglio, poste rispettivamente in testa e in coda dell'unità, al centro della quale era situata la sala operatoria.

Il posizionamento della sala operatoria mobile ha previsto l'acquisizione di un parere preventivo rilasciato dalla ASL provinciale per ottenere il quale è stato necessario predisporre una relazione tecnico sanitaria nella quale dovevano essere posti in evidenza i seguenti aspetti: cronoprogramma dei lavori, modalità di gestione o trasferimento dei pazienti con indicazione chirurgica, planimetrie dell'area di allocazione della sala mobile, documentazione tecnica della Ditta fornitrice con descrizione dell'unità T16, dichiarazioni CE gas medicali e conformità degli impianti.

È stato predisposto un aggiornamento del Piano di Evacuazione ed Emergenza.

Stretti contatti sono stati tenuti con AREU per il trasporto dei pazienti in urgenza.

Il Punto Nascita è stato pienamente operativo in quanto la struttura dispone di tre sale parto che sono rimaste perfettamente funzionanti; si è resa necessaria una rimodulazione dell'attività di Chirurgia Generale mentre è stata sospesa quella di Ortopedia e Traumatologia.

Il personale Medico ed Infermieristico ha effettuato training formativo specifico sotto la guida del personale tecnico della ditta fornitrice al fine di acquisire le informazioni necessarie per il corretto utilizzo e manutenzione dell'unità dal punto di vista principalmente impiantistico.

Conclusioni. Il noleggio della sala operatoria mobile ha consentito il mantenimento dei requisiti di accreditamento e il mantenimento dell'attività operatoria: durante il periodo di utilizzo è stato possibile eseguire 22 interventi di Chirurgia Generale e 25 di Ginecologia, compresi 10 parti cesarei.





Posizionamento di sala operatoria mobile presso l'Ospedale Causa Pia Luvini di Cittiglio (Varese) a seguito di chiusura di Blocco Operatorio Ospedaliero.

Salzillo Adelina*, Tagliasacchi Roberta*, Avanzi Gianluca^, Colombo Antonella**, Staffa Antonio M.G**
*Direzione Medica Presidio del Verbano – AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese, ^Direttore
Sanitario Aziendale - AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese, **SITRA– AO Ospedale di Circolo e
Fondazione Macchi di Varese

Parole chiave: sala operatoria mobile; mantenimento requisiti accreditamento; interventi di ristrutturazione.

Introduzione

Il mantenimento delle attività chirurgiche di emergenza/urgenza nonché il rispetto dei requisiti di accreditamento di cui al DPR 14.01.1997, DGR 38133/1998, DGR 47077/1999, D.Lgs 81/2008, durante l'effettuazione di lavori di ristrutturazione, hanno rappresentato per l'Azienda Ospedaliera Macchi un'opportunità per sperimentare una soluzione innovativa quale il noleggio di una sala operatoria mobile.

Contenuti

L'Ospedale di Cittiglio sta conoscendo una significativa operazione di rinnovamento, frutto della ristrutturazione avviata nel 2008 e che si concluderà entro il 2014.

Nella scorsa primavera, i lavori si sono concentrati al secondo piano del corpo principale, in un'area sovrastante il quartiere operatorio dell'Ospedale, pertanto per garantire la massima sicurezza, le sale operatorie sono state chiuse per circa un mese.

Durante questo intervallo di tempo, l'Ospedale ha ospitato una sala operatoria mobile, perfettamente attrezzata e rispettosa dei più moderni standard di sicurezza, per continuare a garantire l'attività chirurgica in urgenza, compresi i parti cesari.

L'unità è stata installata, previa esecuzione di importanti opere propedeutiche per consentire gli allacciamenti alla rete elettrica e idrica, nel parcheggio prospiciente l'ospedale. L'accessibilità è stata garantita mediante la creazione un passaggio pedonale, collegato all'edificio ospedaliero e al corridoio d'accesso solidale al resto della sala operatoria.

Tale corridoio comunicava con la sala preparazione del paziente e con la sala risveglio, poste rispettivamente in testa e in coda dell'unità, al centro della quale era situata la sala operatoria.

Il posizionamento della sala operatoria mobile ha previsto l'acquisizione di un parere preventivo rilasciato dalla ASL provinciale per ottenere il quale è stato necessario predisporre una relazione tecnico sanitaria nella quale dovevano essere posti in evidenza i seguenti aspetti: cronoprogramma dei lavori, modalità di gestione o trasferimento dei pazienti con indicazione chirurgica, planimetrie dell'area di allocazione della sala mobile, documentazione tecnica della Ditta fornitrice con descrizione dell'unità T16, dichiarazioni CE gas medicali e conformità degli impianti.

E' stato predisposto un aggiornamento del Piano di Evacuazione ed Emergenza.

Stretti contatti sono stati tenuti con AREU per il trasporto dei pazienti in urgenza.

Il Punto Nascita è stato pienamente operativo in quanto la struttura dispone di tre sale parto che sono rimaste perfettamente funzionanti; si è resa necessaria una rimodulazione dell'attività di Chirurgia Generale mentre è stata sospesa quella di Ortopedia e Traumatologia.

Il personale Medico ed Infermieristico ha effettuato training formativo specifico sotto la guida del personale tecnico della ditta fornitrice al fine di acquisire le informazioni necessarie per il corretto utilizzo e manutenzione dell'unità dal punto di vista principalmente impiantistico.

Conclusioni

Il noleggio della sala operatoria mobile ha consentito il mantenimento dei requisiti di accreditamento e il mantenimento dell'attività operatoria: durante il periodo di utilizzo è stato possibile eseguire 22 interventi di Chirurgia Generale e 25 di Ginecologia, compresi 10 parti cesarei.



OSPEDALE DELLA MURGIA "F. PERINEI": PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONE E AVVIO DEL TRASFERIMENTO

Alessandro Sansonetti*, Vita Maria Simone**, Giovanni B. Morlino**, Rachele Popolizio***, Domenico Burdi^o, Vincenza Urgo^o, Rosalba Pezzulla^o

- * Direttore Medico Ospedale della Murgia "F. Perinei"; ** Dirigente Medico D.M.P.O; *** Direttore Amministrativo P.O.;
- ° Coordinatore Infermieristico D.M.P.O: °° Ass. Ammin. D.M.P.O. °°° C.P.S. Dietista D.M.P.O

Parole chiave: programmazione, trasferimento, ospedale

Introduzione. L'Ospedale della Murgia "Fabio Perinei", sito in agro tra Altamura-Gravina in Puglia si configura come Presidio Ospedaliero di area vasta riveniente dall'accorpamento dei dismessi plessi ospedalieri di Grumo Appula e Santeramo in Colle (maggio 2011), Altamura e Gravina (aprile 2014), con la mission istituzionale di dotare il territorio murgiano di una struttura di concezione avanzata, per aree di intensità di cura, con allocazione differenziata per aree di degenza, di emergenza-urgenza e dei servizi. Il trasferimento si è realizzato nel mese di aprile 2014 e ha richiesto un'accurata pianificazione e programmazione di tempi e modalità, vista la necessità di traslocare le attrezzature insistenti nel vecchi plessi.

Metodi. Principi quida:

Sospensione per il periodo più breve possibile dei ricoveri urgenti e programmati – Calendarizzazione della sospensione delle attività programmate ed urgenti e consequente programmazione dell'ordine di trasferimento di reparti e servizi - Programmazione del trasferimento dei pazienti non dimissibili compattandoli in unica giornata (reparti di Psichiatria e reparti di Rianimazione) – Programmazione dell'organizzazione del servizio di Pronto Soccorso contemporaneamente su più sedi (2 vecchie sedi di Altamura e Gravina oltre la nuova sede) fino al completo trasferimento del reparto di Psichiatria di Gravina e del servizio Dialisi di Altamura – Concentrazione del trasferimento di tutte le attrezzature nel periodo di sospensione delle attività. La programmazione dei trasferimenti ha richiesto la piena funzionalità dei servizi di supporto: Servizi Direzionali - Radiologia e Tac - Sale Operatorie, Centrale di Sterilizzazione - Servizio di Patologia clinica - Farmacia ospedaliera - Servizi Mensa, Pulizia, Lavanderia, Servizi trasporto materiali/arredi -

La tempistica del trasferimento dei reparti e servizi è stata la sequente:

Servizio Informatico, Servizi Tecnici, CUP, Punto informativo.

- 01/04/14-13/04/14 Trasferimento dei Servizi Direzionali e di supporto Sospensione ricoveri ed attività programmate
- 14/04/14-21/04/14 Sospensione ricoveri urgenti con eventualmente dirottamento e/o accompagnamento presso i PP.OO. limitrofi - Trasferimento del Pronto Soccorso, con permanenza di un turno presso Altamura e di Gravina - Avvio del trasferimento dei reparti alla dimissione dei pazienti ricoverati - Trasferimento dell'UTIR con i pazienti non dimissibili - Trasferimento nella giornata di sabato del servizio di Oncologia, a conclusione del turno a.m., per evitare interruzioni nella programmazione terapeutica oncologica
- 22/04/14-30/04/14 trasferimento nel fine settimana in blocco del servizio di Dialisi, a conclusione dell'ultimo turno per evitare interruzioni di trattamento dialitico - Trasferimento degli ambulatori ospe-
- A partire dal giorno 22/04/14 ripresa delle attività di ricovero in emergenza-urgenza
- Dal 28/04/14 graduale ripresa delle attività programmate di ricovero ed ambulatoriali.

Conclusioni. Complessivamente il trasferimento si è concretizzato nell'arco di 30 giorni in assenza di disagi e disservizi per l'utenza.

L'articolata programmazione ha imposto l'attivazione di istituti contrattuali quali guardie a gettone, pronta disponibilità, straordinario. A salvaguardia della continuità dell'assistenza agli utenti è stato stipulato un protocollo d'intesa interaziendale coinvolgendo oltre ai Presidi ospedalieri ASL, la Centrale Operativa 118, il Policlinico di Bari. l'E.E. di Acquaviva e il confinante Presidio di Matera.



Consentrazione del trasferimento di tutte le attrezzature nel periodo di sospensione delle attività.

La programmazione dei trasferimenti ha richiesto la piena funzionalità dei servizi di supporto:

Servizi Direxionali, Rodiologio Tradizionale e Tac., Sale operatorie e Centrale di sterilizzazione, Servizio di Patologia clinica , Farmacia aspedallera, Servizia mensa, Servizia pulizia, Servizia lavanderia, Servizia informatico, Servizia tecnico, Servizio trasporto materiali/arredi, Servizio Cup, Punto informativo.

01 (04/14 - 13/04/14: Trasferimento servizi direzionali e di supporto e sospensione attività programmate 14/04/14 - 21/04/14: Sospensione ricoveri urgenti con dirottamento presso i PP.OO. limitrofi

Trasferimento del Pronto Soccorso, con permanenza di un turno in Altamura e Gravina Avvio del trasferimento dei reparti alla dimissione dei pazienti ricoverati

Trasferimento dell'UTIR con i pazienti non dimissibili

Trasferimento nella giornata di sabato a conclusione turno a.m. del servizio di Oncologia

27/04/14 - 20/04/14: Trasferimento degli ambulatori ospedalieri

Trasferimento, nel fine settimana del servizio di Dialisi

Ripresa delle attività di ricovero in emergenza-urgenza

Ripresa graduale delle attività programmate di ricovero ed ambulatoriali.

propositi trasferimento si è concretizzato nell'arco di 30 giorni.

moderniazione ha Imposto l'attivazione di Istituti contrattuali quali guardie a gettone, pronta mordinario. A salvaguardia della continuità dell'assistenza agli utenti è stato stipulato un protocollo manufale coinvolgendo altre ai Presidi ospedalleri ASL, la Centrale Operativa 118, il Policlinico di Bari, A puriod e II confinante Presidio di Matera.

CONTROLLO DI CONGRUITÀ SUI DRG ANOMALI (469, 470) E SUI DRG INCOERENTI (468, 477): CONFRONTO TRA 2012 E 2013

Santilli F.*, Clori G.*, Mormile P.*, Lepore AR.**, Mucciante MV.**, Micolucci G.**, Fabiani L.*

- * Scuola di Specializzazione in Igiene e Med. Preventiva, Università degli studi di L'Aquila;
- ** Direzione Sanitaria, Presidio Ospedaliero "S. Salvatore" L'Aquila

Parole chiave: SDO, DRG, congruità

Introduzione. I controlli di congruità sono finalizzati ad accertare:

- a. la corrispondenza fra informazioni contenute nella cartella clinica e SDO;
- b. la corretta selezione dei codici della classificazione internazionale delle malattie (ICD9-CM ver. 2007);
- c. la corretta seguenza dei codici di diagnosi e di procedura/intervento;
- d. la congruità tra diagnosi e procedura/intervento;
- e. la congruità tra percorso clinico e DRG ottenuto.

Contenuti. La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero "S. Salvatore" di L'Aquila effettua ogni anno il controllo di congruità su tutte le SDO a cui sono stati assegnati DRG anomali o incoerenti (469, 470,

469 "Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione"

470 "Non attribuibile ad altro DRG"

468 "Intervento chirurgico esteso, non correlato con la diagnosi principale"

477 "Intervento chirurgico non esteso, non correlato con la diagnosi principale"

Utilizzando il simulatore on-line "E-DRG" che si avvale della classificazione ICD9-CM ver. 2007, si individuano e si correggono eventuali errori di codifica.

Una volta fatte le dovute correzioni che riportano le SDO a un DRG corretto, i medici della suddetta Direzione Sanitaria organizzano incontri informativi con il personale delle Unità Operative, finalizzati ad una più corretta compilazione della SDO.

Le cartelle SDO con DRG "anomali" (469-470) ammontavano nel 2012 a 72 su un totale di 20269 schede (0,36%), nel 2013 il numero è sceso a 31 su un totale di 21744 (0,14%).

Da notare il notevole calo di DRG 469 usciti dalla Clinica Ost.-Gin, e la diminuzione di DRG 470 in Oncologia (vedi tab. 1).

L'andamento in diminuzione è dovuto ad incontri informativi fatti proprio con questi due reparti.

Dal 2012 al 2013 risultano diminuiti anche i DRG "incoerenti" 468 e 477. In questo caso i reparti in cui c'è stato il maggior calo sono Urologia e Trapianti e anche in questo caso il risultato positivo è dovuto a due incontri informativi fatti con i il personale dei due reparti (vedi tab. 2)

Conclusioni. Questa Direzione Sanitaria ha effettuato la correzione di tutti gli errori di codifica che portavano ai DRG anomali o incoerenti sia nel 2012 che 2013 e, parallelamente, ha portato avanti un processo di aggiornamento sulla codifica delle SDO in alcune UU.OO.. È interessante notare che dopo gli incontri informativi fatti con i medici di alcune UU.OO., il numero delle SDO con DRG non congrui è notevolmente

Se la SDO è codificata bene già dai medici delle UU.OO. (senza il bisogno di correzioni da parte della Direzione Sanitaria), viene assicurata una maggiore attinenza con ciò che è stato effettivamente svolto nel reparto. Questo dà luogo ad un'immagine più realistica dell'Unità Operativa. Ne deriverà una più oggettiva quantificazione della performance dell'U.O. attraverso la valutazione della produzione e delle spese sostenute. Inoltre saranno garantiti dei dati più veritieri guando si faranno confronti con UU.OO. analoghe regionali ed extraregionali.



Controllo di congruità sui DRG anomali (469 e 470) e suì DRG incoerenti (468 e 477): confronto tra 2012 e 2013



Santilli F*, Clori G*, Mormile P*, Lepore AR**, Mucciante MV**, Micolucci G**, Fabiani L* *Scuola di Specializzazione in Igiene e Med. Preventiva, Università degli studi di L' Aquila

**Direzione Sanitaria, Presidio Ospedaliero «S. Salvatore» L'Aquila



L'entrolli di congruità sono finalizzati ad accertare

- a. la corrispondenza fra le informazioni contenute nella cartella clinica e la SDO;
- b. la corretta selezione dei codici della classificazione internazionale delle malattie (ICD9-CM ver. 2007); c. la corretta sequenza dei codici di diagnosi e di procedura/intervento;
- d. la congruità tra diagnosi e procedura/intervento; e. la congruità tra percorso clinico e DRG ottenuto

La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di L'Aquila effettua, a cadenza semestrale, controlli sulle cattelle, cliniche, secondo quanto stabilito dal D.M. 10/12/0009, ovvero garantendo il controllo del 10% del totale dei ricoveri, di cui almeno il 25% risulti contituto da ricoveri a rischio di inappropriatezza. Viene sesguito il controllo di congruità su tutte le cartelle che presentano DRG anomali ed incoerenti. Analizzando simulatore on-line «E-DRG» che si avvade della classificazione (CD9-CM vez 2007, si individuano e si correggiono gli errori di codifica. della classificazione (CD9-CM vez 2007, si individuano e si correggiono gli errori di codifica. Dalla fine del 2012, i medici della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero «S.Salvatore» di L'Aquila, organizzano incontri informativi con il personale delle Unità Operative, finalizzati ad un apiù corretta

compilazione della SDO

Le Cartelle SDO con DRG anomali (469, 470) ammontavano nel 2012 a 75 su un totale di 20269 schede

Le Cartelle SDO con DRG anomali (469, 470) ammontavano nel 2012 a 75 su un totale di 20269 schede (0,37 %), nel 2013 il numero è secso a 31 su un totale di 21744 (0,14%).

Il DRG 469-Dalgaost principale, anche se accettato come diagnost di dimissione» è generato quando il codice utilizzato per la diagnosi principale, anche se accettato come valido dal grouper, non è sufficientemente produce de dell'antico del come de la come

preparto senza ce mediche».

Nel 2013 una sola SDO ha prodotto un DRG 469: questo netto miglioramento nella codifica è conseguenza di un incontro fatto a fine 2012 tra i medici della Direzione Sanitaria e i medici dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, allargato anche agli specializzandi che frequentano PUO, mirato a migliorare la corrispondenza tra codifica e cartella clinica, nell'ottica di una maggior comprensione delle finalità della corretta attribuzione del DRG (produttivia del UIO, confronto del Juttivia con analoghe Unità Operative).

correta attribuzione del DRG (produttività dell'U.O., confronto dell'attività con analoghe Unità Operative regionali ed extraregionali) (TABI - DRG - viene assegnato quando errori nella codifica di variabili della BDG utilizzate dal programma (età, sesso, tipo di dimissione, diagnosi, procedure) non permettono nessuni altra attribuzione. Anche per questo DRG si è notata una diminuzione tra i casi del 2012 (36 su 20269 carelle, 0.18%) e quelli presenti nel 2013 (30 su 21744 cartelle, 0.14%), ma non così significativa come per il DRG 469 (questo può essere verosimilmente attribuibile al fatto che il DRG 470, molto spesso. NON derivata errori riptuti, bensi da carrori di distrazione, casualie non rotteriat difficialisme azzerabili, Ad esempio i tre casi di DRG 470 nelle cartelle della Clinica Ostetrica e Ginecologica erano dovuti ad mi errata cofficia del sesso della praime amini mi carrori di distrare della contrare con mi errata cofficia del sesso della praime amini mi carrori di distrare della clinica Ostetrica e Ginecologica erano dovuti ad mi errata cofficia del sesso della praime amini mi carrori di distrare di contrare con contrare della clinica ostetrica e Ginecologica erano dovuti ad mi errata cofficia del sesso della praime amini mi carrori di distrare con contrare della clinica ostetrica e Ginecologica erano dovuti ad mi errata cofficia del sesso della praime amini mi carrori di distrare con contrare alla contrare con un'errata codifica del sesso della paziente, quindi puri errori di distrazione.

Errori che si ripetono e che danno luogo al DRG 470 sono presenti nelle cartelle della Pediatria, della

Error che prefone che danno luoga al DRG 4/10 son porsenti nelle cartelle della Pédatria, della Chirurgia Ospedaliren dell'Oncologia che del 2012 che nel 2013, na codificato il proncopasamo nel tambino senza La Pediatria, quest estiva el la consistata del ranchea e branchi» invece di 51911 («Brancospasamo») utilizzate la quinta cifra: 5191 («Malatite di trachea e branchi») invece di 51911 («Brancospasamo») utilizzate la quinta cifra. 1591 («Malatite di trachea e branchi») invece di 51911 («Brancospasamo») (Ta Chirurgia Ospedaliren per 2 volto di evidente di 70: 40 contrologia di contrologia di Colognotioni en malatita di contrologia di contrologia di contrologia di contrologia di contrologia di contrologia di («Colognotioni»). Facendo questa contrologia di della mala 170: «Altri interventi su apparato digenne («Colognotioni»).

con complicanze».

L'Oncologia ha dimezzato i DRG 470 dal 2012 al 2013 (da 12 a 6 casi) (TAB.1), non commettendo più l'errore di codificare uno stato di Neutropenia con sole quattro cifre (2880) anziché cinque, e non utilizzando più come diagnosi principale il tumore primitivo quando il ricovero era causato da problemi derivanti dalla localizzazione secondaria del tumore.

allargati anche questa volta agli specializzandi, in cui sono state illustrate le linee guida del Ministero della Salute per la codifica della SDO. Questi incontri non sono stati ancora svolti nelle UU.OO. di Pediatria e di Ch. Ospedaliera ma sono in

TABELLA 1						
	DR	G 469	DRG	470		
REPARTO	2012	2013	2012	2013		
Ch. Maxillo Facciale	0	0	2	0		
Ch. Ospedaliera	0	0	2	5		
Clin. OstGin.	39	1	2	1		
Endocrinologia	0	0	0	1		
Gastroenterologia	0	0	1	0		
Geriatria	0	0	1	1		
Malattie infettive	0	0	1	1		
Med. Int. Ospedaliera	0	0	0	0		
Med. Int. Universitaria	0	0	3	4		
Neurochirurgia	0	0	1	1		
Oncologia	0	0	12	6		
ORL	0	0	0	2		
Pediatria	0	0	6	6		
Urologia	0	0	3	2		
TIN	0	0	2	0		
Totale (% sul totale SDO)	39 (0,20%)	1 (0,004%)	36 (0,18%)	30 (0,14%)		

I DRG incoerenti (468, 477) sono generati in situazioni cliniche particolari e non routinarie, in cui il paziente presenta durante lo stesso ricovero problemi medici e chirurgici non correlati fra loro.

1 DRG 488 e 477 possono inoltre derivare da una codifica che segue la storia clinica del paziente piuttosto che il criterio della selezione della diagnosi principale sulla base delle circostanze che determinano e caratterizzano augelo secufico norvero ospedalero.

	DRO	3 468	DRO	G 477	
REPARTO	2012	2013	2012	2013	
Breast Unit	0	0	2	0	
Cardiologia	2	2	0	1	
Ch. Maxillo Facciale	0	1	3	0	
Ch. Ospedaliera	2	4	4	0	
Ch. Universitaria	9	10	1	2	
Ch. Vascolare	0	1	0	0	
Clin. Ostetrica-Gin.	8	27	10	8	
Endocrinologia	1	0	0	0	
Gastroenterologia	0	1	1	1	
Geriatria	1	0	0	0	
Immunoreumatologia	0	2	2	2	
Lungodegenza	1	0	0	1	
Malattie infettive	1	0	0	0	
Med. Int. Ospedaliera	0	0	0	1	
Med. Int. Universitaria	1	1	0	0	
Nefrologia	12	11	0	0	
Neurochirurgia	12	14	2	2	
Oculistica	1	0	0	0	
Oncologia	10	6	3	8	
ORL	2	0	0	2	
Ortopedia	7	8	3	2	
Pediatria	1	0	0	0	
Pneumologia	7	2	0	0	
Riabilitazione	0	0	1	0	
Rianimazione	1	1	0	0	
Trapianti	4	1	7	0	
Urologia	19	6	8	3	
Totale (% sul totale SDO)	102 (0,50%)	98 (0,45%)	47 (0,23%)	33 (0,15%)	

maggiori risorse, è sicuramente quella collegata con l'intervento effettuato. Bisogna considerare il ricovero specifico e non la storia clinica del paziente. L'Urologia del nostro P.O. ha recepito queste

principitae». I'U,O, di Trapianti ha azzerato nel 2013 gli errori di codifica che davano luogo a questo DRG. Gli errori fatti nel 2012 erano dovuti a una non correlazione tra prima diagnosi e primo intervento.

process of the state of the sta il codice 5750 («Colecistite acuta») e riportare come diagnosi secondaria l'anamnesi di trapiantato.

Questa Direzione Sanitaria ha effettuato la correzione di tutti gli errori di codifica che portavano ai DRG Questa Discource Santinum Interfettuato in corresponde to futir git error di conflicta che portivanno a i DRG portivo del propositi del propo

Se la SDO è codificata bene già dai medici delle UU.OO. (senza il bisogno di correzioni da parte della De us auto e cominciat cene gia qui metire delle UUAU, (senza il bisogno di correzioni da parte della Direzione Santirità, viene assicurata una maggiore attinenza con ciò che e stata effettività, mente svolo nel reparto. Questo dà luogo ad un'immagine più realistica dell'Unità Operativa. Ne deriverà una più oggettiva quantificazione della performance dell'U.O. attraverso la valutazione della produzione e delle spese sostenute. Inoltre suranno garantiti dei dati più vertiteri quando si faranno confront con UU.O. analoghe sostenute. Inoltre suranno garantiti dei dati più vertiteri quando si faranno confront con UU.O. analoghe sostenute. regionali ed extraregionali.

regionain excutaraggionali.

Fer questo motivo, gli incontri informativi già fatti con le Unità Operative di Ostetricia eGinecolo Oncologia, Trapianti, Urologia, saranno tenuti anche con le altre UU.OO. fino al raggiungime dell'obiettivo perfessato di ridurera al inimino i 1086 68, 469, 470 e472 'radovuti ad errori d'ooffica.

FASCICOLO ELETTRONICO PER LA GESTIONE DELLA PERFORMANCE ECONOMICO-AMBIENTALE NELLA REGISTRAZIONE EMAS DI UN OSPEDALE

Santoriello G.*, Maccari M.***, Sancasciani S.**, Vernarecci G.*, Bettollini R.****, di Iacovo B.*****

- * Direzione Presidio Ospedaliero Aziendale USL7 Siena; **Direttore Presidio Ospedaliero Aziendale USL7 Siena;
- *** Direttore Sanitario Aziendale USL 7 Siena; **** Tecnico ICT ESTAR; ***** Responsabile Sistema Gestione Ambientale Azienda USL 7 Siena

Parole chiave: EMAS, ospedali, risorse

Premessa. La consapevolezza dell'importanza di attuare una politica ambientale volta al risparmio delle risorse, al contenimento delle emissioni ed alla minimizzazione della produzione di rifiuti ha indotto l'Azienda USL7 di Siena a sviluppare un modello organizzativo in cui l'erogazione di prestazioni di qualità, la tutela ambientale, la salvaquardia della salute e della sicurezza dei lavoratori e di quanti le vivono accanto rappresentano un valore.

Su questa base l'Azienda USL7 di Siena ha implementato presso gli Ospedali Riuniti Val di Chiana Senese e il monoblocco Ospedaliero Alta Val d'Elsa un Sistema di Gestione Ambientale attraverso il quale minimizzare l'impatto ambientale generato dalle attività svolte nei due siti. Tale percorso ha portato l'Azienda, nel marzo 2005, a essere la prima – e per il momento ancora l'unica – Azienda Sanitaria in Italia, a ottenere tale Registrazione. Attualmente essa è impegnata nell'estensione del campo della Registrazione anche al proprio terzo stabilimento ospedaliero, quello di Abbadia San Salvatore attraverso una nuova Registrazione.

Tale percorso ha facilitato il conseguimento di alcuni Premi prestigiosi come il Premio "Toscana Ecoefficiente - Ed. 2005 e il Premio Forum della Pubblica Amministrazione "Sfide 2009".

Contenuto. Pilastro del percorso EMAS è l'Aggiornamento della "Dichiarazione Ambientale" documento con la quale l'Azienda comunica la sua politica ambientale, la sua modalità di gestione delle risorse primarie, i suoi obiettivi di miglioramento.

Il perseguimento di tali obiettivi richiede un monitoraggio costante. A tal fine l'AUSL 7 di Siena ha individuato un "cruscotto" d'indicatori chiave della performance economico-ambientale, individuati attraverso l'Analisi Ambientale. Tale analisi consiste in uno studio volto all'individuazione e valutazione della significatività degli aspetti che determinano o possono determinare un impatto in positivo o in negativo sull'Ambiente. Lo strumento ideato e messo a punto è un "Fascicolo Elettronico di Edificio" FEdE una sorta di "cartella clinica elettronica delle strutture sanitarie" che mette in rete gli archivi dati già esistenti fornendo informazioni igienico-organizzative e giuridico-economiche relative agli edifici: titolo di occupazione, contratti, comodati, tasse e tributi, gestione degli atti autorizzativi; dati strutturali e impiantistici (anagrafica dei locali, superfici, destinazioni d'uso, layout impiantistici e tecnologici) e dati di consumo (elettricità, acqua, gas, produzione rifiuti ecc.).

Il suo utilizzo è intuitivo: è possibile entrare virtualmente fin nella singola stanza del Presidio e interrogare il sistema. Attraverso l'applicazione ai contatori di un QR code, leggibile attraverso un semplice telefono cellulare, è possibile ricondurre le informazioni sui consumi reali alla voce che a essi si desidera associare (centro di costo, conto economico, gestore dell'utenza, voce del bilancio energetico ecc.). Il data base gira su piattaforma TIX della Regione Toscana in modo da essere fruibile in remoto e che il suo utilizzo possa essere esteso in futuro a qualunque altra Azienda Sanitaria del SSR.

Conclusioni. Il Fascicolo elettronico è continua implementazione in risposta alle esigenze di monitoraggio e controllo via via emergenti. Il FEdE si rivela, sempre più, uno strumento in grado di migliorare qualità, trasparenza, fruizione del dato e di produrre snellimento e semplificazione dei processi. Le informazioni in esso contenute e gli Indicatori di performance economico-ambientale costituiscono un "CRUSCOT-TO" a supporto della governance utilizzabile a ciascuno dei livelli dell'Organizzazione: Azienda, Presidio, Struttura.



Fascicolo Elettronico per la gestione delle performance ambientali nell'ambito della Registrazione EMAS

- * Direzione Presidio Ospedaliero Aziendale USL7 Siena **Direttore Presidio Ospedaliero Aziendale USL7 Siena
- *** Direttore Sanitario Aziendale USL 7 Siena
- **** Tecnico ICT ESTAR

Parole chiave: EMAS Osnedali Risorse

-

INTRODUZIONE

La consapevolezza dell'importanza di attuare una politica ambientale volta al risparmio delle risorse, al contenimento delle missioni ed alla minimizzazione della produzione di rifiuti ha indotto l'Azienda USL7 di Siena a sviluppare un modello

indoto l'Azienda USL7 di Siena a sviluppare un modello organizzativo ne ul Fronzazione di prestazioni di qualità, la tutela ambientale, la salvaguardia della salute e della sicurezza dei lavoratori ed iguantie le vivon accanto rappresentano un valore. Su questa base l'Azienda USL7 di Siena ha implementato presso gli Ospedali Rimiti vid di Chiana Sense ed il monobloco Ospedaliero. Alta Val d'Elsa un Sistema di Gestione Ambientale attraverso il qualeminimizzar l'imputo ambientale generato dalla estitivà svolte nei 2 siti. Tale percorso ha portato l'Azienda, nel marzo 2005, ad essere la prima « per il momento ancora l'unica « Azienda Sanitrai in Italia, ad ottenere tale Registrazione. Attualmente essa è impegnata nell'estensione del campo della Registrazione Attualmente essa è impegnata nell'estensione del campo della Registrazione ande al proprio tezzo stabilimento ospedaliero, quello di Abbadia San Salvatore.

Il lavoro effettuato per ottenere la Registrazione ha condotto al conseguimento di alcuni Premi prestigiosi come il Premi "Toscana Coefficiente", mell'anno 2005 e ha contributio in modo sostanziale all'ottenimento del Premio del Forum Pubblica Amministrazione

La Registrazione EMAS è una certificaz volontaria di Qualità Ambientale









CONTENUTO

La Dichiarazione Ambientale è il documento attraverso il quale vengono resi pubblici: Politica Ambientale, Analisi Ambientale e Cronoprogramma, pilastri, assieme ad un programma sistematico di Audit interni, del percorso procedurale per il mantenimento della Registrazione EMAS.
Nella Dichiarazione Ambientale sono descritte le strategie dell'Azienda per l'Ambiente, la sua Organizzazione, il funzionamento del Sistema di Gestione Ambientale, gli aspetti che si intende tenere sotto controllo alla luce di un'analisi dei rischi ambientale, gli Obiettivi per il miglioramento della performance e gli Indicatori di misurazione dei rischiatti. L'aggiornamento annuale di tale documento consegue al Riesame della Direzione sui ristuttari raggiunti e viene sottoposto alla verifica da parte dell'Ente Certificatore.

Il perseguimento degli Objettivi ambientali richiede pertanto monitoraggio e misurazioni costanti. A tal fine l'Azienda USL 7 di Signa ha individuato un in perseguimento cegi ubiettivi aimoientari ircinede, peramo, monitoraggio e misurazioni costanti. A fai nie Fizienta USL. 7 di Sena hai niduvouato in "russotto" di indicatori chiave degli aspetti significativi di impatto ambientale individuati attiversos l'Analisi. Ambientale. Tale ambisi consiste in uno studio preliminare volto alla individuazione e alla valutazione della significatività degli aspetti che determinano o possono determinare un impatto in positivo o in negativo sill'Ambiente.

Fra gli aspetti ambientali che un Ospedale deve tenere sotto controllo:

- ☐ Emissioni nell'atmosfera
 ☐ Scarichi nelle acque e nella rete fognaria
 ☐ Rifiuti, pericolosi e non
 ☐ Contaminazione suolo

- Consumi di risorse non rinnovabili: acqua combustibili energia o altre risorse naturali (es. plastica carta)

- ☐ Performance e comportamento ambientale dei fornitori (aspetto indiretto)☐ Valutazione degli aspetti ambientali in fase di acquisto beni e servizi (Politica degli acquisti)

L'Analisi Ambientale parte da una approfondita conoscenza e valutazione delle strutture e dei processi sanitari e demarca gli aspetti Ambientali direttamente gestiti dall' Organizzazione da quelli indiretti derivanti dai servizi appallati, i quali vanno ugualmente tenuti sotto controllo ai fini della registrazione EMAS. I dati derivati dalgi Audit et il continuo reporting Azichadele (controllo di gestione e data warehouse) costitusicono elementi chiave del Sistema di Gestione Ambientale. In tale ambito si è posta la necessità di creare una pattaforma informatizzata che consenta l'integrazione dell'attività dei soggetti coinvolti nelle diverse linee di produzione ded dati e la condivisione di quosti con le funzioni aizendali interessane alla firtuzione.







Lo strumento ideato e messo a punto è un "Fascicolo Elettronico di Edificio "FEdE", una sorta di "cartella clinica elettronica delle

Lo strumento ideato e messo a punto è un "Fascicolo Elettronico di Edificio "FEGE", una sorta di "carella clinica eletronica delle strutture santiario c'he mette in rete gli archivi ed iada igà eistenti, fornendo si informazioni igienico organizative e giuridio-economiche relative agli edifici (titolo di occupazione, contratti, comodat, tasse, tributi, atti autorizzativi ece) sia dati strutturale impiantistici (enagrafica, superfici, destinazioni d'uso locali, layout impiantistici (enagrafica, superfici, destinazioni d'uso locali, layout impiantistici e tenologici) sia dati relativi a consumi di rissoce elettricità, acque, gas, porduzione firifuti eco.

Il suo milizzo è intuttivo è possibile curtare vitualmente fin nella singola stanza del Presidio per interrogare il sistema. Attraverso l'applicazione ai contatori di un QR cocle, legapible attraverso un semplica telefono culturare, possibile incondurre i informazioni sia consumi retai alla vocasumi retai alla voca ed esi si discidera associare (centro di costo, conto economico, gestore utenza, voce del bilancio energetico ecc.). Il data base gira sulla piattaforma TIX di Regione Toscana, in modo che esso sia fruibile in remoto e che il suo utilizza possa sesser esteso in futuro a qualunque altra Azienda Sanituria del SSR.

Le informazioni inforna cariacte in piattaforma sono le seguenti:

- azientales:

 dati ugli impianti di edificio: quadri elettrici, generatori, impianti termici , idraulici e relativi verbali di mantenzizi
 dati di lettura mensile dei contatori dei consumi sidric, elettrici e metano; creato rispiliogo dei dati per difficio;
 dati per AICA (antiverzzione: Unita Antiberitale dei cui DIPR 99/2013) relativi a scarchi. efficuenti, emissioni, rifi
 elettrici dei per antiverzione dei dei antiberitale dei cui di 1978 99/2013 relativi a scarchi. efficuenti, emissioni, rifi
 planimetric Autocad con riferimento ai diversi metodi di calcolo per TARI e per la gestione grandi servizi appaltati
 elitoli d'occupazione ai fini del calcolo losse (IVA, MIU ecc.)

 georeferenziazione degli edifici e localizzazione contatori ustrue collocati all'esterno delle strutture;

 l'altina Arome, Procedure, Modifiscias aziendale e al materiale divulgativo e delitation utilizzazio nengli inconti form

CONCLUSIONI

Il Fascicolo elettronico è continua implementazione in risposta alle esigenze di monitoraggio e controllo emergenti. Il FEdE si rivela, sempre più, uno strument in grado di migliorare qualità, trasparenza, fruizione del dato e di produrre snellimento e semplificazione dei processi. Le informazioni in esso cor Indicatori di performance economico-ambientale costituiscono un "CRUSCOTTO" a supporto della governance utilizzabile a ciascuno dei livelli dell'Organizzazione: Azienda, Presidio, Struttura.

LEGUSLAZIONE APPLICABILE

D Igs 3 aprile 2006, n. 152 "Testo Unico Ambientale" e relativi provvedimenti attuativi;
REGOLAMENTO (CE) n. 1221/2009 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 25 novembre 2009 sull'adesione volontaria delle orga a comunitario di ecogestione e audit (EMAS), che abroga il regolamento (CE) n. 761/2001
DECISIONE DELLA COMMISSIONE (2013/131/UE) del 4 marzo 2013 di istituzione di linee guida per l'adesione a EMAS, a norma del regolamento (CE) n. 1221/2009

D.Lgs. 121/11 di modifica al D. Lgs n. 231/2001 in materia di tutela penale dell'ambiente

Riferimenti in Azienda: Beatrice di Iacovo b.diiacovo@usl7.toscana.it

LA DIREZIONE MEDICA RESPONSABILE DELL'EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA

M. Sebastiani*, S. Giacchetti*, L. Incicchitti*, F. Luzi*, C. Martini*, R. Papa*, L. Polenta*, G. Serafini*, M. C. Spina*, G. Mazzarini**

- * Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, Direzione Medica Ospedaliera;
- ** Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, UNIVPM, Ancona

Parole chiave: emergenza, DMO, organizzazione

Introduzione. La Presidenza del Consiglio dei Ministri "Dipartimento della protezione civile servizio emergenza sanitaria", nel settembre 1998 ha diffuso le linee guida per la "Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza".

In conseguenza di ciò ogni azienda sanitaria ha approvato negli anni un Piano di Emergenza Intraospedaliera in caso di Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF), un Piano di Evacuazione (P.EVAC), un Piano di Emergenza Interna (PEI), quest'ultimo ai sensi del DL 626/94 s.m.i., con l'obiettivo di assicurare un livello il più possibile adeguato di cura ed eventuale ricovero ad un gran numero di feriti quando vengono superate le normali capacità ricettive dell'Azienda (PEIMAF), definire le misure organizzative e i criteri da seguire per l'allontanamento ordinato e tempestivo di degenti, utenti, operatori e familiari (PEVAC), fronteggiare un incidente rilevante all'interno dello stabilimento aziendale (PEI).

Contenuti. Nella nostra azienda il comune denominatore dei piani è rappresentato dal ruolo centrale del medico della Direzione Medica Ospedaliera nella assunzione di responsabilità quale "Responsabile Dell'Emergenza" in tutti e tre i sopracitati casi.

Nel momento in cui si palesa una emergenza viene avvisato il medico della DMO che attiva il piano specifico, comunicando immediatamente quanto stabilito alla Sala Operativa Unificata Permanente (SOUP) della Protezione Civile Regionale.

Una volta avviato il piano di emergenza, il medico convoca la Unità di Crisi che Egli presiede e che ha il compito di gestire tutte le informazioni in entrata e in uscita.

La Figura n.1 indica la gerarchia dei contatti attivati durante la fase di allertamento.

Al termine della emergenza, il medico DMO convoca e coordina la riunione di debriefing, durante la quale vengono analizzzate le criticità emerse e sono avanzate proposte per il miglioramento delle procedure. Figura 1. Gerarchia contatti durante la fase di allertamento

Conclusioni. Il ruolo centrale della DMO è confermato nella nostra Azienda dal fatto che è un medico della DMO che coordina il Gruppo Peimaf-P.Evac aziendale e che ha il compito di aggiornare annualmente i suddetti strumenti, nonché di svolgere brevi corsi di informazione, rivolti ai nuovi assunti, sui contenuti dei piani. Nei casi di situazioni di crisi simulate durante lo svolgimento di due esercitazioni e in un caso reale di emergenza verificatosi alcune settimane fa, la procedura ha mostrato la propria validità.



LA DIREZIONE MEDICA RESPONSABILE DELL'EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA



<u>M. Sebastiani</u>*, S. Giacchetti*, L. Incicchitti*, F. Luzi*, C. Martini*, R. Papa*, L. Polenta*, M. C. Spina*, G. Mazzarini*, G. Serafini*

- *Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, Direzione Medica Ospedaliera
- *Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, UNIVPM, Ancona

Parole chiave: emergenza, DMO, organizzazione

INTRODUZIONE: La Presidenza del Consiglio dei Ministri "Dipartimento della protezione civile servizio emergenza sanitaria", nel settembre 1998 ha diffuso le linee guida per la "Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza".

In conseguenza di ciò ogni azienda sanitaria ha approvato negli anni un Piano di Emergenza Intraospedaliera in caso di Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF), un Piano di Evacuazione (P.EVAC), un Piano di Emergenza Interna (PEI), quest'ultimo ai sensi del DL 626/94 s.m.i., con l'obiettivo di assicurare un livello il più possibile adeguato di cura ed eventuale ricovero ad un gran numero di feriti quando vengono superate le normali capacità ricettive dell'Azienda (PEIMAF), definire le misure organizzative e i criteri da seguire per l'allontanamento ordinato e tempestivo di degenti, utenti, operatori e familiari (PEVAC). fronteggiare un incidente rilevante all'interno dello stabilimento aziendale (PEI).

CONTENUTI: Nella nostra azienda il comune denominatore dei piani è rappresentato dal ruolo centrale del medico della Direzione Medica Ospedaliera nella assunzione di responsabilità quale "Responsabile Dell'Emergenza" in tutti e tre i sopracitati casi.

Nel momento in cui si palesa una emergenza viene avvisato il medico della DMO che attiva il piano specifico, comunicando immediatamente quanto stabilito alla Sala Operativa Unificata Permanente (SOUP) della Protezione Civile Regionale.

Una volta avviato il piano di emergenza, il medico convoca la Unità di Crisi che Egli presiede e che ha il compito di gestire tutte le informazioni in entrata e in uscita.

La Figura n.1 indica la gerarchia dei contatti attivati

Al termine della emergenza, il medico DMO convoca e coordina la riunione di debriefing, durante la quale vengono analizzate le criticità emerse e sono avanzate proposte per il miglioramento delle procedure.

Figura 1. Gerarchia contatti durante la fase di allertamento

GERARCHIA DEI CONTATTI NELLA FASE DI ALLERTAMENTO

113

505 II

100 DEI 100 DE

CONCLUSIONI: Il ruolo centrale della DMO è confermato nella nostra Azienda dal fatto che è un medico della DMO che coordina il Gruppo Peimaf-P.Evac aziendale e che ha il compito di aggiornare annualmente i suddetti strumenti, nonché di svolgere brevi corsi di informazione, rivolti ai nuovi assunti, sui contenuti dei piani. Nei casi di situazioni di crisi simulate durante lo svolgimento di due esercitazioni e in un caso reale di emergenza verificatosi alcune settimane fa, la procedura ha mostrato la propria validità.

AMBULATORIO CODICI MINORI PRESSO IL DEA DELL'OSPEDALE SGD DELL'ASL 10 DI FIRENZE: PRIMI RISULTATI

Sinisgalli E.¹, Indiani L.¹, Pellegrino E.¹, Chellini M.¹, Capanni C.², Bucelli P.², Naldini S.³, Bassetti A.³, Calderoni R.³, Brugnoli S.³, Alessandri A.⁴, Bagnoli L.⁵

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

² Direzione Sanitaria, Azienda Sanitaria Firenze; ³ Direzione Sanitaria P.O. San Giovanni di Dio, Azienda Sanitaria Firenze; ⁴ Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria Nuova, Azienda Sanitaria Firenze; ⁵ Direttore Dip. di Emergenza e Medicina Critica, Azienda Sanitaria Firenze

Parole chiave: DEA, sovraffollamento, tasso di allontanamento spontaneo

Introduzione. Uno dei principali problemi dei DEA è il sovraffollamento delle sale d'attesa, dovuto soprattutto ai lunghi tempi d'attesa che coinvolgono i pazienti con codici di minore gravità. A questo si legano gli abbandoni volontari, lo stress del personale, le ripercussioni sulla gestione dei codici più gravi, i reclami e l'insoddisfazione degli utenti.

Per migliorare queste criticità e soprattutto far fronte alla necessità di decomprimere gli spazi (l'ospedale è stato progettato nel 1958 e costruito nel 1980), l'Azienda Sanitaria di Firenze ha deciso di sperimentare presso il DEA dell'ospedale San Giovanni di Dio di Firenze un ambulatorio che tratti i codici minori individuati dal triage. È stato quindi deciso di separare i percorsi dei codici a diversa gravità al fine di rendere più agibili gli spazi dedicati alle urgenze maggiori e velocizzare gli accessi ai diversi percorsi assistenziali.

Contenuti. È stato costituito un gruppo di lavoro che ha definito la strumentazione necessaria e individuato i locali dove allestire l'ambulatorio. È stata redatta una procedura specifica che definisce il percorso dei pazienti con codici minori, che comprendono tutti i codici bianchi e azzurri e alcuni codici verdi (pazienti con accesso per trauma deambulanti o accompagnati con ambulanza, dolori osteoarticolari/lombosciatalgia con limitazione funzionale, manifestazioni cutanee, meno-metrorragie, cambio di drenaggi e cateteri, patologia venosa o arteriosa periferica, epistassi con stabilità emodinamica, patologia ORL o oculistica). Una volta effettuato il triage, questi pazienti vengono trasferiti all'area dei codici minori con le modalità di trasporto più appropriate.

L'attività è iniziata il 5 maggio 2014, in orario 8-20 su tutti i giorni della settimana.

Si è effettuata un'analisi dei tempi di attesa, di durata complessiva degli interventi e del tasso di allontanamento spontaneo tramite l'applicativo gestionale del DEA a 4 mesi dall'avvio, confrontando i dati con lo stesso periodo del 2013.

Risultati. Nel periodo 5 maggio-13 settembre 2014 sono stati trattati 6440 pazienti, classificati come codici minori.

Risultati incoraggianti si sono registrati sul piano organizzativo-gestionale, soprattutto grazie alla separazione dei percorsi e degli spazi dedicati, che ha permesso di ottimizzare i tempi d'azione e l'utilizzo delle risorse impiegate. Anche la soddisfazione degli utenti è aumentata, grazie alle sale d'attesa separate e meno affollate che hanno contribuito a creare nel paziente una percezione di presa in carico più attenta e specifica, con una riduzione delle proteste e dei reclami sui tempi di attesa; il tasso di allontanamento spontaneo per i codici minori è diminuito dal 4,3 al 3,8%.

Il tempo di attesa medio è stato di 59,2 minuti, nel 60,5% dei casi inferiore a 1 ora; il dato non ha subito variazioni rilevanti rispetto al 2013 (54,3 min). La durata complessiva dell'intervento per i codici minori è stata in media di 176,8 minuti, mentre nel medesimo periodo dell'anno precedente era di 191,7 minuti. La durata d'attesa media e quella complessiva dell'intervento degli altri codici non hanno subito variazioni significative.

La riorganizzazione è ancora troppo recente per poter considerare i dati come significativi, sarà quindi necessario continuare a monitorare i parametri considerati. Infatti, nonostante non ci siano stati finora miglioramenti sui tempi di attesa, il riscontro è per adesso positivo specialmente sul clima di lavoro del DEA.



AMBULATORIO CODICI MINORI PRESSO IL DEA DELL'OSPEDALE SGD DELL' ASL 10 DI FIRENZE: PRIMI RISULTATI

Sinisgalli E¹, Indiani L¹, Pellegrino E¹, Chellini M¹, Capanni C², Bucelli P², Naldini S³, Bassetti A³, Calderoni R³,
Brugnoli S³, Alessandri A⁴, Bagnoli L⁵



Brugnoli S³, Alessandri A⁴, Bagnoli L⁵

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

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze ² Direzione Sanitaria, Azienda Sanitaria Firenze; ³ Direzione Sanitaria P.O. San Giovanni di Dio, Azienda Sanitaria Firenze ⁴ Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria Nuova, Azienda Sanitaria Firenze; ⁵ Direttore Dip. di Emergenza e Medicina Critica, Azienda Sanitaria Firenze

Introduzione

Uno dei principali problemi dei DEA è il sovraffollamento delle sale d'attesa, dovuto soprattutto ai lunghi tempi d'attesa che coinvolgono i pazienti con codici di minore gravità. A questo si legano gli abbandoni volontari, lo stress del personale, le ripercussioni sulla gestione dei codici più gravi, i reclami e l'insoddisfazione degli utenti. Per migliorare queste criticità e soprattutto far fronte alla necessità di decomprimere gli spazi (l'ospedale è stato progettato nel 1958 e costruito nel 1980), l'Azienda Sanitaria di Firenze ha deciso di sperimentare presso il DEA dell'ospedale San Giovanni di Dio di Firenze un ambulatorio che tratti i codici minori individuati dal triage. E' stato quindi deciso di separare i percorsi dei codici a diversa gravità al fine di rendere più agibili gli spazi dedicati alle urgenze maggiori e velocizzare gli accessi ai diversi percorsi assistenziali.



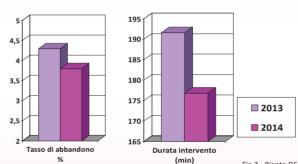
Contenuti

E' stato costituito un gruppo di lavoro che ha inizialmente individuato i locali, adiacenti al DEA, dove allestire l'ambulatorio e la strumentazione necessaria, che è stata in seguito acquisita. E' stata redatta una procedura specifica che definisce il percorso dei pazienti con codici minori, che comprendono tutti i codici bianchi e azzurri e alcuni codici verdi (pazienti con accesso per trauma deambulanti o accompagnati con ambulanza, dolori osteoarticolari/lombosciatalgia con limitazione funzionale, manifestazioni cutanee, meno-metrorragie, cambio di drenaggi e cateteri, patologia venosa o arteriosa periferica, epistassi con stabilità emodinamica, patologia ORL o oculistica).

Una volta effettuato il triage, questi pazienti vengono trasferiti all'area dei codici minori con le modalità di trasporto più appropriate. L'attività è iniziata il 5 maggio 2014, con orario 8-20 su tutti i giorni della settimana.

Si è effettuata un'analisi dei tempi di attesa, di durata complessiva degli interventi e del tasso di allontanamento spontaneo tramite l'applicativo gestionale del DEA a 4 mesi dall'avvio, confrontando i dati con lo stesso periodo del 2013.

Fig.1 - Analisi dati di attività del DEA, confronto mag-set 2013 vs mag-set 2014

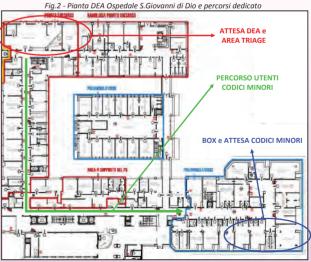


Risultati

Nel periodo 5 maggio - 13 settembre 2014 sono stati trattati 6440 pazienti, classificati come codici minori. Risultati incoraggianti si sono registrati sul piano organizzativo-gestionale, soprattutto grazie alla separazione dei percorsi e degli spazi dedicati, che ha permesso di ottimizzare i tempi d'azione e l'utilizzo delle risorse impiegate. Anche la soddisfazione degli utenti è aumentata, grazie alle sale d'attesa separate e meno affollate che hanno contribuito a creare nel paziente una percezione di presa in carico più attenta e specifica, con una riduzione delle proteste e dei reclami sui tempi di attesa; il tasso di allontanamento spontaneo per i codici minori è diminuito dal 4,3 al 3,8%.

Il tempo di attesa medio è stato di 59,2 minuti, nel 60,5% dei casi inferiore a 1 ora; il dato non ha subito variazioni rilevanti rispetto al 2013 (54,3 min). La durata complessiva dell'intervento per i codici minori è stata in media di 176,8 minuti, mentre nel medesimo periodo dell'anno precedente era di 191,7 minuti. La durata d'attesa media e quella complessiva dell'intervento degli altri codici non hanno subito variazioni significative.

La riorganizzazione è ancora troppo recente per poter considerare i dati come significativi, sarà quindi necessario continuare a monitorare i parametri considerati. Infatti, nonostante non ci siano stati finora miglioramenti sui tempi di attesa, il riscontro è per adesso positivo specialmente sul clima di lavoro del DEA. Sono inoltre previsti a breve dei lavori di ristrutturazione ed ampliamento del DEA, che consentiranno ancor più di decomprimere le sale di attesa e migliorare ulteriormente la fruibilità dei percorsi, sia per gli operatori che per gli utenti.



40° Congresso Nazionale ANMDO, Napoli 15-17 ottobre 2014

VALUTAZIONE DELLA NUTRIZIONE OSPEDALIERA

C. Sponzilli*, D.M. Pedà**, A. Battista***

* Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva; ** Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" Foggia; *** Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" Foggia

La malnutrizione è diffusa in tutto il mondo ed è un onere per i pazienti e per le strutture sanitarie. È dimostrato, infatti, che lo stato nutrizionale influenza negativamente il decorso delle malattie in quanto può determinare, ad esempio, un aumento della frequenza delle infezioni o un'alterata guarigione delle ferite chirurgiche, tutte condizioni che comportano un allungamento della degenza ospedaliera con con-

sequente riduzione della qualità della vita e aumento dei costi a carico del Servizio Sanitario.

Obiettivo di un indagine condotta in 7 tra i principali ospedali pugliesi è stato quello di valutare lo stato nutrizionale di un campione di pazienti, selezionati pertanto in modo casuale, dai reparti di medicina interna e chirurgia generale.

Ai pazienti sono stati somministrati due questionari, il primo, composto da 23 domande, da compilarsi entro 48 ore dal ricovero mentre il secondo questionario, comprensivo di 38 domande, è stato compilato dopo 7 giorni.

I pazienti intervistati sono stati in tutto 161, di cui 83 pazienti pari al 51,6% ricoverati in area medica (38 [45,8%] maschi; 45 [54,2%] femmine), e 78 pazienti pari al 48,4% ricoverati in area chirurgica (39 [50%] maschi; 39 [50%] femmine).

Dai dati emerge che molto spesso il rischio nutrizionale o la semplice correzione dello stato nutrizionale del paziente sembrano essere ancora trascurati o non considerati una priorità medica, sebbene oltre il 50% dei pazienti si presenti al ricovero già in uno stato di sovrappeso o di obesità.

Il 58,4% dei pazienti intervistati riferisce di essere dimagrito durante il periodo di degenza per effetto del regime alimentare controllato. Pertanto è necessario da un lato promuovere corretti stili di vita, tra cui l'educazione alimentare, e dall'altro considerare il rischio nutrizionale nel più ampio quadro del rischio clinico.

VALUTAZIONE DELLA NUTRIZIONE OSPEDALIERA

C. Sponzilli*, D.M. Pedà**, A. Battista***

- * Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva
- ** Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" Foggia
- *** Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" Foggia

La malnutrizione è diffusa in tutto il mondo ed è un onere per i pazienti e per le strutture sanitarie.

EÑdimostrato, infatti, che lo stato nutrizionale influenza negativamente il decorso delle malattie in quanto può determinare, ad esempio, un aumento della frequenza delle infezioni o un'Nalterata guarigione delle ferite chirurgiche, tutte condizioni che comportano un allungamento della degenza ospedaliera con conseguente riduzione della qualità della vita e aumento dei costi a carico del Servizio Sanitario.

Obiettivo di un indagine condotta in 7 tra i principali ospedali pugliesi è stato quello di valutare lo stato nutrizionale di un campione di pazienti, selezionati pertanto in modo casuale, dai reparti di medicina interna e chirurgia generale.

Ai pazienti sono stati somministrati due questionari, il primo, composto da 23 domande, da compilarsi entro 48 ore dal ricovero mentre il secondo questionario, comprensivo di 38 domande, è stato compilato dopo 7 giorni.

I pazienti intervistati sono stati in tutto 161, di cui 83 pazienti pari al 51,6% ricoverati in area medica (38 [45,8%] maschi; 45 [54,2%] femmine), e 78 pazienti pari al 48,4% ricoverati in area chirurgica (39 [50%] maschi; 39 [50%] femmine).

Alcuni dei dati sono riportati nelle seguenti tabelle.

ITEM	% SI	%NO	% VUOTE
Peso e altezza sono stati registrati al ricovero?	22,4%	72,7%	5,0%
Pensa di essere dimagrito da quando è ricoverato?	58,4%	38,5%	3,1%
E' soddisfatto complessivamente del vitto?	67,1%	23,0%	9,9%
Scegli il menù?	50,9%	44,7%	4,3%
Il menù ospedaliero corrisponde alle sue abitudini alimentari?	51,6%	41,0%	7,5%
E'stata richiesta almeno una consulenza del Servizio di Dietetica e nutrizione clinica?	19,9%	72,0%	8,1%
E' stato effettuato un test di screening di malnutrizione?	14,9%	75,8%	9,3%

Classificazione classe di obesità	Numero pazienti	%
Grave magrezza (BMI<16)	0	-
Sottopeso (BMI 16.00-18.49)	3	1,9%
Normopeso (BMI 18.50-24.99)	49	30,4%
Sovrappeso (BMI 25.00-29.99)	64	39,8%
Classe di obesità I (BMI 30.00 µ34.99)	30	18,6%
Classe di obesità II (BMI 35.00 µ 39.00)	8	5,0%
Classe di obesità III (BMI 1 40.00)	7	4,3%



Dai dati emerge che molto spesso il rischio nutrizionale o la semplice correzione dello stato nutrizionale del paziente sembrano essere ancora trascurati o non considerati una priorità medica, sebbene oltre il 50% dei pazienti si presenti al ricovero già in uno stato di sovrappeso o di obesità.

Il 58,4% dei pazienti intervistati riferisce di essere dimagrito durante il periodo di degenza per effetto del regime alimentare controllato. Pertanto è necessario da un lato promuovere corretti stili di vita, tra cui l'educazione alimentare, e dall'altro considerare il rischio nutrizionale nel più ampio quadro del rischio clinico.

GLI ADDETTI ANTINCENDIO E DI PRIMO SOCCORSO IN UN'A.O.: PROPOSTA DI UN PERCORSO GESTIONALE

Carluccio Torti¹, Gian Carlo Scarpini², Antonino Bonaffini³

¹ ASPP A.O. Pavia; ² RSPP A.O. Pavia; ³ Direttore Sanitario A.O. Pavia

Introduzione. L'A.O. di Pavia ha attuato un percorso per la costituzione delle squadre per la gestione delle emergenze e del primo soccorso che, nel rispetto dei dettami normativi, meglio si adatta alla realtà lavorativa aziendale: la modularità è la chiave di questo percorso. La presenza degli addetti formati segue due criteri. La percentuale minima di addetti per ogni U.O./Servizio; la costante presenza di addetti formati all'interno del compartimento o almeno del piano del fabbricato. Questa scelta è dovuta al fatto che ogni figura responsabile deputata alle gestione della sicurezza in azienda abbia a disposizione addetti preparati, in grado di gestire eventuali emergenze tecniche e/o sanitarie tenendo conto della complessità e articolazione aziendale. Risulta quindi necessario individuare un sistema di gestione e controllo di questi addetti formati, garantendo sempre i criteri stabiliti e la rispondenza alle norme.

Contenuti. Il sistema di gestione degli addetti antincendio e pronto soccorso prevede diversi passaggi:

- definizione delle aree di attribuzione di ogni U.O./Servizio, delle compartimentazioni antincendio presenti.
- Predisposizione di planimetrie a visione sinottica di queste aree riportanti il numero del personale.
- Ricognizione degli addetti formati per la gestione delle emergenze e evidenziazione della consistenza nelle specifiche aree.
- Predisposizione del software gestionale degli addetti.
- Assegnazione del numero minimo di addetti formarti per U.O. e del compartimento (% rispetto alla
 popolazione lavorativa ivi assegnata). Queste informazioni sono riportate sulle diverse planimetrie di
 piano per ogni struttura.

Conclusioni. Il sistema, così come strutturato, permette un costante aggiornamento dei dati a seconda delle variazioni intervenute, mostrando, anche visivamente, il grado di copertura di addetti alle emergenze per le varie UU.OO./Servizi/Compartimenti antincendio, affinché siano rispettati i criteri del percorso adottato. Risulta altresì più facile orientare le scelte formative future per compensare e/o implementare la dotazione di addetti formati alla gestione delle emergenze; nel contempo può essere un indirizzo per le scelte di assegnazione e/o trasferimento del personale formato.

Titolo: Gli Addetti antincendio e di Primo soccorso in un' A.O.: proposta di un percorso gestionale

Autori: Dott. Carluccio Torti - ASPP A.O. Pavia

Dott. Arch. Gian Carlo Scarpini - RSPP A.O. Pavia Dott. Antonino Bonaffini - Dir. Sanitario A.O. Pavia

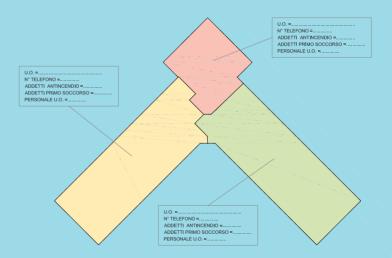
Introduzione

L'A.O. di Pavia ha attuato un percorso per la costituzione delle squadre per la gestione delle emergenze e del primo soccorso che, nel rispetto dei dettami normativi, meglio si adatta alla realtà lavorativa aziendale: la modularità è la chiave di questo percorso. La presenza degli addetti formati segue due criteri. La percentuale minima di addetti per ogni U.O./Servizio; la costante presenza di addetti formati all'interno del compartimento o almeno del piano del fabbricato. Questa scelta è dovuta al fatto che ogni figura responsabile deputata alla gestione della sicurezza in azienda abbia a disposizione addetti preparati, in grado di gestire eventuali emergenze tecniche e/o sanitarie tenendo conto della complessità e articolazione aziendale. Risulta quindi necessario individuare un sistema di gestione e controllo di questi addetti formati, garantendo sempre i criteri stabiliti e la rispondenza alle norme.

Contenuti

Il sistema di gestione degli addetti antincendio e pronto soccorso prevede diversi passaggi.

- Definizione delle aree di attribuzione di ogni U.O./Servizio, delle compartimentazioni antincendio presenti.
- Predisposizione di planimetrie a visione sinottica di queste aree riportanti il numero del personale
- Ricognizione degli addetti formati per la gestione delle emergenze e evidenziazione della consistenza nelle specifiche aree
- Predisposizione del software gestionale degli addetti
- Assegnazione del numero minimo di addetti formarti per U.O. e del compartimento (% rispetto alla popolazione lavorativa ivi assegnata). Queste informazioni sono riportate sulle diverse planimetrie di piano per ogni struttura



Conclusioni

Il sistema, così come strutturato, permette il costante aggiornamento dei dati a seconda delle variazioni intervenute, mostrando, anche visivamente, il grado di copertura di addetti alle emergenze per le varie UU.OO./Servizi/Compartimenti antincendio, affinché siano rispettati i criteri del percorso adottato. Risulta altresì più facile orientare le scelte formative future per compensare e/o implementare la dotazione di addetti formati alla gestione delle emergenze; nel contempo può essere un indirizzo per le scelte di assegnazione e/o trasferimento del personale formato.

RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA E BISOGNI DELLA POPOLAZIONE: L'ESPERIENZA DELL'ASP DI CALTANISSETTA

Elia R.¹. Grimaldi L.². Cirrone Cipolla A.². Di Mattia P.². Trobia B.³. Grossi I.⁴

¹ Direttore Medico di Presidio, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta; ² Dirigente di Direzione Medica di Presidio, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta; 3 Medico in formazione specialistica in Igiene e medicina preventiva, Università degli studi di Palermo; ⁴ Direttore Generale, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta

Introduzione. In Sicilia la L.R. 5/2009 prevedeva un riordino della rete ospedaliera in funzione di una equilibrata distribuzione territoriale dell'offerta anche attraverso l'accorpamento e/o l'eliminazione di strutture organizzative risultanti superflue o sovradimensionate e la rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri (P.O.) sottoutilizzati o a bassa complessità, con modelli organizzativi più rispondenti ai bisogni di salute. Il P.O. di San Cataldo, situato a pochi chilometri dal P.O. di terzo livello di Caltanissetta, registrava elevati livelli di inappropriatezza con presenza di reparti a ridotto utilizzo dei posti letto e basso indice operatorio.

Contenuti. I principi sopra mezionati della L.R. 5/2009 sono stati alla base di un processo che ha portato sia alla rimodulazione dei servizi nell'ottica di una continuità assistenziale che assicura un più efficace soddisfacimento dei bisogni legati alle patologie croniche e alla riabilitazione post-acuzie, sia ad una maggiore efficienza nei processi clinici e nell'utilizzo delle risorse secondo il modello "Hub & Spoke". sia ad una maggiore appropriatezza delle cure con conseguente sicurezza per il paziente ed i familiari. La riconversione è stata accompagnata da ridistribuzione degli spazi secondo principi di funzionalità e di umanizzazione dell'assistenza, anche attraverso la scelta di arredi funzionali e di colori gradevoli in grado di offrire comfort e privacy.

La fusione funzionale-amministrativa dei due Presidi ha permesso di creare servizi ispirati alla continuità assistenziale ed alla centralità dell'utente come entità bio-psico-sociale, che include, quindi anche i familiari e/o le persone significative. Il P.O. di Caltanissetta è diventato così un punto "Hub" per quanto riguarda le acuzie, mentre il P.O. di S. Cataldo è diventato punto "Hub" per la degenza post-acuzie.

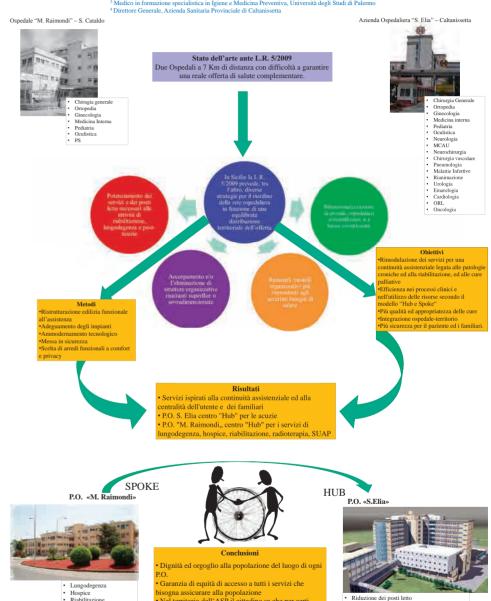
Conclusioni. Questo modello fa sì che ogni struttura ha un suo ruolo funzionale essenziale nella rete dei servizi; oltre ad assicurare i risultati sopra esposti, esso dà anche dignità ed orgoglio alla popolazione del luogo di ogni P.O., e diventa anche garanzia per una nuova dimensione dell'equità; in qualsiasi parte del territorio di una ASP una persona sa che per certi servizi si deve spostare, ma che nella sua città se ne erogano di altri.



RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA E BISOGNI DELLA POPOLAZIONE L'ESPERIENZA DELL'ASP DI CALTANISSETTA

Elia R.1; Grimaldi L.2; Cirrone Cipolla A.2; Di Mattia P.2; Trobia B.3; Grossi I.4

- Direttore Medico di Presidio, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
- ente di Direzione Medica di Presidio, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltan
- ³ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva. Università degli Studi di Palermo



Nel territorio dell'ASP il cittadino sa che per certi

servizi si deve spostare, ma che nella sua città se ne

ssono erogare altri.

Riduzione dei ricoveri inappropriati

SPOKE

Apertura di nuove specialità (Emodinamica)

Potenziamento di alcuni servizi

Riabilitazione

HUB

SUAP

LA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI SEMPLIFICATA DALL'ALFABETO

O. Varone¹, F. Ciraolo², R. Rosseti³, C. Pacciani⁴, P. Capanni⁵, S. Guarducci⁶, M. Mencucci⁻, C.Adamo⁶, A. Barbieri⁶

¹ Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze; ² Medico Responsabile Direzione Sanitaria Ospedale S.M.Annunziata ASL 10 Firenze; ³ Infermiere Coordinatore Epidemiologa Direzione Sanitaria Zona Sud-Est dell'Azienda Sanitaria di Firenze; ⁴ Inf. Coordinatore Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria Annunziata dell'Azienda Sanitaria di Firenze; ⁵ Inf. Coordinatore Direzione Sanitaria P.O. Serristori dell'Azienda Sanitaria di Firenze; ⁶ Medico Direzione Sanitaria Ospedale S.M.Annunziata ASL 10 Firenze; ⁷ Direttore Infermieristico S.O.S.Zona Sud-Est dell'Azienda Sanitaria di Firenze; ⁸ Medico Direzione Sanitaria Ospedale S.M.Annunziata ASL 10 Firenze; ⁹ Medico Direzione Sanitaria Ospedale S.M.Annunziata ASL 10 Firenze;

Parole chiave: rifiuti, ospedale, alfabeto

Introduzione. La gestione dei rifiuti sanitari deve avvenire secondo criteri di efficacia, efficienza, economicità e trasparenza adottando iniziative dirette, nel rispetto della normativa, al miglioramento dell'impatto ambientale e prevenzione del rischio degli operatori sanitari.

I rifiuti prodotti nelle strutture sanitarie dell'Azienda, presentano caratteristiche diverse che prevedo un diverso smaltimento, per questo motivo nel 2013 la Direzione sanitaria della zona sud-est dell'Azienda Sanitaria di Firenze ha elaborato uno strumento per semplificare il conferimento dei rifiuti.

Il primo requisito per il corretto conferimento è l'identificazione del rifiuto, per questo motivo è stato elaborato un piccolo manuale dove sono stati inseriti i principali rifiuti sanitari in ordine alfabetico.

Elencare i rifiuti in ordine alfabetico riduce il margine di errore nel loro conferimento, snellendo le procedure di smaltimento con una riduzione dei costi.

Gli obiettivi del lavoro sono:

- 1) Identificare il rifiuto per il giusto conferimento.
- 2) Ridurre il rischio infettivo
- 3) Favorire il reimpiego, il riciclaggio ed il recupero.
- 4) Ottimizzare la raccolta, il trasporto e lo smaltimento.
- 5) Ridurre i costi di smaltimento dei rifiuti a rischio infettivo.

Contenuti. Sono stati effettuati incontri formativi- operativi con personale medico, infermieristico, tecnico, di supporto e con le ditte convenzionate attraverso la formazione on the job con divulgazione e utilizzo del Manuale l'A,B,C del rifiuto sanitario, di un reminder codice-colore dei rifiuti sanitari e delle brochure illustrate.

I materiali utilizzati sono stati:

- Manuale l'A,B,C del rifiuto sanitario per gli operatori sanitari e per il personale delle Ditte esterne, dove sono elencate in ordine alfabetico tutte le principali tipologie di rifiuto.
- Reminder con il codice colore dei principali rifiuti sanitari.
- Brochure informative sul corretto conferimento dei rifiuti sanitari.

Conclusioni. La diffusione del manuale "l'A.B.C. del rifiuto sanitario", si pone l'obiettivo attraverso la conoscenza e l'attenzione di ridurre i rischi per gli operatori, ridurre il margine di errore; implementare il riciclaggio ed il recupero del rifiuto sanitario e in termini di economia sanitaria anche quello di contenere la spesa. La conoscenza e l'attenzione sono alla base della corretta gestione dei rifiuti sanitari e sono fondamentali nella prevenzione del rischio infettivo.

LA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI SEMPLIFICATA DALL'ALFABETO

O.Varone 1, F. Ciraolo 2, R. Rosseti 3, C. Pacciani 4, P. Capanni 5, S. Guarducci 6, M. Mencucci 7, C.Adamo 8, A.Barbieri

INTRODUZIONE

La gestione dei rifiuti sanitari deve avvenire secondo criteri di efficacia, efficienza, economicità e trasparenza adottando iniziative dirette, nel rispetto della normativa, al miglioramento dell'impatto ambientale e prevenzione del rischio degli operatori sanitari.

I rifiuti prodotti nelle strutture sanitarie dell'Azienda, presentano caratteristichediverseche prevedo un diverso smaltimento, perquesto motivo nel 2013 la Direzione sanitaria della zona sud-est dell'Azienda Sanitaria di Firenze ha elaborato uno strumento per semplificare il conferimento dei rifiuti.

Il primo requisito per il corretto conferimento è l'identificazione del rifiuto, per questo motivo è stato elaborato un piccolo manuale dove sono stati inseriti i principali rifiuti sanitari in ordine alfabetico.

Elencare I rifiuti in ordine alfabetico riduce il margine di errore nel loro conferimento, snellendo le procedure di smaltimento con una riduzione dei costi.



OBIETTIVI

- 1) Identificare il rifiuto per il giusto conferimento.
- 2) Ridurre il rischio infettivo
- 3) Favorire il reimpiego, il riciclaggio ed il recupero.
- 4) Ottimizzare la raccolta, il trasporto e lo smaltimento.
- 5) Ridurre i costi di smaltimento dei rifiuti a rischio infettivo

METODI

Incontri formativi-operativi con personale medico, infermieristico, tecnico, di supporto e con le ditte convenzionate attraverso la formazione on the job con divulgazione e utilizzo del Manuale l'A,B,C del rifiuto sanitario, di un reminder codice-colore dei rifiuti sanitari e delle brochure illustrate.

MATERIALI

- Manuale l'A,B,C del rifiuto sanitario per gli operatori sanitari e per il personale delle Ditte esterne, dove sono elencate in ordine alfabetico tutte le principali tipologie di rifiuto.
- Reminder con il codice colore dei principali rifiuti sanitari.
- Brochure informative sul corretto conferimento dei rifiuti sanitari.

CONCLUSIONI

La diffusione del manuale "l'A.B.C. del rifiuto sanitario", si pone l'obiettivo attraverso la conoscenza e l'attenzione di ridurre i rischi per gli operatori, ridurre il margine di errore; implementare il riciclaggio ed il recupero del rifiuto sanitario e in termini di economia sanitaria anche quello di contenere la spesa.

La conoscenza e l'attenzione sono alla base della corretta gestione dei rifiuti sanitari e sono fondamentali nella prevenzione del rischio infettivo.

- 1 Dott.ssa. Ornella Varone Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze
- 2 Dott.ssa. Francesca Ciraolo Medico Responsabile Direzione Sanitaria Ospedale S.M.Annunziata ASL 10 Firenze
- 3 Dott.ssa Rossella Rosseti Infermiere Coordinatore Epidemiologa Direzione Sanitaria Zona Sud-Est dell'Azienda Sanitaria di Firenze
- 4 Inf.Coordinatore Cristina Pacciani Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria Annunziata dell'Azienda Sanitaria di Firenze.
- 5 Inf. Coordinatore Patrizia Capanni Direzione Sanitaria P.O. Serristori dell'Azienda Sanitaria di Firenze.
- 6 Dott.ssa Silvia Guarducci Medico Direzione Sanitaria Ospedale S.M.Annunziata ASL 10 Firenze
- 7 Dott.ssa Maristella Mencucci Direttore Infermieristico S.O.S.Zona Sud-Est dell'Azienda Sanitaria di Firenze.
- 8 Dott. Christian Adamo Medico Direzione Sanitaria Ospedale S.M.Annunziata ASL 10 Firenze 9 Dott. Antonio Barbieri Medico Direzione Sanitaria Ospedale S.M.Annunziata ASL 10 Firenze



GRAFICA A CURA DI TIPOGRAFIA ASF - RE

TUTTI PER UNO, UNO PER TUTTI: I PROTOCOLLI D'INTESA PER PDTA DI CONTINUITÀ TRA OSPEDALE E TERRITORIO

Vigna I.**, Malvasio P.**, Mitola B.**, De Filippis G.*, Simone P.***, Vitale A.**

*Direttore SC Direzione medica di Presidio ospedaliero e Direzione Sanitaria d'Azienda AO Ordine Mauriziano di Torino; **Dirigente medico SC Direzione medica di Presidio ospedaliero AO Ordine Mauriziano di Torino; ***Direzione Sanitaria d'Azienda ASL TO1

Parole chiave: integrazione ospedale-territorio, continuità assistenziale

Introduzione. Nella programmazione semsetrale regionale si prevede la revisione della rete ospedaliera e di quella territoriale del Piemonte, secondo criteri di hub & spoke (DGR 49-1985, 29/4/2011). Per garantire un'assistenza sanitaria essenziale, efficace ed efficiente, organizzata sui bisogni reali del paziente, si è concordato tra l'AO Ordine Mauriziano e l'ASLTO1 di ottimizzare 4 percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) relativi a:

- diabete mellito (ricovero ordinario e valutazione trattamento piede diabetico)
- interventi di emodinamica (CV grafie, rivascolarizzazioni meccaniche percutanee, impianto di stent)
- prestazioni di neonatologia e pediatria (ricovero ordinario/DH, ambulatorio, pronto soccorso)
- endoscopia digestiva (ERCP, ecoendoscopie, stent biliari)

Contenuti. Dal 2012 al 2014 le aziende suddette hanno lavorato insieme, Direzioni sanitarie e Clinici, e costruito modelli organizzativi innovativi al fine di condividere pdta volti alla reale presa in carico del paziente, integrando servizi di assistenza primaria e servizi sanitari specialistici. Sono stati elaborati 4 protocolli d'intesa che prevedono una struttura omogenea che si articola per ognuno di essi in:

CAMPI DEL PROTOCOLLO	CONTENUTI
premessa	Presentazione e descrizione strutture firmatarie dei protocolli
normativa/procedure/protocolli clinici di riferimento	DGR Piemonte, Linee guida nazionali, regionali, società scientifiche
attività previste, descrizione, volumi, tempistiche	Modalità di ricovero e di accesso alle strutture, n°di prestazioni previste/anno (ordinarie/straordinarie, feriali/festivi), n° di giorni/ore entro cui prestazione viene erogata
inizio attività, orari, referenti, contatti	Date avvio attività, orari erogazione prestazioni, nominativi referenti attività
modalità di prenotazione	Telefonica, via mail, via fax
gestione trasferimento pazienti	Modalità operative trasporto pz (mezzi, operatore accompagnatore, a carico di quale azienda)
consenso informato	Tempistica di somministrazione e acquisizione consenso informato pz, condivisione modulistica
costi procedure	Tariffario regionale + costo materiale consumo monouso
audit (indicatori di percorso e di esito)	Indicatori di percorso e di esito, standard% dei pazienti
analisi eventi avversi	Eventi avversi clinici organizzativi gestionali verranno analizzati in forma paritetica tra le 2 AASSRR con metodologia appropriata (RCA, audit,)

I protocolli sono stati sottoscritti dai componenti del gruppo di lavoro, alla presenza delle Direzioni Sanitarie rispettive e sono stati deliberati e trasmessi in modo congiunto da entrambe le Aziende Sanitarie alla Direzione Sanità Regione Piemonte, nel mese di agosto 2014.

Conclusioni. È stato stabilito che l'implementazione dei protocolli d'intesa sopra descritti fosse a cura delle Direzioni mediche di presidio delle aziende interessate, con il coinvolgimento dei clinici che hanno partecipato al progetto di elaborazione condivisa. Nell'autunno 2014 pertanto, a conferma della collaborazione possibile tra AASSRR, unica soluzione per garantire un'efficace presa in carico del cittadino, si metteranno in atto le attività oggetto dei protocolli sotto l'attento monitoraggio delle DMPO, nel rispetto dei criteri definiti in fase di costruzione del pdta. I risultati dell'implementazione saranno poi discussi tra le 2 AASSRR a fine 2014, per evidenziare eventuali criticità nonchè margini di miglioramento.

Tutti per uno, uno per tutti: 4 protocolli d'intesa per PDTA di continuità tra ospedale e territorio



Vitale A.**, Malvasio P.**, Mitola B.**, De Filippis G.*, Simone P.***, Vigna I**

*Direttore SC Direzione medica di Presidio ospedaliero e Direzione Sanitaria d'Azienda AO Ordine Mauriziano di Torino

**Dirigente medico SC Direzione medica di Presidio ospedaliero AO Ordine Mauriziano di Torino

***Direzione Sanitaria d'Azienda, ASC TO1

Parole chiave: integrazione ospedale – territorio, continuità assistenziale

= 0

Introduzio

Nella programmazione semsetrale regionale si prevede la revisione della rete ospedaliera e di quella territoriale del Piemonte, secondo criteri di hub & spoke (DGR 49-1985, 29/4/2011). Per garantire un'assistenza sanitaria essenziale, efficace ed efficiente, organizzata sui bisogni reali del paziente, si è concordato tra l'AO Ordine Mauriziano e l'ASLTO1 di ottimizzare 4 percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) relativi a:

- 1) DIABETE MELLITO (ricovero ordinario e valutazione trattamento piede diabetico)
- 2) INTERVENTI DI EMODINAMICA (cv grafie, rivascolarizzazioni meccaniche percuta ee, stent)
- 3) prestazioni di NEONATOLOGIA E PEDIATRIA (ricovero ordinario/dh, ambulatorio, bronto soccorso)
- 4) ENDOSCOPIA DIGESTIVA (vcp. ecoendoscopie, stent biliari)

Contenu

Dal 2012 al 2014 le aziende suddette hanno lavorato insieme, Direzioni sanitarie e Clinici, e costruito modelli organizzativi innovativi al fine di condividere pdta volti alla reale presa in carico del paziente, integrando servizi di assistenza primaria e servizi sanitari specialistici. Sono stati elaborati 4 protocolli d'intesa che prevedono una struttura omogenea che si articola per ognuno di essi come descritto in tabella:

I protocolli sono stati sottoscritti dai componenti del gruppo di lavoro, alla presenza delle Direzioni Sanitarie rispettive e sono stati deliberati e trasmessi in modo congiunto da entrambe le Aziende Sanitarie alla Direzione Sanità Regione Piemonte, nel mese di agosto 2014.

CAMPI DEL PROTOCOLLO	CONTENUTI
premessa	Presentazione e descrizione strutture firmatarie dei protocolli
normativa/procedure/protocolli clinici di riferimento	DGR Piemonte, Linee guida Nazionali, regionali, società scientifiche
attività previste, descrizione, volumi, tempistiche	Modalità di ricovero e di accesso alle strutture, n° di prestazioni previste/anno (ordinarie e straordinarie, feriali/festivi), n° di giorni/ore entro cui prestazione viene erogata
inizio attività, orari, referenti, contatti	Data avvio attività, orari erogazione prestazioni, nominativi referenti attività
modalità di prenotazione	Telefonica, via mail, via fax
gestione trasferimento pazienti	Modalità operative trasporto pz (mezzi, operatore accompagnatore, a carico di quale azienda)
consenso informato	Tempistica di somministrazione e acquisizione consenso pz, condivisione modulistica
costi procedure	Tariffario regionale + costo materiale di consumo monouso
audit	Indicatori di percorso e di esito, standard % dei pazienti
analisi eventi avversi	Eventi avversi clinici organizzativi gestionali verranno analizzati in forma paritetica tra le 2 AASSRR con metodologia appropriata (RCA, audit,)

Conclusioni

E' stato stabilito che l'implementazione dei protocolli d'intesa sopra descritti fosse a cura delle Direzioni mediche di presidio delle aziende interessate, con il coinvolgimento dei clinici che hanno partecipato al progetto di elaborazione condivisa. Nell'autunno 2014 pertanto, a conferma della collaborazione possibile tra AASSRR, unica soluzione per garantire un'efficace presa in carico del cittadino, si metteranno in atto le attività oggetto dei protocolli sotto l'attento monitoraggio delle DMPO, nel rispetto dei criteri definiti in fase di costruzione del pdta. I risultati dell'implementazione saranno poi discussi tra le 2 AASSRR a fine 2014, per evidenziare eventuali criticità nonchè margini di miglioramento.

NON CADIAMO DALLE NUVOLE: HENDRICH II FALL RISK MODEL NEL IRCCS POLICLINICO SAN DONATO (PSD)

Villa V*, Cuppone M.T.*, Cristiano M°, Tissino T.°, D'Acquisto A.*, Ramondetti F.*, Gallo G.\$, Fiorini T.°, Carpinelli L.*

* Medici Direzione Sanitaria IRCCS Policlinico San Donato; ° Infermieri SITRA IRCCS Policlinico San Donato;

Autore che presenterà il poster: Dott.ssa Valentina Villa

Parole chiave: risk management, cadute, "Hendrich II Fall Risk Model"

Introduzione. Le cadute dei degenti e i danni conseguenti impattano in modo significativo sugli outcome ospedalieri, sull'indipendenza funzionale del paziente e sulla spesa sanitaria, soprattutto all'interno delle fasce di popolazione più anziane e fragili. Anche per questo 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 è confermare la validità predittiva del "Hendrich II Fall Risk Model adattato" già testata durante lo studio pilota (Se 69%, Sp 73%, RR 7.1, IC95% 2,3-22)

Materiali e metodi. Lo studio prospettico è stato condotto dalla Direzione Sanitaria dell'ospedale in collaborazione con il SITRA del IRCCS Policlinico San Donato (PSD) in tutti i reparti di degenza ordinaria. Per ogni paziente è stata compilata la scheda di valutazione del rischio caduta (HIIFRM adattato*) all'inizio della degenza. Il periodo in esame va dal 24 Febbraio 2014 all'15 Agosto 2014.

I pazienti sono stati classificati in base allo score derivante dalla HIIFRM e divisi come a rischio e non a rischio in base al cut-off della scala (score 5). La probabilità di rimanere liberi da caduta nel tempo è stata stimata in entrambi i gruppi con il metodo di Kaplan-Meier e il Log-rank test ad un grado di libertà è stato utilizzato per confrontare le due curve.

Risultati. Lo studio ha arruolato 3800 pazienti (50% dei pazienti ricoverati nel periodo e nelle unità operative in studio); la scheda di valutazione è stata compilata nel 94% dei casi il giorno dell'ingresso. 623 pazienti sono stati valutati a rischio caduta (16.4%), 45 dei quali sono caduti durante il periodo d'osservazione (7.2%); tra i pazienti valutati non a rischio 24 (0,08%) sono caduti. La differenza di probabilità di rimanere liberi da caduta nel tempo nei due gruppi e statisticamente significativa (Log-rank test: χ² 67,97; GdL 1; p <<10-6) Il rischio relativo di caduta per i pazienti a rischio è 9,6; l'intervallo di confidenza al 95% del RR è: 5.8-15.</p>

Non cadiamo dalle nuvole:

Hendrich II Fall Risk Model nel IRCCS Policlinico San Donato

Villa V*, Cuppone M.T.*, Cristiano M°, Tissino T.°, D'Acquisto A.*, Ramondetti F.*, Gallo G.∫, Fiorini T.°, Carpinelli L.*

*Medici Direzione Sanitaria IRCCS Policlinico San Donato, °Infermieri SITRA IRCCS Policlinico San Donato §Responsabile Sistema di Gestione per la Qualità IRCCS Policlinico San Donato

Introduzione

Le cadute dei degenti e i danni conseguenti impattano in modo significativo sugli outcome ospedalieri, sull'indipendenza funzionale del paziente e sulla spesa sanitaria, soprattutto all'interno delle fasce di popolazione più anziane e fragili. Anche per questo 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 è confermare la validità predittiva del "Hendrich II Fall Risk Model adattato" già testata durante lo studio pilota (Se 69%, Sp 73%, RR 7.1, IC95% 2,3-22)

Materiali e Metodi

Lo studio prospettico è stato condotto dalla Direzione Sanitaria dell'ospedale in collaborazione con il SITRA del IRCCS Policlinico San Donato (PSD) in tutti i reparti di degenza ordinaria.

Per ogni paziente è stata compilata la scheda di valutazione del rischio caduta (HIIFRM adattato*) all'inizio della degenza. Il periodo in esame va dal 24 Febbraio 2014 all'15 Agosto 2014.

I pazienti sono stati classificati in base allo score derivante dalla HIIFRM e divisi come a rischio e non a rischio in base al cut-off della scala (score 5). La probabilità di rimanere liberi da caduta nel tempo è stata stimata in entrambi i gruppi con il metodo di Kaplan-Meier e il Log-rank test ad un grado di libertà è stato utilizzato per confrontare le due curve.

Risultati

Lo studio ha arruolato 3800 pazienti (50% dei pazienti ricoverati nel periodo e nelle unità operative in studio); la scheda di valutazione è stata compilata nel 94% dei casi il giorno dell'ingresso. 623 pazienti sono stati valutati a rischio caduta (16.4%), 45 dei quali sono caduti durante il periodo d'osservazione (7.2%); tra i pazienti valutati non a rischio 24 (0,08%) sono caduti. La differenza di probabilità di rimanere liberi da caduta nel tempo nei due gruppi e statisticamente significativa (Log-rank test: χ² 67,97; GdL 1; p <<10⁻⁶) Il rischio relativo di caduta per i pazienti a rischio è 9,6; l'intervallo di confidenza al 95% del RR è: 5.8-15.









[§] Responsabile Sistema di Gestione per la Qualità IRCCS Policlinico San Donato

^{*} Durante lo studio pilota è stato aggiunto l'item UTILIZZO di ANTIPERTENSIVI

VANTAGGI DI UN NUOVO PROTOCOLLO DI SEDAZIONE-ANALGESIA PROCEDURALE (DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA) MEDIANTE L'UTILIZZO DELLA MISCELA N2O-02 50-50% (EQUIMOLAR MISCELA OXIGEN NITROUS OXIDE) IN EMERGENZA PRE-OSPEDALIERA ED INTRA-OSPEDALIERA

L. Vittorioso¹, M. Guarino², F. De Iaco², E. Gandolfo², A. Riccardi², M. Carannante³, L. Morelli³, F. Numis³, L. Marciano³, R. Dell'Aversano¹, F. Schiraldi³

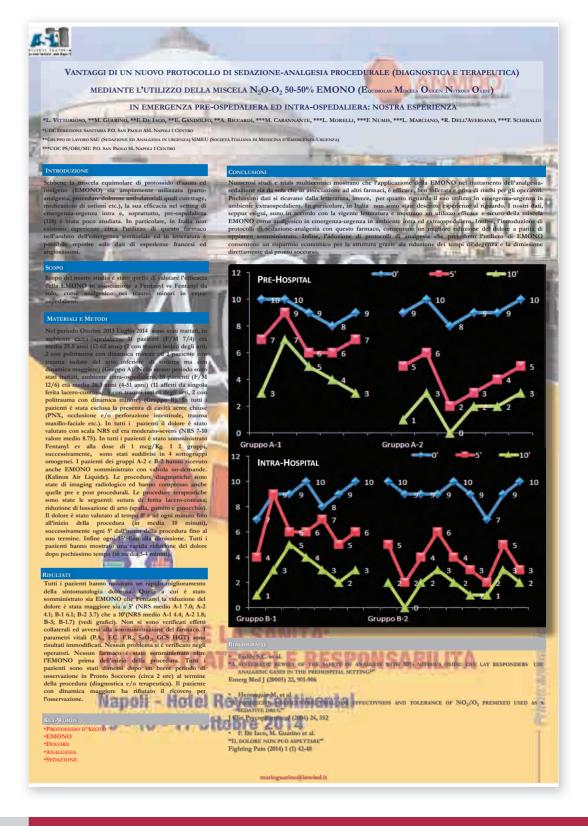
¹ UOC Direzione Sanitaria P.O. San Paolo ASL Napoli 1 Centro; ² Gruppo di lavoro SAU (Sedazione ed Analgesia in urgenza) SIMEU (Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza); ³ UOC PS/OBI/MU P.O. San Paolo SL Napoli 1 Centro

Parole chiave: EMONO, NRS, dolore

Introduzione. Sebbene la miscela equimolare di protossido d'azoto ed ossigeno (EMONO) sia ampiamente utilizzata (parto-analgesia, procedure dolorose ambulatoriali quali curettage, medicazioni di ustioni etc.), la sua efficacia nel setting di emergenza-urgenza intra e, soprattutto, pre-ospedaliera (118) è stata poco studiata. In particolare, in Italia non esistono esperienze circa l'utilizzo di questo farmaco nell'ambito dell'emergenza territoriale ed in letteratura è possibile reperire solo dati di esperienze francesi ed anglosassoni. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia della EMONO in associazione a Fentanyl vs Fentanyl da solo, come analgesico nei traumi minori in extra-ospedaliero.

Contenuti. Nel periodo Ottobre 2013 Luglio 2014 sono stati trattati, in ambiente extra-ospedaliero, 11 pazienti (F/M 7/4) età media 25.5 anni (12-62 anni) (7 con traumi isolati degli arti, 2 con politrauma con dinamica minore ed 1 paziente con trauma isolato del arto inferiore di sinistra ma con dinamica maggiore) (Gruppo A), Nello stesso periodo sono stati trattati, ambiente intra-ospedaliero, 18 pazienti (F/M 12/6) età media 26.3 anni (4-51 anni) (11 affetti da singola ferita lacero-contusa, 5 con traumi isolati degli arti, 2 con politrauma con dinamica minore) (Gruppo B). In tutti i pazienti è stata esclusa la presenza di cavità aeree chiuse (PNX, occlusione e/o perforazione intestinale, trauma maxillo-faciale etc.). In tutti i pazienti il dolore è stato valutato con scala NRS ed era moderato-severo (NRS 7-10 valore medio 8.75). In tutti i pazienti è stato somministrato Fentanyl ev alla dose di 1 mcg/Kg, I 2 gruppi, successivamente, sono stati suddivisi in 4 sottogruppi omogenei. I pazienti dei gruppi A-2 e B-2 hanno ricevuto anche EMONO somministrato con valvola on-demande. (Kalinox Air Liquide). Le procedure diagnostiche sono state di imaging radiologico ed hanno compresso anche quelle pre e post procedurali. Le procedure terapeutiche sono state le sequenti: sutura di ferita lacero-contusa; riduzione di lussazione di arto (spalla, gomito e ginocchio). Il dolore è stato valutato al tempo 0' e ad ogni minuto fino all'inizio della procedura (in media 10 minuti), successivamente ogni 5' dall'inizio della procedura fino al suo termine. Infine ogni 15' fino alla dimissione. Tutti i pazienti hanno mostrato una rapida riduzione del dolore dopo pochissimo tempo (in media 3-4 minuti). Quelli a cui è stato somministrato sia EMONO che Fentanyl la riduzione del dolore è stata maggiore sia a 5' (NRS medio A-1 7.0; A-2 4.1; B-1 6.1; B-2 3.7) che a 10'(NRS medio A-1 4.4; A-2 1.8; B-3; B-1.7). Non si sono verificati effetti collaterali ed avversi alla somministrazione dei farmaci in tutti i gruppi. I parametri vitali sono risultati immodificati. Nessun problema si è verificato negli operatori. Tutti i pazienti sono stati dimessi dopo un breve periodo di osservazione in Pronto Soccorso (circa 2 ore) al termine della procedura (diagnostica e/o terapeutica). Il paziente con dinamica maggiore ha rifiutato il ricovero per l'osservazione.

Conclusioni. Numerosi studi multicentrici mostrano che l'applicazione della EMONO nel trattamento dell'analgesia-sedazione sia da sola che in associazione ad altri farmaci, è efficace, ben tollerata e priva di rischi per gli operatori. Pochissimi dati si ricavano dalla letteratura per quanto riguarda il suo utilizzo in emergenza-urgenza in ambiente extraospedaliero. In particolare, in Italia non sono state descritte esperienze al riguardo. I nostri dati, seppur esigui, sono in accordo con la vigente letteratura e mostrano un utilizzo efficace e sicuro della miscela EMONO come analgesico in emergenza-urgenza in ambiente intra ed extraospedaliero. Inoltre, l'introduzione di protocolli di sedazione-analgesia con questo farmaco, consentono un migliore riduzione del dolore a parità di oppiaceo somministrato. Infine, l'adozione di tali protocolli consentono un risparmio economico per la struttura grazie alla riduzione dei tempi di degenza e la dimissione direttamente dal pronto soccorso.



40° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.

Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

COMUNICAZIONI

PAPD DEDICATI ALLA CONTINUITÀ DI CURE ED AL FOLLOW UP DEL PAZIENTE NEFROPATICO: L'ESPERIENZA DEL PO INCURABILI – ASL NA1CENTRO

Lanzetta R.¹, Giordano V.², Russo A.³, Savoia F.⁴, Palladino R.⁴, Bellopede R.⁴, Porciello ME⁴, Papa M ⁵, Conte G.⁶, Tassinario S.⁷, Moretta S.⁶.

¹ Direttore D.A.O. ASL Napoli 1 Centro; ² Resp.UOSD Pianificazione Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; ³ Assistente Amministrativo D.A.O ASL Napoli 1 Centro; ⁴ Medico in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli; ⁵ Direttore UOC Programmazione e Pianificazione Aziendale ASL Napoli 1 Centro; ⁶ Direttore UOC Nefrologia SUN; ⁷ Direttore ff UOC Medicina PO Incurabili, ⁸ Servizio Qualità e Rischio Clinico ASL Caserta.

Parole chiave: percorso assistenziale, setting nefrologici, comorbosità

Introduzione. La complessità dei pazienti seguiti in Unità Operativa Complessa (UOC) di Nefrologia e in UOC di Medicina Interna ha reso necessaria la predisposizione di un percorso assistenziale protetto al fine di garantire le cure adeguate ai pazienti già presi in carico con precedenti ricoveri che sviluppino complicanze. Si propone pertanto di poter far afferire specifiche categorie di pazienti in precedenza già ricoverati e dimessi presso la UOC di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero (PO) "Incurabili" con modalità di percorso assistenziale post dimissione (PAPD), al fine di assicurare la continuità assistenziale a tali pazienti nefropatici fragili ed alto rischio, evitando così ricoveri in altri PO che comporterebbero costi sanitari eccessivi. Specificamente ci si riferisce al setting clinico assistenziale con attività nefrologiche esclusivamente per pazienti affetti da IRC in trattamento dialitico e non, già ricoverati in precedenza, che necessitano di riaccesso in UOC per comorbosità in tempi brevi (entro 7 giorni) rispetto alla dimissione ordinaria e in tempi medio lunghi (1-3 mesi) secondo specifiche caratteristiche cliniche. In particolare i setting nefrologici che necessitano di riaccesso precoce e/o temporizzato a 3 mesi su evidenze cliniche di contesto in PAPD sono i seguenti come individuato secondo EBM:

- Trapiantati renali:
- Pazienti con sindrome nefrosica e/o nefritica con note cliniche di Insufficienza Renale;
- Pazienti con Insufficienza Renale in trattamento conservativo o dialitico.

Tali percorsi per la specificità dei pazienti si rendono necessari in quanto presso il PO degli Incurabili non è più attivo il Pronto Soccorso.

Materiali e metodi. Sono stati definiti in fase di prima applicazione i seguenti modelli applicativi di PAPD: "PAPD su evidenze assistenziali precoci"; "PAPD Temporizzato a 3 mesi su evidenze cliniche di contesto". Per entrambi i precorsi la metodologia realizzativa prevede la costruzione del PAPD, mediante la definizione di un percorso assistenziale secondo le seguenti fasi operative:

- Identificazione della patologia
- Costituzione del gruppo di lavoro
- Revisione della letteratura
- Analisi della pratica corrente e dei punti critici
- Stesura provvisoria del PAPD
- Identificare ali indicatori e fissare ali standard
- Condivisione del PAPD
- Applicazione sperimentale del percorso e monitoraggio
- Interventi correttivi, messa a regime del percorso e suo monitoraggio continuo

Risultati. È prevista una fase di prima applicazione del PAPD in via sperimentale della durata di 3 mesi dalla ufficiale attivazione. In tale fase verranno effettuate 4 riunioni del gruppo di lavoro per stabilire in via definitiva i ruoli e le funzioni dei soggetti coinvolti nel PAPD e a 3, 6 e 12 mesi a partire dall'attivazione del PAPD, al fine di monitorare l'andamento degli indicatori di processo e di esito previsti (n° di pz. inseriti nel PAPD che tornano all'accesso post dimissione prima della visita programmata; n° dimissioni per i 3 setting individuati che necessitano di nuovo ricovero nei 3 mesi). Le informazioni derivate dagli indicatori, costituiranno un flusso informativo ufficiale a cadenza periodica di 3, 6 e 12 mesi, tra UOC di Nefrologia/ UOC di Medicina Interna/DS di Stabilimento Ospedaliero/UOSD Pianificazione Ospedaliera/DAO per verificare l'andamento degli indicatori rispetto agli standard previsti (≤ 20%).

ALLESTIMENTO DI PREPARATI GALENICI PER I PAZIENTI PEDIATRICI NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Bernardini I.1; D'Arpino A.2; Bologni D.3; Pioppo M.4; Orlandi W.5

- ¹ Medico Specialista in Igiene e medicina preventiva-Direzione Medica Ospedaliera;
- ² Dirigente Farmacista-Farmacia Ospedaliera; ³ Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera;
- ⁴ Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera di Perugia; ⁵ Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Perugia

Parole chiave: preparazioni galeniche, bambini, rischio clinico

Introduzione. Il trasferimento del Policlinico al Polo Unico Ospedaliero Santa Maria della Misericordia di Perugia è stata occasione per la S.C. di Farmacia Ospedaliera di revisionare l'elenco delle preparazioni galeniche.

Dopo aver eleminato dall'interesse le preparazioni con un equivalente in commercio si è osservato come il 90% di ciò che rimaneva era di uso pediatrico.

Circa il 75% dei farmaci prescritti per bambini sono stati previsti unicamente per gli adulti senza aver avuto uno sviluppo specifico in pediatria. Di conseguenza i bambini sono esposti al rischio di ricevere farmaci senza adeguate conoscenze sul profilo rischio/beneficio. La mancanza di formulazioni specifiche e di dosaggi adeguati comporta che possono essere somministrati ai bambini dosi insufficienti o eccessive e di conseguenza tossiche di farmaci.

I principi attivi più frequentemente prescritti sono: captopril, spironolattone da solo o associato a idroclorotiazide o furosemide, warfarin, fenitoina senza lattosio e propranololo. Tali farmaci sono naturalmente fondamentali nella Unità di Terapia Intensiva Neonatale.

Materiali e Metodi. L'attività di revisione e studio delle preparazioni galeniche ha portato all'analisi di formulazioni che fossero adatte all'età pediatrica/neonatale 1) sia sotto il profilo della sicurezza del dosaggio 2) sia per la facilità di somministrazione e 3) non di minor importanza nella logistica del reperimento del medicinale oggetto di richiesta.

La soluzione intrapresa per il miglioramento dei tre items descritti è stata quella di trasformare le forme farmaceutiche da solide (cartine) a liquide (sciroppi e sospensioni).

La ricerca ha comportato innanzitutto il reperimento di formulari esistenti in letteratura già normalmente utilizzati in ospedali italiani ed internazionali con una particolare attenzione alla stabilità del prodotto.

Conclusioni. Tale cambiamento condotto di concerto con la Direzione Medica che ha guidato attività di audit e di formazione ha portato ad un miglioramento nella soddisfazione del personale infermieristico, nella qualità del prodotto allestito e nella sicurezza del paziente.

Il farmaco infatti viene prelevato a volume e non pesato nella misura di millesimi di grammo di principio attivo garantendo una migliore accuratezza del dosaggio; si è assistito ad una più semplice modalità di somministrazione che per i piccoli pazienti risultano essere gradevoli e palatabili; avere inoltre a disposizione una sospensione a concentrazione fissa permette di soddisfare le variazioni di dosaggio dovute alle modifiche del peso corporeo.

Tale cambiamento attuato con iso-risorse ha consentito una facilitazione anche nell'allestimento.

È evidente che sarebbe auspicabile, dal punto di vista della sicurezza di bambini, neonati e prematuri la disponibilità di farmaci specificamente studiati e autorizzati nei bambini per quella determinata indicazione. Una rete di collaborazione è importante per ottenere maggiori informazioni e specifiche conoscenze così da ridurre il rischio di errori e garantire sicurezza ai piccoli pazienti.

PROCEDURA PER PREVENIRE E GESTIRE GLI INCIDENTI A VISITATORI-FAMIGLIARI

E. Boccalone¹; G. Federico²; G. Sorgente³; E. Sgueglia⁴; R. Misefari⁵; P. Boccalone⁶

¹ Scuola di Medicina SUN Napoli; ² Direttore uoc Risk Management AORN Caserta; ³ Dirigente Medico uoc Risk Management AORN Caserta; ⁴ C.S.S.A. Ufficio Infermieristico AORN Caserta; ⁵ C.P.S.I. uoc Risk Management AORN Caserta; ⁶ Dirigente Medico Direzione sanitaria AORN Caserta

Parola chiave: visitatori-famigliari, contenzioso medico-legale, soluzione stragiudiziale

L'avvento della tecnologia informatica, telematica e multimediale ha dato impulso ad un progressivo e radicale cambiamento nel nostro modo di lavorare, instaurare relazioni, abitare la città e costruire insieme la Società postindustriale del XXI secolo.

In sanità un altro decisivo impulso al cambiamento l'ha dato il processo di aziendalizzazione delle strutture avviato agli inizi degli anni 90. Tale processo ormai in atto da 20 anni ha obbligato le istituzioni sanitarie non solo ad acquisire conoscenze professionali e capacità gestionali necessarie per fronteggiare un contesto competitivo ma anche a realizzare nuovi modelli di assetto e funzionamento per adeguare l'offerta dei servizi alle cangiate istanze della Società. Tra i principi informatori dei moderni Ospedali sono centrali l'umanizzazione, l'urbanità, la socialità, l'affidabilità, l'interattività, la comunicazione, l'onestà e la trasparenza. Per effetto delle più dinamiche procedure di assistenza e delle più ampie fasce orarie di accesso delle persone, oggi le strutture sanitarie registrano una maggior presenza giornaliera sia degli assistiti che dei visitatori-famigliari.

È, quindi, normale che in luoghi di vita collettiva come gli Ospedali, dove le attività svolte e le relazioni intrattenute generano inevitabilmente molteplici tipologie di rischi, possa verificarsi un incremento degli incidenti a visitatori-famigliari rispetto al passato.

D'altra parte l'esperienza della Pubblica Amministrazione ha riconosciuto che le vertenze e conflittualità, qualunque ne sia l'esito, determinano sempre gravi danni d'immagine alle Aziende Sanitarie e che i cittadini tollerano disservizi/inconvenienti di non poca entità se rilevano di essere in buona relazione con la struttura, se cioè sono trattati con il dovuto riquardo.

Si è ritenuto, pertanto, doveroso e conveniente approntare una Procedura con le numerose e puntuali azioni di ordine operativo/comportamentale/organizzativo che sono necessarie per la specifica sicurezza dei visitatori - famigliari presenti in Ospedale.

Dette azioni, suddivise in una sezione PREVENZIONE e in una sezione GESTIONE degli incidenti, chiamano in causa, tutte le figure professionali (dipendenti e non dipendenti) che lavorano in Ospedale e gli stessi visitatoti – famigliari che accedono ad esso in quanto tenuti a contribuire alla sicurezza generale ed effettuare azioni non delegabili.

La sezione PREVENZIONE dettaglia le attività finalizzate a garantire, in maniera diretta o indiretta, la preservazione dell'incolumità – integrità di tale categoria di persone mentre la sezione GESTIONE dettaglia quelle finalizzate a garantire, da un lato, l'immediata presa in carico assistenziale dei visitatori-famigliari infortunati con erogazione gratuita di tutte le prestazioni sanitarie quando nell'evento vi sia responsabilità dell'A.O. e, dall'altro, la migliore procedimentalizzazione del riscontro amministrativo con perseguimento di tutte le prassi di risoluzione stragiudiziale quando venga instaurato un contenzioso medico – legale dagli infortunati.

Se applicata puntualmente e assecondata costantemente nelle emergenti necessità questa Procedura può comportare gli ulteriori vantaggi di implementare la sicurezza globale, razionalizzare l'organizzazione e l'operatività, migliorare la convivenza interna e ridurre le spese assicurative e gestionali dell'Azienda.

"PROCEDURA OPERATIVA PER PREVENIRE E GESTIRE LE LESIONI DEL NERVO LARINGEO INFERIORE IN CORSO DI TIROIDECTOMIA"

P. Boccalone¹; G. Federico²; G. Sorgente³; E. Sgueglia⁴; R. Misefari⁵; E. Boccalone⁶

¹ Dirigente Medico Direzione sanitaria AORN Caserta; ² Direttore uoc Risk Management AORN Caserta; ³ Dirigente Medico uoc Risk Management AORN Caserta; ⁴ C.S.S.A. Ufficio Infermieristico AORN Caserta; ⁵ C.P.S.I. uoc Risk Management AORN Caserta; ⁶ Scuola di Medicina SUN Napoli

Parola chiave: evento sentinella; tiroidectomial lesione del nervo laringeo inferiore

Le lesioni transitorie e definitive del nervo laringeo inferiore (NLI), o ricorrente, in corso di tiroidectomia costituiscono la **complicanza più importante** di questi interventi chirurgici sia per i singoli pazienti, a causa delle menomazioni cordali sofferte (disfonia, dispnea, disfagia), e sia per le aziende sanitarie, a causa degli esborsi economici sostenuti (contenziosi medico-legali, risarcimenti).

Tali importanti lesioni del NLI - in quanto accadimenti inattesi correlati al processo assistenziale e potenzialmente indicativi di un serio malfunzionamento del sistema che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario – costituiscono **Eventi Sentinella** che, in ottemperanza alle direttive vigenti, vanno notificati al Ministero della Salute, poi sottoposti ad un'indagine immediata che accerti se fattori eliminabili o riducibili li abbiano causati o vi abbiano contribuito e infine prevenuti con l'attuazione di adeguate misure correttive.

Dette lesioni possono realizzarsi ancor più se vengono utilizzati il bisturi ad ultrasuoni e le forbici curve che introducono ulteriori fattori di rischio nella metodica chirurgica.

Si è ritenuto pertanto necessario e conveniente approntare una "Procedura operativa per prevenire e gestire le lesioni del nervo laringeo inferiore in corso di tiroidectomia" allo scopo di fornire ai chirurghi le indicazioni del caso quando prendono in cura pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico di tireoidectomia per non causare lesioni dei nervi ricorrenti e, all'occorrenza, per recuperare al meglio il danno procurato ed evitarne l'aggravamento.

La Procedura all'uopo dettaglia i fattori di rischio per lesione del NLI, le cause di paralisi del NLI, le situazioni in cui i pazienti possono essere già portatori di una paralisi ricorrenziale monolaterale misconosciuta, le cautele connesse all'utilizzo del bisturi ad ultrasuoni (se utilizzato), le Istruzioni per il corretto impiego delle Forbici curve Harmonic ACE (se utilizzate).

Le modalità operative sono temporalmente distinte in numerose e puntuali:

- azioni assistenziali da attuare prima dell'intervento
- azioni assistenziali da attuare in Sala Operatoria
- azioni assistenziali da attuare in caso di rilevata lesione postoperatoria del NLI

È previsto inoltre che nei singoli casi i chirurghi compilino una specifica check list e la lascino in Cartella Clinica e, ove abbiano evidenze che il bisturi sia guasto o malfunzionante, non lo usino o ne interrompano subito l'uso e, se ha potuto causare danni o pericolo, lo conservino intatto senza manomissione e senza buttare via le componenti monouso impiegate in modo da consentire le necessarie verifiche tecniche del caso.

In conclusione la *Procedura*, indicando con puntualità e chiarezza ogni azione che la buona pratica pone a fondamento della correttezza clinica, fornisce ai destinatari tutti gli elementi tecnico-operativi utili all'implementazione della massimale qualità e sicurezza assistenziale negli interventi chirurgici di tiroidectomia, ivi compresi gli indicatori per valutarne i livelli di applicazione e performance.

LA «LEAN ORGANIZATION» APPLICATA AI BLOCCHI OPERATORI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Bologni D.¹; Bernardini I.²; Carnio G.³; Ceccarini E.⁴; Leandri MR.⁵; Moretti E.⁶; Torroni D.⁷: Pioppo M.ఄ; Orlandi W.ゥ̂

¹ Dirigente Medico –Direzione Medica Ospedaliera; ² Medico Specialista in Igiene e medicina preventiva-Direzione Medica Ospedaliera; ³ Responsabile Dirigente Dipartimento Professioni Sanitarie; ⁴ Dipartimento Professioni Sanitarie - Responsabile Infermieristico Dipartimento di Scienze Chirurgiche; ⁵ Dipartimento Professioni Sanitarie - Responsabile Infermieristico Sistema Informativo ed Approvvigionamenti Blocchi Operatori e Dipartimenti Sanitari; ⁶ Dipartimento Professioni Sanitarie - Responsabile Infermieristico per i Processi Organizzativi e Gestionali dei Blocchi Operatori; ⁷ Dipartimento Professioni Sanitarie - Responsabile Infermieristico Percorso Urgenze-Emergenze Intraospedaliere e Bed Management: ⁸ Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera di Perugia: ⁹ Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Perugia

Parole chiave: lean organization, bocchi operatori, innovazione

Introduzione. Nell'Azienda Ospedaliera di Perugia la programmazione delle sedute operatorie tiene conto di numerosi fattori tra cui la trasparenza e la correttezza nei confronti dei cittadini che hanno diritto alla consultazione della propria posizione in lista d'attesa presso la Direzione Medica Ospedaliera, garante del rispetto dei criteri di erogazione della prestazione attesa nel rispetto dei tempi previsti dalle leggi. Secondo le indicazioni del Surgery Mangement Improvement Group sono indicatori di una programmazione di sala operatoria inadeguata "out of balance" i seguenti elementi:

- Attesa del paziente dalla chiamata all'arrivo
- Attesa del chirurgo e/o dell'anestesista
- Attesa per tempo di cambio paziente
- Programmazione oltre l'operabile con conseguente rinvio dei pazienti
- "Buchi" di programmazione
- Cambi di posizione nella lista dei pazienti

Materiali e metodi. È stato istituito nel mese di marzo 2014 un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha studiato attraverso il software dedicato e presente in tutti i PC di sala i seguenti dati riferiti alle 25 sale operatorie organizzate in 2 blocchi: 1) l'utilizzo giornaliero delle sale operatorie in relazione allo svolgimento del programma chirurgico e 2) i tempi tecnici relativi alle attività del personale che lavora in sala. (OSS, infermieri, strumentisti, chirurghi ed anestesisti). In particolare sono stati analizzati: ingresso in sala del primo paziente della seduta operatoria; il tempo controllato dall'anestesista, che rappresenta l'intervallo di tempo tra l'ingresso in sala del paziente e la realizzazione dell'anestesia; il tempo controllato dal chirurgo, che inizia quando il paziente è in anestesia e si conclude quando inizia l'incisione chirurgica; l'intervallo tra due casi successivi o tempo di turnover che inizia quando il paziente lascia la sala operatoria e termina quando entra il successivo. A cominciare dal B.O. "V. Trancanelli" le azioni di miglioramento hanno riguardato i seguenti aspetti:

- attivazione di una sala
- accorciamento della fascia oraria delle sedute pomeridiane (dalle ore 20 alle 18) per ridurre le insaturazioni
- cambiamento del modello organizzativo per la gestione delle urgenze chirurgiche notturne, pre festive (sabato 14-20) e festive presso il blocco operatorio "R. Silvestrini"
- formazione personale infermieristico (attraverso l'integrazione della turistica)
- superamento della logica dei settori con un coordinamento unico del medico anestesista del blocco operatorio con la supervisione della DMO
- riduzione dell'impegno notturno degli infermieri
- declaratoria della funzione assegnata agli infermieri

Conclusioni. In confronto ad una settimana tipo nella "Lean" di osservazione si è avuto lo stesso numero di interventi chirurgici sovrapponibili per complessità con una riduzione sia degli "under" che dei "over" time pur con un orario di sala passato da 12 a 10 ore. Nella fase di sperimentazione che è seguita in alcune sale si è raggiunto un tasso di turn over ottimale di oltre l'85%.

L'obiettivo è il raggiungimento del "normal time" ovvero il pieno utilizzo di sala.

RIPENSARE L'ACCESSO ALLE RISORSE: CRITERI PER I BLOCCHI OPERATORI; L'ESPERIENZA DEGLI OSPEDALI DEL CANAVESE

Bosco M.C¹; Cardillo F.²; Frola G.³; Arnoletti F.¹; Ippolito R.¹; Scarcello A.¹; Bertola L.²; Occhiena C.²; Boraso F.⁴; LaValle G.⁴; Ripa F.⁵

¹ DMO Area C; ² DIPSA. Area C; ³ CO.DI Chir.; ⁴ Dir. Gen.; ⁵ CO.GE

Parole chiave: sostenibilità, equità, cooperazione interprofessionale

Introduzione. La sempre minore disponibilità di risorse per il SSN ne rende via via più fragile la sostenibilità. È noto tuttavia che gli esiti di salute della popolazione sono funzione prima di tutto della capacità di investire le risorse in modo efficace e appropriato.

È dunque importante che la sanità pubblica maturi sempre più competenza e capacità di orientarsi all'appropriatezza professionale e organizzativa. Da gennaio a giugno 2013 i professionisti delle direzioni e dei blocchi operatori hanno operato per mettere a punto e sperimentare un modello condiviso per l'accesso programmato alle risorse di sala, modulato in base a priorità cliniche e criteri di equità di accesso al trattamento chirurgico.

Materiali e metodi. Il progetto ha riguardato la sola attività chirurgica programmabile e è stato sviluppato come segue:

Revisione appropriatezza interventi con anestesista (dermochirurgia, cataratta, STC)

<u>Determinazione del nº di sedute/anno (6 ore cd) con anestesista effettuabili nel 2013</u>: la definizione, in riduzione rispetto al 2012, è avvenuta attraverso la determinazione del carico di lavoro degli anestesisti e delle risorse aggiuntive disponibili.

Condivisione:

- <u>del tempo di sala stimato per tipologia di intervento</u>: tempo chirurgico + 20% per tempo anestesiologico
- dei vincoli dati da norme e standards (IVG, fratture femore) con accantonamento di un numero di sedute mensili adeguato al rispetto degli stessi:
 - sedute IVG: 2 sedute mese (metodo empirico)
 - traumatologia: dato il n. di interventi di traumatologia del 2012 e considerato un tempo medio di 80' per intervento; è stato trovato il monte ore annuale e ricavata una media mensile di 11 sedute da accantonare, riservando così spazi operatori adeguati a consentire il rispetto dell'indicatore LEA relativo al trattamento chirurgico delle fratture di femore.

Pulitura delle liste di attesa tramite recall.

Stratificazione delle liste di attesa di ciascuna disciplina per tipologia di intervento; ogni tipologia di intervento è stata pesata in base al tempo medio di sala per la sua esecuzione e il risultato è stato sommato agli altri della stessa disciplina. È stata quindi trovata la% rappresentata da ogni disciplina sul totale.

Programmazione delle sedute (es. mese di aprile): totale sedute del mese (86) meno 4 (eccezionalmente) per IVG, meno 11 per traumatologia, le restanti 71 ripartite in base alle% calcolate per ciascuna disciplina Correzione: è avvenuta in base ai sequenti criteri:

- limiti di disponibilità delle équipes chirurgiche
- liste di attesa con% di accesso <1%, ma con rilevanza particolare (tutela handicap)

Condivisione con gli operatori del risultato finale

Sperimentazione tre mesi (aprile-giugno 2013)

<u>Andata a regime</u>: il metodo costruito insieme - perciò in cooperazione multiprofessionale / specialistica - è transitato senza criticità dalla fase sperimentale al consolidamento.

Risultati. Con la condivisione di un metodo di accesso alle risorse è stata promossa la cooperazione tra molteplici figure professionali, raggiungendo i seguenti obiettivi:

- per le équipes di cura: trasparenza dei criteri di accesso e mantenimento di un clima di lavoro collaborativo.
- per la persona assistita: assicurazione dell'equità di accesso al trattamento chirurgico
- per le équipes organizzative: governo di una criticità (riduzione delle sedute) a alto potenziale conflit-

- tuale; disponibilità di liste di attesa sempre aggiornate, utili alla gestione del non spreco
- <u>per l'azienda</u>: mantenimento dell'indicatore PNE "Frattura del collo del femore: int. chir. entro 2 gg" quasi allo stesso valore del 2012 (81,68%), dunque allineato all'obiettivo nazionale.

Il ricorso all'urgenza, benché nel 2013 sia rimasto invariato nonostante la riduzione di sedute, indica un ulteriore fronte di verifica e miglioramento.

ASSISTENZA PROATTIVA PER L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA IN AZIENDA III SS 20 VERONA

Bovo C.1*, Nesoti M.V.1*, Azzini M2**, Zanardi E2**, Crimi G2**, Bonavina M.G.3°

- ¹ Direzione Sanitaria Azienda ULSS n.20 VR; ² Dipartimento Riabilitativo ULSS n. 20 VR;
- ³ Direzione Generale Azienda ULSS n. 20 VR

Parole chiave: IRC, cronicità, assistenza territoriale

Introduzione. L'ULSS 20 di Verona, per uniformare l'assistenza territoriale dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica (IRC), razionalizzando le risorse umane e strutturali, ha riorganizzato il servizio di assistenza domiciliare respiratoria (ADR) attraverso l'esternalizzazione del Servizio in stretto coordinamento con il Dipartimento Riabilitativo. Tale riorganizzazione prevede, non solo la fornitura di ossigeno, materiali e tecnologie ma anche un sistema di sorveglianza proattivo del paziente. La riorganizzazione è a regime dal mese di luglio 2013.

Materiali e metodi. Le principali caratteristiche del servizio sono: la consegna di ossigeno e la consegna, installazione e manutenzione ordinaria e straordinaria su apparecchiature e presidi, una piattaforma web per la prescrizione e archiviazione dei dati, personale qualificato adeguatamente addestrato che effettua gli accessi domiciliari, la reperibilità telefonica. I pazienti sono stratificati in undici profili, non mutuamente esclusivi, secondo le necessità terapeutiche; ad ogni profilo corrisponde una specifica fornitura di materiale. In base alla combinazione dei profili e comunque al quadro clinico, ogni paziente viene assegnato ad un regime di intensità di sorveglianza:

- bassa intensità: accessi infermieristici a domicilio programmati ad un mese dall'attivazione del servizio o dalla dimissione ospedaliera e in seguito ogni 6 mesi
- media intensità: accessi infermieristici a domicilio programmati all'attivazione del servizio o alla dimissione ospedaliera e in seguito ogni 3 mesi
- alta intensità: accessi infermieristici a domicilio all'attivazione del servizio o alla dimissione ospedaliera; in pazienti di particolare gravità nel primo mese fino a 6 accessi, e in seguito almeno ogni mese L'organico ADR è composto da un Medico Pneumologo, 3 Infermieri, un fisioterapista. L'attività domiciliare infermieristica comprende la valutazione dei parametri clinici, dei sintomi, del consumo di ossigeno, il controllo del corretto utilizzo della strumentazione, la verifica della compliance farmacologia, attività educazionale sul paziente e/o caregiver. La documentazione sanitaria di tali accessi viene visionata dal pneumologo per la conferma/modifica dell'intensità di sorveglianza, la programmazione della visita ambulatoriale, la programmazione di esami strumentali a domicilio (emogasanalisi, saturimetria).

Ai pazienti e ai caregiver è in fase di somministrazione un questionario validato sulla qualità di vita e sulla qualità percepita del Servizio.

Risultati. Sono stati valutati i dati relativi al periodo luglio 2013- luglio 2014. La prevalenza mensile media dei pazienti in ADR è di 730, con un numero di profili attivati medio mensile di 920. L'adesione da parte del servizio all'intensità di assistenza prevista dal programma è oramai quasi al 95% per tutti i profili. Relativamente ai costi, nel primo trimestre 2014 rispetto al primo trimestre 2013 si è ottenuto un abbattimento del 41% della spesa per ossigeno. Il sistema ADR consente all'Azienda lo stretto monitoraggio della spesa, dell'accesso alle prestazioni sanitarie, al PS e al regime di ricovero ospedaliero, nonché la valutazione della compliance alle cure dei pazienti in IRC ed in futuro anche di altri outcome di tipo clinico.

LA GESTIONE DELLE GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE NEI L'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

Chellini M.¹, Chiaramonti R.², Perillo G.³, Bellini F.³, Zaccara G², Marsella B.⁴, Biggeri M⁵, Gori E.⁶, Gostinicchi S⁶, Baggiani L⁶, Indiani L.¹, Sinisgalli E.¹, Pellegrino E.¹, Bonaccorsi G.²

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Firenze; ² SOC Neurologia - Azienda Sanitaria di Firenze; ³ SC Pianificazione attività sanitarie e gestione ospedale-territorio - Azienda Sanitaria Firenze; ⁴ Direzione Sanitaria Azienda Sanitaria Firenze; ⁵ Presidente Associazione Cerebrolesioni Acquisite; ⁶ Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa, Università degli Studi di Firenze; ⁷ Dipartimento di Medicina

Parole chiave: gravi cerebrolesioni acquisite, presa in carico globale e pro-attiva

Sperimentale e Clinica - Università degli Studi di Firenze

Introduzione. Il trattamento dei pazienti con esiti di gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) costituisce una sfida di grande attualità per tutti i sistemi sanitari. L'incidenza stimata è di 100-150 casi/milione di abitanti. In questo ambito le valutazioni cliniche si intrecciano con quelle etiche, politiche e di economia sanitaria. Insieme agli ingenti investimenti in eccellenze professionali e tecnologiche per salvare queste vite umane, la società deve necessariamente farsi carico delle fasi di cronicità.

L'Azienda Sanitaria di Firenze gestisce il percorso dei pazienti con GCA in maniera globale e coordinata dalla dimissione dal reparto per acuti fino alla stabilizzazione degli esiti, tramite un servizio dedicato alle dimissioni complesse (Coordinamento Dimissioni Complesse) e grazie ad equipe multispecialistiche che operano in collaborazione con l'Associazione Cerebrolesioni Acquisite (ASS.C.A.).

Materiali e Metodi. Il percorso si avvale di 5 setting con diversi gradi di intensità assistenziale-riabilitativa. Con il progredire della stabilizzazione clinica si riduce l'intensità dell'assistenza clinica e si potenziano gli interventi volti al possibile recupero funzionale e al benessere della persona.

I medici delle strutture invianti compilano una scheda filtro, che consente l'inquadramento clinico-strumentale secondo criteri oggettivi delle condizioni di GCA, dalla fase acuta alla post-acuta.

Il neurologo responsabile del Centro Gravi Cerebrolesioni Acquisite (CGCA) valuta le schede e indica il setting più appropriato sulla base delle necessità di assistenza e dei criteri individuati.

Il CGCA si occupa inoltre del monitoraggio periodico clinico e neurofisiologico dei pazienti con personale e strumenti dell'Azienda Sanitaria Fiorentina con lo scopo di definire e giustificare il proseguimento delle cure nello stesso setting o in quello ritenuto più idoneo alle effettive necessità del paziente.

Il Coordinamento Dimissioni Complesse gestisce il trasferimento tra i setting in base alle indicazioni del neurologo e della disponibilità di posti letto, assicurando il collegamento e la comunicazione tra tutti gli attori coinvolti. I pazienti dimessi a domicilio sono presi in carico insieme ai caregiver, in collaborazione con ASS.C.A. e i servizi territoriali.

Il team utilizza un protocollo di presa in carico globale e pro-attiva (PCGPA) basato sulle teorizzazioni dell'approccio delle *capabilities* di Amartya Sen (premio Nobel Economia 1998), che prevede un percorso terapeutico/riabilitativo integrato per gestire e sostenere le problematiche etiche, sanitarie, sociali ed economiche legate a questa condizione.

Risultati. Attualmente nell'Azienda Sanitaria di Firenze 75 pazienti sono ricoverati in strutture residenziali e 290 sono seguiti a livello territoriale dal CGCA. Da gennaio a metà settembre 2014 sono stati inseriti nel percorso 50 nuovi casi di GCA.

Molteplici sono le ricadute in termini di economia sociale:

- gestione appropriata delle risorse ospedaliere e territoriali;
- garanzia della continuità e della qualità di assistenza e monitoraggio;
- appropriatezza prescrittiva con riduzione dei costi per farmaci, esami strumentali e di laboratorio e visite specialistiche);
- alleggerimento del peso di gestione e del carico psicologico della famiglia del malato;
- massimo recupero possibile dell'autonomia e delle capacità relazionali con riduzione dei costi indiretti sui care giver.

CONTROLLO DELLA CONTAMINAZIONE DA LEGIONELLA MEDIANTE MONOCLORAMMINA IN DUE OSPEDALI SICILIANI

Coniglio M.A.¹; Andolfi N.²; Faro G.³; Pellegrino M.B.²; Sgalambro A.²; D'Aquila G.⁴; Spina A.⁵; Melada S.⁶¹ Laboratorio di riferimento regionale per la sorveglianza ambientale, clinica e il controllo della legionellosi – Dipartimento "G.F. Ingrassia" – Igiene e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Catania; ² Laboratorio di Sanità Pubblica LSP, ASP8, Siracusa; ³ Dipartimento "G.F. Ingrassia" – Igiene e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Catania; ⁴ Ospedale "Umberto I", Siracusa; ⁵ "Nuovo Ospedale di Lentini", Lentini (Siracusa); ⁶ Chimico, esperto in tecnologie di disinfezione delle acque

Parole chiave: Legionella, monoclorammina, ospedali

Introduzione. In Sicilia è stata per la prima volta utilizzata la monoclorammina per la bonifica da Legionella pneumophila degli impianti di distribuzione dell'acqua calda sanitaria di due ospedali: "Ospedale Umberto I" (Siracusa) e "Nuovo Ospedale di Lentini" (Lentini, SR). Prima dell'avvio della disinfezione mediante monoclorammina, il 100% dei punti esaminati in entrambi gli ospedali risultava positivo per L. pneumophila SG3 o SG6, con cariche comprese tra 103 e 105 UFC/L, e con carica batterica totale (CBT) a 22°C che in alcuni punti superava 104 UFC/ml. Le misure di bonifica adottate prima dell'avvio della disinfezione dell'acqua con monoclorammina non hanno avuto alcuna efficacia (perossido di idrogeno, utilizzato solo nel Nuovo Ospedale di Lentini), hanno avuto efficacia solo temporanea (iperclorazione) o si sono rivelate efficaci nel lungo termine ma estremamente costose (filtri terminali installati solo nei reparti ad alto rischio).

Materiali e metodi. Sono stati installati 3 impianti generatori di monoclorammina, uno per ciascuna centrale idrica di produzione dell'acqua calda sanitaria: 2 all'Ospedale Umberto I (avancorpo e corpo posteriore) e 1 al Nuovo Ospedale di Lentini. In entrambi gli ospedali sono stati identificati i seguenti punti di prelievo più significativi: mandata, ricircolo e almeno un punto per ciascun piano e per ciascuna U.O., per un totale di 24 punti a Siracusa e 13 a Lentini. Gli stessi punti sono stati campionati prima dell'avvio della disinfezione con monoclorammina e, successivamente, ogni mese per 7 mesi. Per ciascun punto si è proceduto alla ricerca di *Legionella* spp., alla rilevazione della CBT a 22°C e a 37°C, nonché alla determinazione dei parametri chimico-fisici dell'acqua e di specifici sottoprodotti della disinfezione (cloroformio, bromodiclorometano, bromoformio, dibromoclorometano, ioni ammonio, nitriti, nitrati, THM totali). In entrambi gli ospedali, la concentrazione media di monoclorammina è stata mantenuta attorno a 2.0 – 2.5 mg/L.

Risultati. Dopo 1 mese dall'avvio della disinfezione, in entrambi gli ospedali la percentuale dei punti positivi era pari a 0% sia per *L. pneumophila*, sia per la CBT. Nel "Nuovo Ospedale di Lentini" già dopo una settimana dall'avvio della disinfezione la percentuale dei punti positivi era scesa all'8%, con una carica media di *L. pneumophila* <103 UFC/L. Nello stesso ospedale, il fermo temporaneo dell'impianto di disinfezione per un periodo di 15 giorni ha comportato, una elevazione della carica di *Legionella* tra 102 e 103 UFC/L. Tali valori sono scesi nuovamente a <102 UFC/L 15 giorni dopo la riattivazione dell'impianto. I parametri chimico-fisici dell'acqua, nonché la concentrazione dei sottoprodotti della disinfezione in entrambi gli ospedali sono rimasti invariati. In conclusione, rispetto ai metodi di bonifica adottati in precedenza, la disinfezione in continuo dell'acqua calda sanitaria con monoclorammina si è dimostrata estremamente efficace nel controllo a breve e lungo termine della colonizzazione degli impianti da parte di *L. pneumophila*. Inoltre, in entrambe le strutture esaminate, le condizioni di potabilità dell'acqua sono rimaste inalterate e non è stata rilevata alcuna elevazione della concentrazione di sottoprodotti della disinfezione.

LA PERCEZIONE DI FINE VITA: RILEVAZIONE DESCRITTIVA IN UN CAMPIONE DI CITTADINI E DI PAZIENTI DELLA ASL LECCE

C. Cosentino¹; Caldararo Cosimo²; Marco Rossi³; L. Cosentino⁴

¹ Psicologa, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Parma; ² Coord. Inf. Emat. P.O. "V. Fazzi", Lecce; ³ Infermiere; ⁴ DMPO Copertino (Le)

Parole chiave: fine vita, percezione, atteggiamenti

Introduzione. La malattia è una delle situazioni più frustanti della vita; ne interrompe e disorganizza l'abituale ritmo, mette in crisi i rapporti con il proprio corpo e con l'ambiente, modifica o elimina i ruoli professionali e familiari che definiscono la posizione di ciascuno nel contesto sociale. Il soggetto malato è coinvolto in tutto il suo essere, la sua identità, il suo ruolo sociale, il mondo affettivo, la sua progettualità; intervengono non soltanto cambiamenti biologici, ma anche psicologici che influenzano la sua visione della realtà, il suo modo di essere al mondo e la sua identità, proiettandolo nella dimensione di una "crisi esistenziale" che tende ad accentuarsi quando la malattia si aggrava e/o diventa irreversibile. Ed è proprio in questa fase che, spesso, il paziente chiede di interrompere i trattamenti sanitari e/o di essere aiutato a morire; emerge, quindi, la questione pressante della dichiarazione anticipata di trattamento (testamento biologico; direttive anticipate di trattamento: ADT).

Obiettivo. Scopo del presente lavoro è quello di conoscere e descrivere le opinioni rispetto alle decisioni di fine vita di un campione di pazienti e di cittadini (ricoverati/non ricoverati) arruolati consecutivamente in alcune strutture sanitarie della ASL di Lecce. La scelta è motivata dall'obiettivo di verificare l'ipotesi secondo la quale la condizione di malattia, e la collocazione in ambiente ospedaliero, influenzano la percezione dei soggetti della condizione di fine vita.

Materiali e metodi. È stato elaborato e somministrato (gennaio 2010- giugno 2012) un questionario costituito da due parti: la prima con le caratteristiche anagrafiche e professionali del campione e la seconda articolata in 13 domande chiuse, e una domanda aperta.

Il campione, non probabilistico, è costituito da 246 soggetti (110 maschi, 44,72%; 136 femmine, 55,28%) suddiviso in due sottogruppi:

- 114 soggetti ricoverati in alcuni ospedali della ASL di Lecce;
- 132 soggetti non ricoverati reclutati in diversi luoghi di aggregazione (palestre, comunità religiose, parenti di ricoverati ecc.).

Risultati e conclusioni. L'analisi osservativa dei dati rilevati sembra dimostrare alcune significative differenze nella percezione di fine vita nei due gruppi di soggetti indagati (ricoverati/non ricoverati). In particolare, il 93,94% dei pazienti ricoverati (vs il 50% dei non ricoverati), ritiene che la volontà del paziente vada sempre rispettata; il 78,03% dei pazienti ricoverati (vs il 40,35% dei non ricoverati), ritiene sempre accettabile interrompere o non attuare i trattamenti di sostegno vitale; il 93,18% dei ricoverati (vs il 70,18% dei non ricoverati), dichiara che in una condizione terminale chiederebbe ai sanitari di anticipare la fine della sua vita.

Il 98,78% degli intervistati riferisce di essere cattolico ma solo il 36,17% dichiara che il proprio credo religioso influenza fortemente il proprio atteggiamento verso la morte e il morire, senza significative differenze tra il gruppo dei ricoverati e quello dei non ricoverati.

Sembra emergere in maniera chiara l'influenza che la malattia, e il contesto ambientale (ospedale), ha sulle opinioni e sugli atteggiamenti del paziente rispetto a questioni specifiche come l'eutanasia, l'accanimento diagnostico-terapeutico, le dichiarazioni anticipate di trattamento. È auspicabile un approfondimento di questo studio preliminare mediante un'indagine strutturata che utilizzi strumenti quantitativi psicologici standardizzati (questionari) capaci di valutare gli atteggiamenti dei soggetti nei confronti della problematica del fine vita e la possibile correlazione con gli effetti che la condizione di malattia in generale e l'ospedalizzazione in particolare hanno sulla qualità di vita dell'individuo.

SCOMPENSO CARDIACO (SC): LA DISCIPLINA DI DIMISSIONE COME POSSIBILE DETERMINANTE DELL'ESITO? ESPERIENZA PRELIMINARE IN UN OSPEDALE DELLA ASL DI LECCE

L. Cosentino¹, D. La Rosa², A. Amico²

¹ Direzione Medica P.O., ² U.O. Cardiologia, Ospedale di Copertino (Lecce)

Parole chiave: scompenso cardiaco, performance, esiti

Introduzione. Lo SC ha una elevata prevalenza (1-2% popolazione generale) e rappresenta la principale causa di ricovero (per acuti in regime ordinario) per DRG medico (DRG 127 "Insufficienza cardiaca e shock"; Min. Salute, 2007); trend destinato ad aumentare per: invecchiamento popolazione, riduzione mortalità per eventi acuti cardiovascolari, efficacia del trattamento malattie croniche, aumentata sopravvivenza per malattie neoplastiche (cardiotossicità; A.Re.S.S. Piemonte, 2009). Lo SC si conferma malattia dell'anziano: età media 77 anni, con rilevanti differenze per disciplina di riferimento e assorbe la maggiore quantità di risorse per l'assistenza ospedaliera (G Ital Cardiol 2006). Circa il 60% delle dimissioni viene effettuato dalla Medicina Generale e il 26% dalla Cardiologia, 8,3% dalla Geriatria (Min. Sal. 2003).

Materiali e metodi. I dati sono stati acquisiti dalle SDO anni 2012-2013 (Medicina, Cardiologia, Geriatria) con due modalità di approccio per la selezione: rilevazione DRG 127 prodotti dai codici di diagnosi ICD-9-CM correlati a "insufficienza cardiaca e shock" (428.x e altri); individuazione SC mediante rilevazione di una classe più ampia di codici ICD-9-CM utilizzati nel PNE per la valutazione della mortalità a 30 giorni. Sulla base dei dati informativi rilevati, è stata effettuata un'analisi di performance e di esito nelle tre UU.OO/ discipline considerate.

Tab. 1 – Dimissioni per scompenso cardiaco P.O. Copertino. Anno 2012

unità operativa	totale	dimissioni per	sesso		per sesso età media		degenza media
	dimissioni	scompenso	m	f			
CARDIOLOGIA UTIC	693	154	74	80	75,8	7,5	
		22,22%			(26-96)	(1-31)	
GERIATRIA	428	41	18	23	82,9	12,9	
		9,58%			(68-98)	(1-58)	
MEDICINA INTERNA	440	57	21	36	77,4	9,3	
		12,95%			(42-97)	(1-28)	
TOTALE	1.561	252	113	139	77,3	8,8	
		16,14%			(26-98)	(1-58)	

Tab. 2 – Diagnosi principali che afferiscono al DRG 127. Anno 2012

reparto	Drg 127	4280	4281	4289	altro
O a malifa la ania 11ti a	104	51	45	0	8
Cardiologia Utic	104	49,04%	43,27%	0,00%	7,69%
Geriatria	0.4	0	14	0	10
Geriatria	24	0,00%	58,33%	0,00%	41,67%
Medicina	54	5	25	14	10
iviediciria	54	9,26%	46,30%	25,93%	18,52%
totale	182	56	84	14	28
totale	102	30,77%	46,15%	7,69%	15,38%

Risultati e conclusioni. Le due modalità di selezione individuano differenti classi di pazienti, ma consentono una valutazione più articolata e completa della patologia indagata (SC). Sembrano emergere, nonostante la sostanziale sovrapponibilità della popolazione assistita, differenze di performance/esiti nelle diverse discipline e, quindi, si conferma la necessità di avviare un percorso di integrazione/standardizzazione interdisciplinare per la gestione dello SC.

ENTEROBACTERIACEAE PRODUTTRICI DI CARBAPENEMASI: CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE IN AMBITO OSPEDALIERO

V. Crivaro¹, L. Pagano², G. Longo¹, E. Raiola¹, G. Sagliocco¹, S. Cuccurullo³, N. Silvestri⁴

- ¹ Direzione Medica Ospedale Monaldi, AO dei Colli, Napoli; ² Direzione Infermieristica AO dei Colli, Napoli;
- ³ UOC Microbiologia e Virologia AO dei Colli, Napoli; ⁴ Direttore Sanitario Aziendale AO dei Colli, Napoli

Introduzione. L'emergere delle Enterobacteriaceae produttrici di carbapenemasi (CPE) è stata riconosciuta quale emergenza di sanità pubblica, soprattutto in ragione dell'associazione dello stato di colonizzazione e/o infezione da CPE ad una maggiore mortalità intra-ospedaliera.

Nella regione Campania la rete SI.RE.AR. (Sistema Regionale di Sorveglianza delle Antibiotico resistenze) ha evidenziato nel 2013 un tasso di resistenza ai carbapenemi negli isolati invasisvi di *Klebsiella pneumoniae* pari al 51.7%, considerevolmente più elevato rispetto al valore nazionale ed ancor di più rispetto a quello europeo, oltreché significativamente in ascesa rispetto ai valori regionali registrati a partire dal 2010. Alla luce dei dati epidemiologici e delle indicazioni previste dalla Circolare del Ministero della Salute 4968/13 e dal documento redatto dalla Regione Campania, la Direzione Medica dell'Ospedale Monaldi dell'A.O. dei Colli di Napoli ha avviato dal mese di giugno 2013 un protocollo per il controllo della diffusione intra-ospedaliera di CPE.

Materiali e metodi. Il protocollo, trasmesso nel mese di giugno 2013 a tutte le Unità Operative di degenza dell'Ospedale, recepisce in pieno le indicazioni nazionali e regionali relativamente a: (1) i casi in cui sottoporre i pazienti allo screening all'atto del ricovero; (2) precauzioni da attuare per la gestione dei pazienti risultati colonizzati o con infezione da CPE; (3) attivazione del flusso informativo in caso di isolamento di CPE da emocoltura. In merito all'attivazione di un piano di sorveglianza attiva che accerti lo stato di portatore eventualmente instauratosi nei contatti del caso indice, che le indicazioni nazionali e regionali suggeriscono di adattare alla frequenza di isolamento di CPE ed alle singole realtà organizzative, si è stabilito di demandare alla stessa Direzione Medica di Presidio, previa valutazione di ciascuna situazione, la decisione di avviare o meno lo screening dei contatti.

L'analisi dei dati è relativa al periodo Gennaio 2013-Agosto 2014. Si è provveduto a valutare il numero totale di casi di isolamento di CPE, il numero di isolamenti registrati durante il ricovero e, di questi, il numero di casi da attribuire verosimilmente ad una trasmissione orizzontale (grafico n. 1).

Risultati. L'andamento degli isolamenti di CPE si presenta altalenante e costituito per il 58,75% di isolamenti tardivi (oltre le prime 48 ore di ricovero). Da giugno 2013 lo screening dei contatti è stato attivato nell'89,8% degli isolamenti, registrando nell'11,3% una trasmissione verosimilmente crociata di CPE. I risultati finora conseguiti incoraggiano il mantenimento del modello organizzativo adottato nel controllo della diffusione delle CPE.

NUOVE FUNZIONALITA'PER L'ACCREDITAMENTO DEGLI OPERATORI SANITARI AI REGISTRI DI MONITORAGGIO AIFA

Cuccaro P.1, D'Onofrio G.2

- ¹ Medico Specialista Ambulatoriale Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli;
- ² Direttore Sanitario AOU Federico II di Napoli.

Parole chiave: registri AIFA-Accreditamento Direttori Sanitari

Il nuovo sistema dei Registri dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio dell'AIFA prevede che le utenze dei medici prescrittori e dei farmacisti siano validate dal Direttore Sanitario (DS) di competenza attraverso un processo di autenticazione a cascata che parte dal Responsabile regionale 'approvatore'. Tale figura di responsabile regionale è stata già attivata nel sistema per la abilitazione o disabilitazione dei Centri alla prescrizione dei medicinali soggetti a Registro, relativamente alla figura del Direttore Sanitario competente, invece, si è proceduto a un apposito censimento attraverso un tool excel inviato alle Regioni.

Nel sistema a regime, sono operative liste di Direttori Sanitari cosiddetti 'apicali' (ASL e Strutture autonome) e liste di Direttori Sanitari cosiddetti 'di presidio' (Strutture sottordinate alle ASL o a Strutture autonome). Questa distinzione consente di gestire in maniera efficace le varie combinazioni che si potranno riscontrare nel territorio.

L'utenza "Direttore Sanitario apicale" è una figura che è stata pensata per snellire il lavoro degli approvatori regionali ma che al momento (quello di ASL) non ha la possibilità di accedere ai sistemi. Sono comunque in essere, da parte del fornitore informatico, le attività per consentire tale utilizzo.

Il Direttore Sanitario che si fosse registrato, può essere abilitato direttamente dai rispettivi "approvatori regionali", già operanti su tutte le Regioni. Questi ultimi, attraverso l'accesso: https://www.agenziafarmaco.gov.it/AAUtentiWeb/, potranno direttamente intervenire per abilitare il DS che ha fatto la richiesta. Nel momento in cui l'approvatore regionale abilita il DS di questa o quella struttura, ricompresa nella propria Regione, il DS potrà accedere al sistema e vedere, dentro la propria struttura sanitaria, tutti i medici e i farmacisti che si sono già registrati nei vari reparti e nella farmacia ospedaliera e potrà, a questo punto, autorizzare tutti i medici e i farmacisti che riterrà opportuno abilitare alla gestione dei Registri di monitoraggio, oppure disabilitarne alcuni che si fossero, nelle more abilitati, ma che si riterrà, per ragioni organizzative, di non far proseguire nella attività. Una volta autorizzati, da parte del DS, più medici all'interno della stessa sezione (ricovero, day hospital, ambulatorio) tutti i medici abilitati vedranno tutti i pazienti della sezione stessa. Infine, in ragione dei turni che possono essere fatti dai medici, su diverse sezioni alternativamente, si consiglia i medici di farsi registrare con modalità multipla su tutte le sezioni. Resta inteso comunque che ciascun medico può registrarsi per più sezioni dello stesso reparto, per più reparti contemporaneamente ed anche presso più strutture ospedaliere.

Inoltre, ricordiamo che è operativa, fin dal 9 luglio 2013, la funzionalità all'indirizzo: https://www.agenzia-farmaco.gov.it/registri/ per l'abilitazione delle Strutture Sanitarie all'utilizzo di farmaci per i quali è imposta da determina AIFA una limitazione di centro prescrittore. Queste funzionalità sono, al momento, disponibili per tutti i referenti regionali registrati nella nuova piattaforma e permettono alle singole Regioni di abilitare/disabilitare la prescrizione di ciascun farmaco presso ogni singolo reparto delle strutture regionali sanitarie censite a sistema.

AIFA ha messo a disposizione di questi operatori, attraverso la casella di posta dedicata: 'Registri.Regioni@aifa.gov.it', una struttura di supporto formata da collaboratori della Unità ER e da esperti informatici per dare tutto l'aiuto possibile.

Infine, segnaliamo che è stato inserito un disclaimer, sulla scheda di ciascuno dei farmaci sottoposti a limitazione di centri di prescrizione, che invita il medico, al momento di inserire il paziente per iniziare il trattamento, a verificare puntualmente se il proprio centro è autorizzato per quel determinato medicinale, il medico deve cliccare SI o No ed il NO è bloccante. Questa procedura è tesa, a responsabilizzare il medico che deve gestire con prudenza e con cognizione di causa i registri.

L'IMPLEMENTAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA INTEGRATA IN REPARTO: OSTACOLI E VANTAGGI

De Luca A1, Stella F1, N D'Agostino3, Forte D2, Montevecchi A2, Eleuteri P3, Ciaffoni F3, Carancini A3

¹ Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea – Roma; ² Servizio Infermieristico aziendale;

Parole chiave: cartella clinica elettronica integrata medico-infermieristica

Introduzione. L'informatizzazione nelle aziende sanitarie permette di tracciare e condividere il processo assistenziale del paziente in tempo reale da parte di più professionisti e al contempo di consentire l'accesso ad informazioni cliniche antecedenti al momento del ricovero/accesso ai servizi per avere un quadro completo dello stato clinico del paziente. É ampiamente dimostrata la facilitazione nella tracciabilità delle informazioni per scopi scientifici, di sorveglianza epidemiologica e di sanità pubblica. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea (AOSA) di Roma, in questo campo, è considerata una struttura tecnologicamente avanzata, difatti, sin dalla sua nascita, è stata prevista l'informatizzazione della maggior parte dei servizi presenti (SDO, centricity pacs, order entry, report di pronto soccorso), con conseguente sensibilizzazione del personale presente all'uso di strumenti innovativi. L'obiettivo di questo lavoro è descrivere la fase pilota del progetto di implementazione della Cartella Clinica Elettronica integrata medico-infermieristica (CCE-i) nei reparti di degenza ordinaria a ciclo continuativo di area non intensiva dell'AOSA.

Materiali e metodi. Il progetto si svolge in più fasi con un periodo iniziale che ha coinvolto solo alcuni reparti a ciclo continuativo, definiti "pilota". Dal Sistema Informatico Aziendale è stata sviluppata una prima versione della CCE-i integrata sulla base di indicazioni raccolte dalla Direzione Sanitaria nell'ambito di un gruppo di lavoro aziendale. Tale gruppo è costituito da rappresentanti medici e infermieri, denominati "facilitatori", dei reparti "pilota". Preliminarmente all'implementazione nei reparti della CCE-i, è stato organizzato un corso formativo che ha coinvolto i facilitatori. Dopo un mese circa di utilizzo è stato somministrato un questionario agli utilizzatori (medici, infermieri) della CCE-i per rilevare l'adesione al progetto e le eventuali criticità legate all'uso dello strumento informatico.

Risultati. Dai questionari è emerso un alto gradimento verso la CCE-i. Dalle domande rivolte ai medici è emersa una parziale criticità sull'uso della sezione dedicata alla terapia, soprattutto per la ricerca dei farmaci. Dalle domande rivolte agli infermieri è emersa la difficoltà di riportare e di consultare le sezioni riguardanti il piano di lavoro e le attività. In base alle segnalazioni pervenute sono state modificate le sezioni menzionate, organizzato un secondo corso specifico per il personale dei reparti pilota e pianificata l'implementazione delle nuove modifiche su CCE-i.

Conclusioni. Il progetto qui presentato rappresenta una evoluzione dell'informatizzazione aziendale, in quanto prevede l'integrazione delle informazioni introdotte da due professionalità distinte quali quella medica ed infermieristica per rendere più rapido e agevole la gestione dei pazienti. La realizzazione di tale integrazione è stata raggiunta grazie al lavoro di equipe tra le diverse figure professionali dell'Azienda (dalla direzione sanitaria, ai sistemi informatici, al medico e infermiere che operano nei reparti di degenza). I medici ed infermieri, sono stati i veri protagonisti del progetto, in quanto dopo una fase pilota di utilizzo delle evoluzioni informatiche effettuate hanno dato un riscontro pratico all'eventuali criticità rilevate a cui l'Azienda ha risposto con consequente risoluzione delle stesse.

RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA ULSS 3 VENETO IN CORSO DI UN'EPIDEMIA DA ENTEROBATTERI CARBAPENEMASI PRODUTTORI (CRE)

Di Caprio A.¹, Berti C.¹, Disconzi C.¹, Zoppelletto M.², Tonato G³

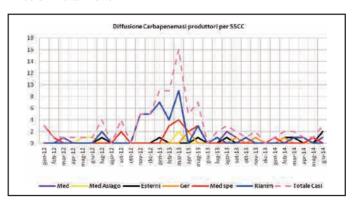
¹ Direzione Medica Ospedaliera, ² Microbiologia, ³ Farmacia Ospedaliera

Parole chiave: CRE, precauzione da contatto, sorveglianza

Introduzione. Nel gennaio 2012 è stato rilevato in Ospedale il primo focolaio di CRE (3 pazienti). A luglio un secondo cluster partito da un paziente trasferito presso la Terapia Intensiva da altra struttura sanitaria, limitatosi con la dimissione dei pazienti. A novembre 2012 un evento epidemico ha interessato la Terapia Intensiva ed alcuni reparti ospedalieri.

Materiale e metodi. Il piano di controllo messo in atto dalla DM, con la collaborazione della microbiologia e farmacia, è stato multidirezionale:

- Sorveglianza: A) s. attiva con tampone rettale per tutti i pazienti della TI in ingresso, uscita e bisettimanalmente B) S. dei contatti dei casi intesi come degenti della stessa stanza C) Comunicazione alert
 immediata tra Microbiologia® DM® Strutture per istituire l'isolamento da contatto
- Formazione: A) Preparazione e diffusione di un procedura operativa con specifiche indicazioni assistenziali e organizzative B) Diffusione di un depliant informativo per i pazienti e per i MMG alla dimissione C) Formazione obbligatoria tramite un Focus disponibile anche on-line per gli operatori sanitari aziendali e delle case di riposo/RSA
- Implementazione Precauzioni Standard: A) Igiene Mani: il consumo di soluzione alcolica, in TI, è stato incrementato del 22,6% passando da 128 ml/die a 157 ml/die B) Mantenimento dell'Igiene ambientale: è stato approvvigionato e diffuso, previa formazione per corretto uso, un disinfettante efficace su CRE. Il consumo è sorvegliato e costante (3 flaconi /mese in TI); inoltre è stato supportato il coordinatore per riorganizzare le attività OSS al fine di rendere possibile la sanificazione delle apparecchiature elettromedicali escluse da capitolato pulizie C) Cambio Guanti e uso del Camice: verifiche di controllo per il buon uso da parte della DM.
- Migliorie: A) immersione in cloro derivato quotidiano delle brocche per l'igiene e successivo approvvigionamento di brocche sterilizzabili B) acquisto di 3 carrelli terapia/medicazioni dedicati per l'uso monopaziente in Tl. C) riorganizzazione del magazzino per limitare lo stoccaggio in reparto e favorire la pulizia. D) corretta comunicazione con segnalazione in lettera di dimissione della condizione di colonizzato/infetto



Risultati. Da luglio 2013 il numero di nuovi casi è minimo e costante, la sorveglianza in Tl continua. Attualmente il problema è rilevato per pazienti di RSA e case di riposo; il nostro lavoro ora è rivolto ad un'azione sinergica e collaborativa nella gestione di questi pazienti.

³ Sistemi Informatici ed Alte Tecnologie aziendale

SPERIMENTAZIONE DI UNA OSSERVAZIONE BREVE PEDIATRICA PRESSO L'U.O.C. DI PEDIATRIA DEL P.O. "S. ELIA" DI CALTANISSETTA

Elia R.1; Grimaldi L.2; Cirrone Cipolla A.2; Di Mattia P.2; Trobia B.3; Grossi I.4

¹ Direttore Medico di Presidio, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta; ² Dirigente di Direzione Medica di Presidio, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta; ³ Medico in formazione specialistica in Igiene e medicina preventiva, Università degli studi di Palermo; ⁴ Direttore Generale, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta

Parole chiave: OBP, inappropriatezza, qualità

Introduzione. Negli ultimi anni si è assistito nel nostro Ospedale ad un progressivo incremento degli accessi al Pronto Soccorso che per le sue condizioni logistico – ambientali e per il continuo sovraffollamento mostra criticità di ricezione di pazienti pediatrici.

Per superare evidenti rischi di inappropriatezza nel percorso diagnostico-terapeutico del bambino nella Unità Operativa di Pediatria, ove si registrava un abnorme afflusso per patologie che si traducevano in ricoveri di 0/1 giorno, trattandosi per lo più di situazioni che necessitavano unicamente di monitoraggio delle condizioni cliniche e/o di una stabilizzazione da attuare in tempi brevi (quali traumi cranici, dolori addominali di non completa pertinenza chirurgica, avvelenamenti o intossicazioni di varia natura, disidratazioni di lieve entità¹, ecc.) e al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e delle cure in regime di urgenza/emergenza, la Direzione Medica del Presidio ha istituito una Osservazione Breve Pediatrica (OBP). L'Osservazione Breve Pediatrica (OBP) è una modalità di assistenza ospedaliera, che non configura come ricovero, svolta presso l'U.O. di Pediatria per meglio monitorare e governare una domanda di risorse e prestazioni sanitarie, in un momento in cui la riorganizzazione della rete ospedaliera determina una progressiva riduzione dei posti letto. Già nel 1997 uno studio canadese² dimostrava la riduzione del tasso di ospedalizzazione di bambini con asma dal 31 al 24% e dal 17 al 10% dei ricoveri 0-1 giorno in seguito all'istituzione di una O.B.P. L'efficacia di tale soluzione organizzativa nel favorire l'appropriatezza dei ricoveri si basa sulla possibilità, per gli operatori delle strutture, di utilizzare in forma concentrata nel tempo, appropriati strumenti diagnostici e terapeutici, nell'ambito di linee guida condivise, e/o di osservare, nel breve periodo. l'evoluzione del quadro clinico del paziente, prima di decidere circa la necessità del ricovero nei casi in cui guesta non risulti già evidente dal quadro di presentazione del paziente al Pronto Soccorso, garantendo, così, una maggiore appropriatezza dei ricoveri nella struttura ospedaliera. L'O.B.P., quindi, oltre ad offrire qualità e comfort ai pazienti pediatrici in fase di accertamento, garantisce una risposta a quella parte di pazienti, stimabile in addirittura il 21% dei ricoveri³, che presenta sintomatologia e patologia tali da non permettere l'immediata dimissione dal P.S. e nemmeno una evidente necessità di ricovero. Le situazioni cliniche che giustificano l'O.B.P. sono quelle che necessitano di un iter clinico diagnostico e terapeutico di norma non inferiore alle 4 o superiore alle 24 ore.

Materiali e metodi. Per modificare la realtà esistente e prospettare delle soluzioni al problema identificato si è adottata la strategia della governance per coinvolgere tutti gli stakeholders (medici di Pronto Soccorso, Pediatri, Direzione Medica, infermieri di triage e di reparto, codificatori) così da avere tutti i punti di vista del problema. Si è deciso di riconvertire due posti letto che, sottratti alla degenza ordinaria, sono stati dedicati a tale tipologia di assistenza nonché di concordare percorsi diagnostico-terapeutici con i Pediatri ed i medici di Pronto soccorso anche al fine di definire i criteri di ammissione in OBP.

Considerato che in atto questo gruppo di pazienti venivano comunque ricoverati impegnando già delle risorse, l'istituzione di tale O.B.P. è stata perseguita con personale medico e infermieristico esistente,

Risultati. Da un punto di vista clinico, operativo e della qualità dell'assistenza l'O.B.P. ha da subito mostrato i suoi lati positivi per come previsto, riducendo inoltre la percentuale dei ricoveri 0/1 giorno da 7,3% nel 2011 a 3,1% nel 2013. Una criticità è emersa dal punto di vista di una sua precisa configurazione amministrativa. A tal proposito in Sicilia non esiste ad oggi una precisa connotazione in tal senso, per cui non si è potuto formalizzare e regolamentare ufficialmente tale attività. La Direzione Medica di presidio sta preparando una apposita documentazione da presentare all'ufficio regionale di competenza.

PROCEDURA OPERATIVA PER LA GESTIONE DELLE CONSULENZE MEDICO-SPECIALISTICHE"

G. Federico¹; G. Sorgente²; E. Sgueglia³; R. Misefari⁴

¹ Direttore uoc Risk Management AORN Caserta; ² Dirigente Medico uoc Risk Management AORN Caserta;

³ C.S.S.A. Ufficio Infermieristico AORN Caserta; ⁴ C.P.S.I. uoc Risk Management AORN Caserta

Parola chiave: consulenza medico-specialistica, lavoro in equipe, refertazione, comunicazione interprofessionale

Da qualche anno gli esperti dicono che le strutture sanitarie se non vogliono restare indietro e diventare istituzioni desuete, devono subito puntare sull'eccellenza operativa e dare ancor più valore alle proprie prestazioni sviluppando nuovi modelli di erogazione dei servizi e nuove competenze per implementarli, specie nei *processi chiave*, anche mediante l'utilizzo di una adeguata infrastruttura informatica così da rendere più semplice fare le cose giuste e più difficili quelle sbagliate. E per realizzare questo cambiamento occorre che nella cultura dei suoi operatori siano integrati nuovi principi, quali lavoro di squadra, attenzione incentrata sui pazienti, collaborazione al di là dei confini formali dell'organizzazione, senso di responsabilità diffusa e condivisa, miglioramento e innovazione continui.

Ora non vi è dubbio che la consulenza medico-specialistica (CMS) sia un processo chiave: essa è una pratica collaborativa irrinunciabile per gestire i problemi di salute non semplici e non risolvibili da un solo operatore che, quando "difettosa", può portare a inesattezza della diagnosi, intempestività della terapia, inappropriatezza dell'assistenza, aggravamento della malattia, frammentazione-parcellizzazione del paziente, prolungamento della degenza, spreco delle risorse in uso, ...

E notoriamente tale pratica reca impliciti molti dei più frequenti fattori di criticità assistenziale (es. insufficiente comunicazione tra operatori, inadeguata valutazione del paziente, indisponibilità delle informazioni cliniche occorrenti, inesattezza del quesito sottoposto, conflittualità tra i riferimenti o le prassi in uso, ...) che talvolta si materializzano e causano disservizi o eventi avversi di variabile gravità ma quasi sempre evitabili. Dunque mettere in sicurezza questa pratica muldisciplinare - multiprofessionale (= lavoro in equipe, lavoro di squadra) è convenienza universale: del paziente, dell'Azienda, del SSN, della collettività.

La Procedura all'uopo elaborata:

- affronta pressocchè esaustivamente l'intera materia d'interesse e soprattutto descrive in maniera chiara, semplice ed inequivoca come debba essere contrastato ogni elemento capace di incidere sulla appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza sia della pratica consulenziale e sia dell'assistenza medica in generale;
- è corredata di numerosi appunti esplicativi e richiami bibliografici che mettono in condizione i destinatari di approfondire le problematiche considerate, di rapportarsi alle acquisizioni tecniche dell'attualità e di utilizzare le nuove conoscenze per un miglioramento degli attuali modelli funzionali/assistenziali;
- non richiede che buona volontà e senso di servizio per essere applicata perché, di fatto, presuppone solo cambiamenti organizzativi e comportamentali realizzabili con modesto impegno e supporto.

Tra i principali elementi innovativi della Procedura vi è che:

- lungi dal limitarsi a dare l'indispensabile e formale supporto, il consulente deve di volta in volta fornire il massimo contributo professionale possibile all'assistenza affinché essa realizzi il miglior esito clinico per il paziente e i potenziali livelli di eccellenza
- salvo quando sia impossibile o riguardi prestazioni semplici-routinarie, la comunicazione tra sanitario curante e consulente deve essere prioritariamente verbale e la documentazione clinica essere integrativa e non sostitutiva del dialogo tra essi
- specie quando si tratti di visite/prestazioni medico-chirurgiche importanti, la consulenza va possibilmente effettuata con la presenza e partecipazione del medico che cura-conosce-segue il processo assistenziale del paziente.

senza alcun aumento di ore lavorate e quindi di costi.

L'IMPLEMENTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI DS COME STRATEGIA AZIENDALE PER L'ABBATTIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Ferraro G., Bernardo A., Raiola E., Diana M.V., Alfano R., Germano A., Onza C., Silvestri N.

- * Direttore Sanitario Aziendale, Azienda Ospedaliera dei Colli
- ** Staff Direzione Sanitaria Aziendale, Azienda Ospedaliera dei Colli
- *** Medici in formazione, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Parole chiave: lista d'attesa, day-surgery, percorso assistenziale

Introduzione. La lista di attesa viene percepita dai cittadini come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni assistenziali. L'abbattimento dei tempi di attesa è, pertanto, uno degli obiettivi prioritari del SSN e rappresenta una componente strutturale dei LEA. Il governo clinico fornisce validi strumenti per la risoluzione di tale problematica, consentendo il raggiungimento di obiettivi di appropriatezza clinico-organizzativa con conseguenti benefici in termini economico-finanziari.

Nel triennio 2012-2014, l'Azienda Ospedaliera dei Colli ha applicato tali strumenti per il contenimento dei tempi di attesa dei ricoveri effettuati in regime di day-surgery (DS) presso l'Ospedale Monaldi. L'attività di DS, in base ai modelli organizzativo-funzionali suggeriti dalla DGRC n.6490/2001, viene erogata da un'area centralizzata che utilizza sale operatorie comuni, garantendo però posti letto dedicati nelle singole Unità Operative.

Materiali e Metodi. La metodologia adottata per ridurre i tempi di attesa dei ricoveri di DS si è articolata in quattro fasi:

- la valutazione dei tempi di attesa per singola unità operativa afferente all'area centralizzata di DS;
- l'individuazione delle liste caratterizzate dal superamento dei tempi massimi di attesa indicati dalla normativa vigente;
- la valutazione dei percorsi clinico-organizzativi con identificazione delle relative criticità;
- la definizione dei relativi interventi correttivi ed il loro monitoraggio.

Dall'analisi effettuata è emerso uno sforamento dei tempi massimi d'attesa per alcune Unità Operative legato all'indisponibilità di un numero sufficiente di sedute operatorie. Tale criticità risultava imputabile alla carenza di ore anestesiologiche, a fronte di un'adeguata disponibilità di sale operatorie e di personale chirurgico, sia medico che infermieristico. Essendo stata verificata la disponibilità di ore anestesiologiche presso l'Ospedale Cotugno, al fine di incrementare il numero di interventi eseguiti in DS, la Direzione Sanitaria Aziendale ha provveduto a definire un percorso organizzativo che si affiancasse a quello già in essere. Tale percorso si articola in tre accessi:

valutazione preoperatoria del paziente presso le Unità Operative dell'Ospedale Monaldi; intervento chirurgico effettuato presso le sale operatorie dell'Ospedale Cotugno da parte del personale

chirurgico delle Unità Operative dell'Ospedale Monaldi e di quello anestesiologico dell'Ospedale Cotugno; controlli post-operatori presso le Unità Operative dell'Ospedale Monaldi.

Risultati

Con l'applicazione di un siffatto modello organizzativo-funzionale, che punta ad implementare l'attività di DS incrementando il numero complessivo di sedute operatorie attraverso l'integrazione delle risorse umane e strutturali dei diversi Ospedali aziendali, si auspica di ottenere un abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni da erogare in DS nella misura del 20% entro dicembre 2015.

I SAFETYWALKROUND: L'ESPERIENZA DEL POLICLINICO DI PALERMO

Firenze A.¹; Arceri D.²; Bonanno V.³; Fesi G.²; Marsala M.G.L.³; Restivo V.³; Rocca F.²; Trapani S.⁴; Di Benedetto M.A.⁵

¹ Direttore Sanitario-Direzione Sanitaria di Presidio, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo; ² Infermiera, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo; ³ Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro" – Università degli Studi di Palermo; ⁴ Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo di Palermo

Parole chiave: safetywalkround, incident reporting, Policlinico

Introduzione. L'analisi dei dati di *Incident reporting* condotta nel 2013 presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (A.O.U.P.) "Paolo Giaccone" di Palermo ha evidenziato una sottostima delle segnalazioni causata probabilmente dalla paura di molti professionisti che *non segnalano* perché temono "punizioni" sul lavoro. Pertanto, la Direzione Sanitaria del Policlinico ha promosso la realizzazione di *safetywalkround* (giri *per la sicurezza*) sia per incoraggiare le segnalazioni di eventi avversi/near miss, a cui far seguire le relative attività di miglioramento, che per incrementare l'adozione delle Procedure Aziendali. Il *Giro* consiste in una visita durante la quale un gruppo di professionisti gira per i reparti ed intervista alcuni operatori, pazienti o familiari, per acquisire informazioni su condizioni, ritenute dagli intervistati, come fattori di rischio, attuali o potenziali, che possono condurre ad eventi avversi. Nel corso del Giro possono essere già identificate e discusse le possibili azioni di miglioramento.

Materiali e Metodi. A marzo 2014 il Direttore Sanitario ha costituito lo Staff (1 Dirigente Medico, 1 Dirigente Sanitario, 2 Infermieri, 1 Geometra e 1 Architetto) incaricato a condurre i Giri ed ha indetto una riunione preliminare durante la quale si è proceduto sia alla stesura di due questionari (uno per gli operatori e un altro per pazienti/familiari), sia di una check-list ambientale, sia di un calendario delle visite. Fino ad oggi sono state visitate le seguenti Unità Operative (U.O.): Centro Unificato Prelievi, Geriatria, Chirurgia d'Urgenza, Medicina Interna e Cardioangiologia, Cardiologia e UTIC, Chirurgia Oncologica, Oncologia Medica, Ortopedia, Chirurgia Plastica, Malattie Infettive. Ogni Giro ha avuto la durata di circa 120 minuti e si è svolto secondo le seguenti tappe:

- Presentazione al Responsabile dell'U.O. (precedentemente informato tramite lettera)
- Somministrazione dei Questionari assicurando anonimato/riservatezza
- Valutazione ambientale
- · Controllo Carrello di Emergenza.

Sono stati intervistati 42 pazienti e 40 operatori sanitari, sono state effettuate 21 valutazioni ambientali e sono stati ispezionati 12 carrelli di emergenza.

Risultati. L'86,1% degli operatori intervistati dichiara che sono presenti condizioni che potrebbero favorire un evento avverso, in particolare: **inadeguatezza dei letti** (87,1%), **sovraccarico di lavoro** (58,3%), **frigoriferi non a norma** (55,5%), **assenza di gommina antiscivolo nelle scale** (22,2%).

I pazienti intervistati hanno principalmente segnalato insufficiente igiene/sanificazione dell'ambiente (23,7%), arredi arrugginiti (armadietti/letti) (7,9%).

Le valutazioni ambientali hanno evidenziato: **corridoi a rischio caduta** (94,1%) per mancanza di corrimano o scarsa illuminazione; **pavimenti scivolosi o con ostacoli** (58,8%); **scale scivolose** (35,3%) per mancanza di gommina antiscivolo.

Il controllo dei carrelli di emergenze ha evidenziato grosse criticità (per es. presidi sanitari con sterilità scaduta) nel 25% delle verifiche.

Durante i Giri, lo staff ha osservato che in una U.O. l'uso del braccialetto identificativo mancava nel 100% dei pazienti, mentre nella altre U.O. circa il 20% dei ricoverati ne era privo. Poiché l'errata identificazione del paziente può avere conseguenze tragiche, il Risk Manager in collaborazione con l'Oncologia ha ideato e realizzato un Cortometraggio da distribuire a tutte le U.O., in cui viene rappresentato un evento sentinella dovuto ad un caso di omonimia.

GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA PER LE ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERE: L'ESPERIENZA ASL NA 1 CENTRO

Lanzetta R.¹; Giordano V.²; Russo A.³; Savoia F.⁴; Palladino R.⁴; Bellopede R.⁴; Porciello ME⁴; Bellopede V.⁵; Sommonte C.⁶; Cascegna I.⁷; Papa M⁶; Moretta S.⁶

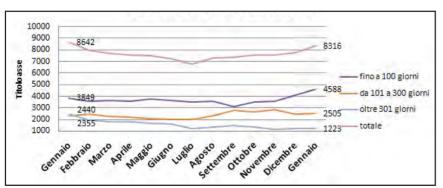
¹ Direttore D.A.O. ASL Napoli 1 Centro; ² Resp.UOSD Pianificazione Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; ³ Assistente Amministrativo D.A.O ASL Napoli 1 Centro; ⁴ Medico in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli; ⁵ Corso di laurea triennale igiene dentale - Università degli Studi di Napoli Federico II; ⁶ Direttore U.O.C. Servizi Informatici ASL Napoli 1 Centro; ⁷ Tecnico Informatico G.P.I.; ⁸ Direttore U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale ASL Napoli 1 Centro; ⁹ Servizio Qualità e Rischio Clinico ASL Caserta.

Parole chiave: liste d'attesa, ricoveri ospedalieri, prestazioni sanitarie

Introduzione. I tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie costituiscono una delle problematiche più diffuse nei sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle stesse, rappresentando una "componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza" in grado di influenzare il risultato clinico delle prestazioni sanitarie o la condizione di vita sociale dei cittadini. Le liste d'attesa eccessivamente lunghe, infatti, possono limitare la garanzia d'equità d'accesso alle prestazioni sanitarie e la fruizione dei livelli essenziali. Al fine di programmare le attività di controllo delle liste d'attesa delle attività di ricovero ospedaliero, la ASL Napoli1Centro ha redatto il Piano Aziendale Governo Liste d'Attesa Ricoveri Ospedalieri (PAGLARO). Il PAGLARO, redatto sulla base di quanto definito e previsto dal piano nazionale governo liste d'attesa, recepito nei contenuti dalla DGRC 271/12, prevede che le liste d'attesa per le attività di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery siano gestite presso il CUP (Centro Unico di Prenotazione) e siano definite sulla base dei criteri di gravità clinica che prevedono 4 classi di priorità (DGRC 271/12).

Materiali e metodi. Al fine di avere liste d'attesa accessibili si sono messe in atto le attività di seguito riportate: attività di pulizia liste di attesa; attività di monitoraggio presenti in lista di attesa; attività di monitoraggio liste di attesa dedicate; monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA); verifica liste d'attesa e trasparenza.

Risultati. Di seguito vengono riportati i risultati relativi ai pazienti presenti in tutte le liste d'attesa per ricovero ospedaliero dei PP.OO. e P.S.I. aziendali. Nel complesso, i pazienti presenti in lista d'attesa per ricovero ospedaliero presso i PPOO aziendali sono diminuiti del 4% nel periodo gennaio 2013-gennaio 2014 (da 8642 a 8316 pazienti). La gestione delle liste d'attesa per le attività di ricovero rappresentano uno strumento di grande impatto socio sanitario per un ASL con PPOO, quale la ASL Napoli 1 centro. La catena delle responsabilità, il monitoraggio attivo, la partecipazione responsabile delle direzioni mediche dei PPOO e dei responsabili clinici di UUOO è determinante ai fini della gestione consapevole ed attiva delle stesse. Il PAGLARO e le strategie conseguenti messe in atto ad esso hanno consentito di raggiungere performances positive in alcune aree dell'assistenza specialistica ospedaliera.



SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLE ICA: L'ESPERIENZA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO SANT'ELIA DI CALTANISSETTA

Grimaldi L.1; Elia R.2; Cirrone Cipolla A.1; Di Mattia P.1; Trobia B.3; Grossi I.4

¹ Dirigente di Direzione Medica di Presidio, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta; ² Direttore Medico di Presidio, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta; ³ Medico in formazione specialistica in Igiene e medicina preventiva, Università degli studi di Palermo; ⁴ Direttore Generale, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta

Parole chiave: ICA, prevalenza, prevenzione

Introduzione: Le infezioni correlate all'assistenza rappresentano da sempre uno dei problemi più impegnativi in Sanità Pubblica sia per il carico di sofferenza che comportano in termini di morbosità e mortalità, sia per l'incremento della spesa sanitaria di cui sono responsabili nelle strutture assistenziali. Secondo studi multicentrici si stima che in Italia una percentuale del 5–8% di pazienti ricoverati in nosocomio contragga una ICA: ogni anno si verificano, quindi, da 450.000 a 700.000 infezioni in pazienti ospedalizzati, con il 3-5% di pazienti che vanno purtroppo incontro ad exitus.

Uno dei fenomeni più preoccupanti dell'epidemiologia delle ICA è rappresentato dalla rapida disseminazione di microrganismi con resistenze antibiotiche.

Sebbene siano trascorsi più di 150 anni dalle osservazioni di Semmelweis, le ICA costituiscono ancora un problema importante nell'assistenza ospedaliera e le mani sono considerate tuttora il principale veicolo di trasmissione di tali infezioni.

Materiali e metodi. Il Presidio Ospedaliero Sant'Elia di Caltanissetta è dotato di circa 300 posti letto, tra ordinari e day-hospital, ed effettua circa 30.000 ricoveri annui. I dati sono il frutto di un indagine di prevalenza, effettuata nel mese di Novembre dell'anno 2013, che ha utilizzato il protocollo sviluppato dall'ECDC; esso prevede l'inclusione di tutti i degenti presenti alle 8.00 del mattino o prima e non dimessi al momento della rilevazione; ciò significa che i pazienti trasferiti (sia in entrata che in uscita) da o verso un altro reparto dopo le 8 AM non devono essere inclusi. Sono esclusi dalla rilevazione anche i pazienti in day hospital e day-surgery, nonché i pazienti del pronto soccorso.

Il team di rilevatori, costituito da personale della Direzione Medica di Presidio nonché da personale medico e/o infermieristico con responsabilità assistenziali nelle UU. OO. coinvolte nello studio, ha compilato una scheda ad hoc per ciascun paziente.

Risultati. Sono state esaminate le cartelle cliniche di 149 degenti ricoverati di cui il 41,6% (62) in UU. OO. dell'area medica, il 43,6% (65) in UU. OO. dell'area chirurgica ed il rimanente 14,8% (22) in UU. OO. dell'area di Emergenza. L'età media della popolazione osservata è risultata di 63 con un sex ratio M/F pari a 1,33%. Dalle rilevazioni effettuate è risultato che 6 pazienti (4%) hanno contratto una ICA. Si è evidenziata una correlazione tra ICA per il prolungarsi delle giornate di degenza registrate al momento della rilevazione. I dati ottenuti hanno mostrato dei tassi di prevalenza leggermente inferiori ad altre stime nazionali; tuttavia, resta elevata l'attenzione a programmare eventi formativi e a migliorare le pratiche mediche e infermieristiche correlate al maggior rischio infettivo.

L'esperienza del nostro Presidio mostra come è possibile attuare politiche sanitarie di prevenzione e controllo delle ICA e quindi promuovere la qualità dell'assistenza al paziente agendo sul sistema organizzativo e gestionale.

In tale studio la prevalenza delle ICA nel Presidio Ospedaliero Sant'Elia di Caltanissetta risulta essere pari al 4%, un valore leggermente inferiore ai risultati degli studi sia europei che internazionali; trattasi di un secondo studio effettuato presso il suddetto Presidio, pertanto, esso è comparabile con il valore dell'anno precedente, pari al 5%.

In un periodo in cui sono disponibili buone conoscenze in tema di prevenzione del rischio infettivo è doveroso offrire un'adeguata qualità assistenziale al paziente, garantendo la messa in atto di tutte le azioni gestionali, organizzative ed operative per un corretto svolgimento del percorso di cure. Le azioni da mettere in atto, così come dimostrato dalla nostra esperienza, non assorbono molte risorse in termini economici, ma permettono di migliorare la qualità di vita dei pazienti e degli operatori.

APPROPRIATEZZA COME DRIVER DI GESTIONE DI ORGANIZZAZIONE NEL PRESIDIO OSPEDALIERO SAN PAOLO DI BARI

Guaccero A.1; Mundo A; Leaci A.2

Direzione Medica di Presidio, ¹ Direttore Medico Presidio Ospedaliero San Paolo – ASL BARI;

² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università di Bari

Parole chiave: appropriatezza, deospedalizzazione, DRG

Introduzione. L'aumento dei costi sanitari, contestualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali e regionali. Tuttavia il ricorso all'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri è ancora esteso e rappresenta una criticità da non sottovalutare ai fini della sostenibilità del sistema e della sua equità. Il Piano di Rientro 2010-2012 della Regione Puglia (DGR 2624 del 30/11/2010), prevedeva, tra le iniziative finalizzate al perseguimento dell'equilibrio economico, la riduzione dei ricoveri attraverso la deospedalizzazione e la contestuale riduzione dei costi strutturali sostenuti per l'assistenza ospedaliera. Obiettivo del presente studio è quello di valutare, attraverso alcuni indicatori tecnici e di attività, l'andamento dell'appropriatezza nel triennio 2011-2013, analizzando i Reporting Direzionali dell'U.O.C. Controllo di Gestione Aziendale.

Materiali e metodi. La Direzione Medica del P.O. San Paolo ASL Bari ha predisposto un Piano Attuativo per migliorare l'appropriatezza dei trattamenti ospedalieri attraverso il passaggio da ricoveri effettuati in regime ordinario a setting assistenziali alternativi.

Sono stati organizzati audit periodici con i Direttori delle UU.OO. interessate cui ha fatto seguito, per i DRG più frequenti tra i 108 a rischio di inappropriatezza, l'individuazione di percorsi assistenziali alternativi al ricovero, tra cui l'attività in Day Service

Risultati. Nel triennio analizzato, il numero complessivo dei ricoveri si è ridotto del 18%, la percentuale dei ricoveri con degenza <2 giorni è scesa del 33%, le prestazioni ambulatoriali sono aumentate del 12%. Si è registrato inoltre un aumento del peso medio e dell'indice chirurgico. In particolare l'U.O. di Cardiologia – UTIC ha incrementato di 0,11 punti il suo peso medio, passando da 1,43 dell'anno 2011 a 1,54 del 2013, così come l'U.O. di Chirurgia Toracica, per quanto riguarda l'indice chirurgico, ha guadagnato 5 punti percentuali, dal 56% del 2011 al 61% del 2013.

I DRG 160 (Ernia eccetto inguinale e femorale senza CC) e 162 (Ernia inguinale e femorale senza CC) e 243 (Affezioni mediche del dorso) si sono dimezzati. Il DRG 88 (Malattia polmonare cronica ostruttiva) si è ridotto del 66%. Il DRG 184 (Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17 -eccetto urgenze-) è diminuita dell'83%.

L'attività del Day Service per Ipertensione arteriosa è aumentato del 25%, quello per Tunnel carpale del 43%.

I risultati mostrano che l'obiettivo della deospedalizzazione riconvertendo i ricoveri ordinari in setting assistenziali alternativi è stato raggiunto a favore di una maggiore appropriatezza dei ricoveri.

Di fondamentale importanza è stato il lavoro in *equipe* della Direzione Medica di Presidio con i Colleghi Clinici, che svolgono attività assistenziale, attori principali nel garantire percorsi più efficaci ed efficienti. È necessario sottolineare che il dilagare del fenomeno della "medicina difensiva" con pratiche diagnosticoterapeutiche non finalizzate ad assicurare la salute del paziente, ma a garantire responsabilità medico legali costituisce un ostacolo al raggiungimento di cure appropriate.

Inoltre la chiusura degli Ospedali limitrofi, associata alla mancanza sul Territorio di assistenza adeguata ed il perdurare di una visione dei cittadini ancora ospedalocentrica, continuano a determinare accessi impropri in Ospedale.

In questo senso l'appropriatezza sarà raggiunta qualora l'assistenza sul Territorio potrà garantire la stessa efficacia dell'assistenza ospedaliera, realizzando un reale collegamento Ospedale-Territorio, finalizzato a qualità e sicurezza, non disgiunta dall'efficacia del sistema.

APPLICAZIONE D.21/10: ADOZIONE PROPOSTA OPERATIVA DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA ASL NAPOLI 1 CENTRO

Lanzetta R.¹, Giordano V.², Russo A.³, Savoia F.⁴, Palladino R.⁴, Bellopede R.⁴, Porciello ME⁴, Papa M⁵, Moretta S.⁶.

¹ Direttore D.A.O. ASL Napoli 1 Centro; ² Resp.UOSD Pianificazione Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; ³ Assistente Amministrativo D.A.O ASL Napoli 1 Centro; ⁴ Medico in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli; ⁵ Direttore UOC Programmazione e Pianificazione Aziendale ASL Napoli 1 Centro; ⁶ Servizio Qualità e Rischio Clinico ASL Caserta.

Parole chiave: indennità, fondo contrattuale, proposta operativa

Introduzione. Il Decreto della Regione Campania n.21/10 regola l'erogazione dell'indennità di cui all'art.44, comma 6 del CCNL del Comparto Sanità del 1994/97, esclusivamente al personale infermieristico, ostetrico, vigilatrici e perfusionisti delle strutture ospedaliere, nei limiti della capienza del relativo fondo contrattuale. Il Decreto ravvisa la necessità di considerare una strutturazione dell'organizzazione ospedaliera secondo le moderne visioni che si fondano sulla graduazione delle intensità di cura e, pertanto, di considerare che tali attività siano centralizzate. La centralizzazione delle attività di Terapia Subintensiva (TS), secondo il modello organizzativo dell'intensità di cura, come testimoniato da esperienze nazionali ed internazionali, può essere effettuata solo in un'ottica di riassetto globale dell'assistenza sanitaria e non può essere ipotizzabile come provvedimento isolato e decontestualizzato. Pertanto, il DAO (Dipartimento Assistenza Ospedaliera) di concerto con l'UOC Pianificazione e Programmazione Sanitaria e le Direzioni Mediche di Presidio dei Presidi Ospedalieri (PPOO) aziendali dell'ASL Napoli1Centro, ha provveduto ad elaborare un documento sulla eventuale possibilità della centralizzazione delle attività ospedaliere di TS.

Materiali e metodi. Per l'identificazione delle discipline aventi diritto all'indennità prevista, la proposta operativa del DAO recepisce quanto previsto dal Decreto, nei limiti della capienza del relativo fondo contrattuale e delle relative percentuali di erogabilità previste per singolo raggruppamento come di seguito riportato:

- le UUOO classificate nel raggruppamento I non avranno diritto a tale indennità così come previsto dal D. 21/10;
- le UUOO dei raggruppamenti II e III potranno accedere al fondo secondo i criteri definiti dal Decreto esclusivamente se il peso medio dei ricoveri è superiore ad 1,2 e la quota% di dimessi con APR 3 e 4 è superiore al 3%:
- le UUOO del raggruppamento IV potranno accedere prioritariamente rispetto agli altri raggruppamenti all'indennità prevista, e per quanto attiene all'indennità erogabile al personale di "sala operatoria", si specifica che la stessa verrà attribuita, in ogni singolo PO, esclusivamente al personale in dotazione alle stesse sale operatorie e verrà regolamentata dai Direttori Medici di PO compatibilmente con il fondo contrattuale:
- le UUOO del raggruppamento V di neuroradiologia e radiologia interventistica vascolare potranno accedere all'indennità prevista nei limiti del fondo contrattuale dopo rendicontazione delle stesse da parte dei Direttori Medici di Presidio; per quanto attiene alle attività di emodinamica e cardiologia interventistica sono state ricomprese nelle indennità erogate già al 100% per le UTIC afferenti al IV raggruppamento e come tali sono state valutate.

Risultati. Tutto quanto proposto, strettamente vincolato a quanto previsto dal Decreto che, impone l'erogazione delle indennità esclusivamente nei limiti della capienza del relativo fondo contrattuale e vincolando le stesse alla effettiva componente assistenziale a carattere sub intensivo, documentata dal peso medio e dal relativo APR. La proposta è finalizzata ad ottimizzare gli outcome assistenziali secondo evidenza documentale (corretta redazione della SDO) e sempre nei limiti del fondo contrattuale, riducendo al minimo le erogazioni stipendiali accessorie che non siano documentabili in ragione della effettiva complessità assistenziale.

LA CONSULENZA ETICA IN AMBITO SANITARIO. LE RAGIONI DEL PROGETTO DELL'IRCCS CROB

Roberta Martino¹; Pasquale Francesco Amendola²

¹ collaboratrice a progetto in Bioetica Clinica presso l'IRCCS CROB di Rionero in Vulture (PZ); ² Direttore Generale dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture (PZ)

Parola chiave: Consulenza Etica Clinica

Introduzione. Il progetto di ricerca, trattato nella comunicazione, si propone di sviluppare nuovi modelli di comprensione e valutazione nell'agire assistenziale e scientifico, attraverso gli strumenti della Bioetica clinica e in particolare con la Consulenza di Etica Clinica.

Materiali e metodi. Identificazione e analisi di problematiche etico-morali presenti nella pratica clinica e nella sperimentazione clinica, mediante l'attività di un Bioeticista Clinico in un IRCCS oncologico.

Risultati attesi. Miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria nel procedimento e conseguentemente nel risultato. Per una sanità di valore, uno strumento particolarmente interessante è la "Consulenza Etica in ambito sanitario". Scopo essenziale della Consulenza Etica in ambito sanitario è migliorare la qualità dell'assistenza nel processo e conseguentemente nel risultato, attraverso l'identificazione e l'analisi di problematiche etico-morali presenti nella pratica clinica. La consulenza di Etica Clinica, attraverso la razionalizzazione del processo decisionale, promuove una medicina che non agisce in modo intuitivo ed immediato, ma sceglie consapevolmente e perciò con responsabilità, giustificando criticamente le cause e le consequenze dei suoi atti. La Consulenza di Etica Clinica facilita:

- il processo decisionale condiviso;
- l'orientamento dei familiari, degli operatori sanitari, tutori e altri decisori verso un'assistenza realmente centrata sul paziente in quanto persona e quindi rispettosa della sua complessa e soggettiva multidimensionalità;
- la risoluzione di dubbi e/o conflitti etico-morali in un clima di ascolto, rispetto e attenzione agli interessi, ai diritti ed alle responsabilità di tutti i soggetti coinvolti.

Il processo decisionale condiviso. Nell'assistenza al paziente i medici, in adesione ai presupposti etici e deontologici connaturali alla loro professione, devono bilanciare l'obbligo di apportare benefici - principio di beneficenza – con l'obbligo di evitare o ridurre al minimo la possibilità di causare danni - principio di non maleficenza – (appropriatezza clinica), coniugando il rispetto dell'autonomia e dell'autodeterminazione del paziente (adequatezza etica).

Obiettivi fondamentali:

- dare un'informazione al paziente ed agli arruolati in sperimentazioni cliniche, completa, comprensibile
 e recepita in merito alla diagnosi, alla prognosi, alle differenti opzioni diagnostiche e terapeutiche con
 il relativo profilo beneficio-rischio.
- integrare nel processo decisionale la prospettiva etico-morale del paziente, quindi i suoi valori e le proprie preferenze (adeguatezza etica). "Qual è il senso che il paziente in quanto persona attribuisce alla sua esistenza? Cosa rappresenta la malattia? Che significato conferisce alle differenti opzioni diagnostiche e terapeutiche ed ai relativi benefici e rischi? Come interpreta il rapporto benefici-rischi?"
 Il processo decisionale condiviso, attraverso il miglioramento della relazione, della comunicazione medico-

paziente, previene l'insorgenza di conflitti etico-morali significativi tra operatori sanitari e pazienti/famiglie e costituisce un utile strumento per:

- garantire l'appropriatezza clinica e l'adeguatezza etica dei trattamenti;
- ottimizzare le risorse riducendo gli sprechi derivanti dagli eccessi diagnostici e terapeutici;
- incrementare la soddisfazione dei pazienti;
- ridurre il contenzioso medico-legale e la conseguente medicina difensiva;
- favorire l'adesione alle sperimentazioni cliniche.

Il ri-orientamento del processo di cura verso un'assistenza centrata sulla persona. Un'assistenza in cui le capacità tecniche del personale sono bilanciate da una formazione orientata allo sviluppo delle attitudini inter-relazionali, che garantiscono il rispetto della complessa ed individuale multidimensionalità del paziente in quanto persona sofferente e non mero corpo malato, restituisce agli attori del processo la consapevolezza che il proprio agire è conforme ad una buona medicina clinica, perché medicina etica, e che il lavoro è per questo organizzato in favore dell'effettivo bisogno. Ne consegue,per il personale, la legittimazione del proprio ruolo attivo e non burocratico.

La prevenzione e la risoluzione dei conflitti etico-morali. La riduzione dei conflitti etico-morali determina un contesto positivo ed un clima di rispetto e rassicurazione nell'ambiente lavorativo, caratterizzato in sanità anche dalla complessità della gestione dei vissuti esistenziali influenzati dal senso del vivere e del morire al quale la malattia oncologica rimanda costantemente, ricordando vulnerabilità dell'essere umano.

IL LABORATORIO ANALISI IN ROMAGNA: UN ESEMPIO DI SERVIZIO SOVRA AZIENDALE

Paolo Masperi

Direzione Medica Centro Servizi A.USL della Romagna

Parole chiave: centralizzazione, efficienza, modernizzazione

Introduzione. Finita già negli anni novanta la fase di riorganizzazione strutturale in cui in Romagna si era dato corso alla chiusura dei piccoli ospedali con concentrazione di alcune funzioni, era ormai necessario sviluppare strategie diverse per fronteggiare l'evoluzione dei bisogni di salute e della domanda di servizi, viste le nuove conoscenze scientifiche e le disponibilità tecnologiche ed in presenza di una ormai cronica e diffusa scarsità delle risorse disponibili. L'idea che, agendo su segmenti di attività e sulle loro modalità di produzione, l'efficienza aziendale potesse ancora avere importanti margini di miglioramento portò quindi le Direzioni Generali delle ex AA.USL di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini a trattare problematiche di programmazione e di gestione di alcuni servizi su un bacino di riferimento più ampio di quello delle singole aziende.

Materiali e metodi. Nel 2009, con la realizzazione del progetto di centralizzazione dei Laboratori Analisi, nasce quindi il Centro Servizi di AVR come modello di gestione comune di servizi, realizzato per dare organicità ai rapporti di collaborazione e produrre efficienze senza ledere l'autonomia decisionale di ciascuna A.USL in termini di programmazione, organizzazione e gestione dei propri servizi.

Il Laboratorio Centralizzato di Riferimento di Pievesestina (LRif.) è il nodo centrale del Sistema di Patologia Clinica dell'A.USL della Romagna che realizza una rete formata dal LRif. e da 7 Laboratori a Risposta Rapida (LLRR). LRif. e LLRR costituiscono un "Laboratorio Unico" geograficamente distribuito che produce circa 18 milioni di esami/anno ed è alimentato da una rete di n.93 Punti Prelievo distribuiti sul territorio ed oltre 400 punti prelievo ospedalieri per i pazienti ricoverati nei 15 Presidi Ospedalieri presenti in Romagna. L'attività specialistica e tutta quella destinata ai pazienti ambulatoriali è garantita nel LRif. di Pievesestina mentre nei LLRR, è prevista l'esecuzione h. 24 delle urgenze e delle analisi di base (di supporto alla funzione diagnostica e al follow-up terapeutico) per i pazienti ricoverati.

Risultati. L'andamento dei costi di produzione dell'insieme dei Laboratori Analisi dal 2004 al 2009 evidenzia un trend incrementale coerente con le dinamiche che caratterizzano l'andamento del costo degli altri servizi. A partire dal 2010, invece, per la Patologia Clinica si registra un'inversione di tendenza del trend dei costi di sistema che mostra un andamento in riduzione.

La percentuale di assorbimento del finanziamento regionale da parte del Sistema di Patologia Clinica, dimostra che l'attuazione del progetto di riorganizzazione ha realizzato una riduzione dell'impegno sul bilancio complessivo delle 4 ex AAUSL della Romagna che, se rapportato all'assetto precedente, si traduce in un minor costo del 5% circa già nel 2010, primo anno intero di attività con la nuova organizzazione, del 15% circa nel 2011 e del 19% circa del 2012, pur avendo effettuato investimenti in tecnologie informatiche, strumentali, impiantistico-strutturali e professionali che hanno completamente rinnovato e modernizzato il sistema dei Laboratori Analisi della Romagna.

Oltre a quello del Laboratorio Analisi, oggi sul Centro Servizi sono realizzati anche i progetti di centralizzazione della Genetica Medica, dell'Officina Trasfusionale, della Logistica Economale e Farmaceutica e delle attività della Banca Regionale della Cute e del Derma e di criopreservazione di cellule staminali emopoietiche.

LA REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI ORGANIZZATIVI DI ALCUNI PLESSI OPERATORI NELL'AOU POLICLINICO – VITTORIO EMANUELE DI CATANIA

Mattaliano A. R.1; Lazzara A.2

¹ Direttore Medico di Presidio - Direzione Medica PP.OO. V. Emanuele - Ferrarotto; ² Direttore Sanitario Azienda "AOU Policlinico - Vittorio Emanuele" di Catania

Parole chiave: riorganizzazione, meno sprechi, più efficienza

Introduzione. La consapevolezza della limitazione delle risorse disponibili spinge oggi più che nel passato ad individuare strumenti e metodologie organizzative finalizzate alla riduzione dei costi mantenendo l'obiettivo di un utilizzo più efficiente delle risorse delle organizzazioni ospedaliere. In tale contesto, è noto come il complesso operatorio rappresenti una delle strutture più complesse e costose di un ospedale.

Materiali e metodi. La reingegnerizzazione dell'attività di S.O. non può prescindere dall'uso dei seguenti indicatori: tasso di utilizzo del reparto operatorio in relazione al potenziale della risorsa infermieristica; tasso di utilizzo del reparto operatorio in relazione della risorsa anestesiologica richiesta; impegno infermieristico; puntualità; incompleto utilizzo della seduta operatoria; grado di ottimizzazione nell'utilizzo della seduta operatoria; tasso di dispendio della seduta operatoria; costi della risorsa infermieristica; costi della risorsa anestesiologica. Sono stati raccolti ed analizzati i dati di attività (gen./mag. 2013) relativi a 10 S.O. ripartite in 4 plessi dello stesso PO per un totale di 422 sedute.

Risultati. Le inefficienze possono essere ricondotte a quattro categorie di cause: team medico non pronto; paziente non pronto; risorse fisiche momentaneamente non disponibili; programmazione non rispettata. I risultati dell'analisi sono stati portati al vaglio della Direzione Strategica che li ha sottoposti al Collegio di Direzione per una programmazione condivisa degli interventi correttivi necessari in ordine a: durata calibrata degli interventi, inclusi i tempi di startup e di setup; collaborazione maggiore tra U.O. e servizi di supporto per garantire il puntuale arrivo del paziente in sala operatoria con la documentazione completa; valutazione anestesiologica con disponibilità degli esami diagnostici di routine in tempo utile; inizio anticipato del turno del team per evitare la maggior parte dei tempi di startup.

Oltre a costituire uno degli obiettivi di budget della DMP, lo studio ha contribuito a migliorare il livello di consapevolezza degli operatori sui margini di miglioramento attuabili con conseguente drastico ridimensionamento delle "pretese" nell'assegnazione di ulteriori sedute operatorie che, altrimenti, avrebbero condotto ad ulteriori sprechi nella previsione di sedute operatorie aggiuntive, dimostrando l'importanza che può assumere il ruolo di una DMP nella governance di una linea di attività ospedaliera.

Tabella 1 - Valori degli indicatori rilevati nel periodo gennaio-maggio 2013

	Indica	itori	Modalità di calcolo	Risultato
1	Tasso utilizzo/ risorsa ir	fermieristica	ore mensili di attività chirurgica / ore disponibilità teorica SO	64%
2	Tasso utilizzo/ risorsa a	nestesiologica	ore mensili di attività chirurgica / ore impegno anestesiologico	80%
		prima ore 8		0%
		ore 8-8,30		54,6%
3	Puntualità inizio intervento	ore 8,30-9	n. sedute nella fascia oraria / totale sedute	20,9%
3		ore 9-10	11. Sedute Helia lascia orana / totale sedute	19,0%
		ore 10-11		3,4%
		oltre ore 11		2,1%
		dopo ore 14		34,4%
	Incompleto utilizzo	ore 13,30-14		36,2%
4	sala operatoria	ore 13-13,30	n. sedute nella fascia oraria / totale sedute	9,5%
4	(precoce fine attività	ore 12-13	11. Sedute Helia lascia orana / totale sedute	10,4%
	chirurgica)	ore 11-12		6,4%
		prima ore 11		3,1%

ANALISI DEI FLUSSI ORGANIZZATIVI INTER-UNITÀ OPERATIVE DEL P.O. S.PAOLO ATTRAVERSO UN MODELLO DI SIMULAZIONE AD EVENTI DISCRETI

A. Pepino. M. Papa, A. Torri, O. Tamburis, A. Mazzitelli, A. Arena

Introduzione. Il presente lavoro di tesi si pone l'obiettivo di effettuare un'analisi dei flussi tra le Unità Operative, in particolare dal Pronto Soccorso e per la Medicina di Urgenza del P.O. San Paolo di Napoli allo scopo di fornire strumenti di carattere gestionale al management, al tal fine è stato impiegato lo strumento software di simulazione ad eventi discreti: Simul 8.

Metodi. L'analisi dei processi ha richiesto una preliminare analisi dei flussi, che caratterizzano il presidio, acquisita sul campo col contributo di studenti tirocinanti che hanno svolto le interviste e condiviso col personale la esperienza sul campo in un periodo totale di circa sette mesi. In questo periodo sono state raccolte informazioni dal personale, attraverso interviste strutturate riguardo turni lavorativi, costi del personale, dati delle S.D.O. (schede di dimissione ospedaliere) riferite ai mesi di gennaio e febbraio 2014, costi dei pasti, costi della lavanderia, costi delle pulizie, flussi dei pazienti dal PS verso i reparti. Quindi si è proceduto alla costruzione di un modello che rappresentasse al meglio i flussi dall' ingresso dei pazienti in azienda con particolare attenzione ai tempi di attesa nel percorso in Pronto Soccorso e ai costi legati all'impegno del personale nelle diverse UO. Il percorso di simulazione quindi riproduce il percorso del paziente dall'ingresso in PO fino alla dimissione mettendo in evidenza tempi costi, colli di bottiglia e quindi tempi di attesa e inefficenze. Dalla analisi è quindi emerso la possibilità di migliorare l'utilizzo del personale al fine di ridurre i tempi d' attesa in Pronto Soccorso e abbattere i costi gestionali dei reparti, soprattutto di quelli a più bassa intensità di cura e di occupazione.

Risultati e conclusioni. Il modello è stato validato con il personale del controllo di gestione ed ha mostrato un comportamento del tutto assimilabile al sistema reale. Si è potuto quindi procedere ad effettuare dei possibili interventi simulati sul modello organizzativo consistenti in una ridistribuzione del personale che si è tradotto in una riduzione notevole i tempi di attesa ed un abbattimento dei costi di alcune UO.

MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ AMBULATORIALE ED APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA CON IL NUOVO SOFTWARE PADDI

Messori Ioli G.¹; Bo M.²; Traina M.³; Zardo L.⁴; Ripa F.⁵; Di Legami V.⁶; Oddo F.ˀ; Favella L.⁶; Dore M.⁶

¹ Dirigente medico – Responsabile S.S. Controllo di Gestione - ASL TO5; ² Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino; ³ Direttore Distretto Sanitario Chieri – ASLTO5; ⁴ Direttore Sanitario Aziendale – ASLTO5; ⁵ Direttore S.C. Controllo di Gestione - ASL TO4; ⁶ Dirigente medico – Direzione Sanitaria P.O. Chieri - ASL TO5; ⁷ Collaboratore esterno CSI Piemonte; ⁸ CSI Piemonte; ⁹ Direttore Generale – ASL TO5

Parole chiave: specialistica ambulatoriale, tassi di prescrizione, governo clinico

Introduzione. Con DGR n. 25-6992/2013 la Regione Piemonte ha approvato i Programmi operativi 2013-15, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro. Rilevato uno scostamento fra la proporzione media di prestazioni per assistito (p/a) erogate in Piemonte rispetto a quella nazionale, con DGR n. 15-7486/2014 sono stati introdotti dei tetti specifici ai tassi di prescrizione e di utilizzo per l'attività specialistica ambulatoriale:

- specialistica ambulatoriale totale: 13,37 p/a
- diagnostica di laboratorio: 9,57 p/a
- diagnostica per immagini: RMN: 0.0805 p/a; TAC: 0.0683 p/a
- terapia fisica (RRF): 0.2928 p/a

Poiché per monitorare l'andamento dell'attività prescrittiva aziendale è necessario disporre in tempi rapidi di informazioni appropriate e correttamente strutturate, si è deciso di sviluppare un applicativo informatico in grado di elaborare e presentare i dati relativi alle prestazioni oggetto di valutazione.

Materiali e metodi. Il Controllo di Gestione ha progettato un'interfaccia grafica in collaborazione con il Consorzio per il Sistema Informativo (CSI Piemonte), sviluppando un applicativo informatico (PADDI) in grado di visualizzare i tassi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali a diversi livelli di dettaglio (aziendale, distrettuale, per équipe, per singolo MMG/PLS).

La fase di sviluppo dell'applicativo ha richiesto diversi mesi. I Direttori dei Distretti e la Direzione Generale sono stati coinvolti già in fase di programmazione, favorendo un confronto critico sull'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate.

Terminata la fase di sviluppo, è stato consentito l'accesso ai dati a ciascun professionista tramite il sistema RUPAR e sono state organizzate riunioni di équipe nei 4 distretti sanitari dell'Azienda per promuovere il confronto sui dati disponibili.

Risultati. L'applicativo PADDI fornisce tassi di erogazione delle prestazioni monitorate, aggiornati mensilmente (tab. 1).

Sono stati identificati scostamenti rispetto agli obiettivi regionali su specialistica ambulatoriale totale, diagnostica di laboratorio, RMN e terapia fisica sia a livello aziendale che dei singoli distretti (tab. 2) ed una notevole variabilità nei tassi di erogazione a favore dei pazienti dei singoli MMG e PLS.

Sulla base dei dati rilevati sono stati declinati obiettivi annuali specifici per i MMG/PLS ed stato progettato un corso di formazione rivolto a MMG/PLS per approfondire aspetti specifici dell'appropriatezza prescrittiva.

Tabella 1 – Applicativo PADDI – schermata relativa ai tassi di prestazioni di livello aziendaleperiodo gen-lug 2014-ASL TO5.

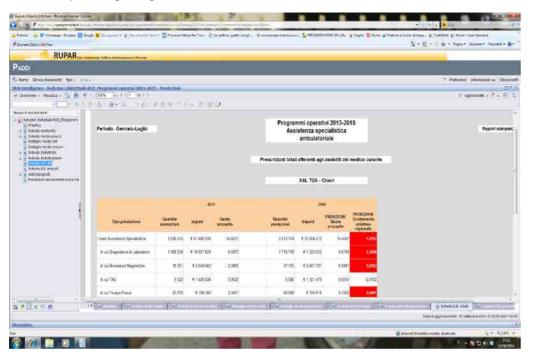


Tabella 2. Tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali (specialistica ambulatoriale totale, diagnostica di laboratorio, diagnostica per immagini, terapia fisica) erogate per assistito presso l'ASL TO5 con disaggregazione per distretto – periodo gennaio-luglio 2014.

	Obiettivo Regionale p/a	ASL TO5 p/a (sc)	Distretto 1 p/a (sc)	Distretto 2 p/a (sc)	Distretto 3 p/a (sc)	Distretto 4 p/a (sc)
Specialistica ambulatoriale totale	13,37	14,45 (+8,1%)	12,54 (-6,2%)	15,5 (+15,9%)	15,87 (+18,7%)	14,53 (+8,7%)
Diagnostica di laboratorio	9,57	9,88 (+3,2%)	8,93 (-6,7%)	10,30 (+7,6%)	10,57 (+10,4%)	10,11 (+5,7%)
RMN 0,0805 0,10 (+2		0,10 (+22%)	0.086 (+6%)	0,10 (+29,8%)	0,11 (+38,1%)	0,098 (+21,7%)
TC	0,0683	0,055 (-13%)	0,053 (-22,4%)	0,058 (-15,1%)	0,057 (-16,5%)	0,051 (-25,3%)
Terapia fisica	0,2928	0,34 (+15%)	0,158 (-46%)	0,38 (+29,6%)	0,42 (+44,5%)	0,49 (+68,9%)

Legenda:

p/a= proporzione media di prestazioni erogate per assistito

(sc)= scostamento percentuale della proporzione media di prestazioni erogate per assistito a livello aziendale o distrettuale rispetto all'obiettivo regionale

ADOZIONE DI UNA PROCEDURA PER LA SICUREZZA DELLA DONAZIONE DI SANGUE

Cristiana Campaiola¹; Valentina Molese²; Eleonora Bartolini³

¹ Direzione Sanitaria AOUP; ² Direttore Centro Regionale Sangue Toscana; ³ Centro Regionale Sangue Toscana

Parole chiave: sicurezza, sangue, riskmanagement

Introduzione. La donazione di sangue è un processo complesso al termine del quale va garantita con assoluta certezza l'associazione: donatore – scheda sanitaria – emocomponente raccolto: sacca madre e sacche satelliti – campioni per qualificazione biologica – campioni per qualificazione immunoematologica. Va assicurata la tracciabilità di tutte le fasi del processo, la registrazione dei dati qualificanti la singola donazione.

L'analisi di rischio del processo di donazione, effettuata anche tenendo conto dei near miss segnalati, ha evidenziato numerosi punti ad alto rischio. Pertanto il CRS Toscana ha promosso e coordinato un gruppo di lavoro multidisciplinare per la elaborazione di barriere specifiche.

Materiali e metodi. Il gruppo di lavoro, costituito medici esperti di organizzazione, trasfusionisti esperti in risk assessment, informatici, tecnici della ditta produttrice delle bilance raccolta sangue, ha analizzato i punti critici del processo, evidenziando punti con alto rischio di errori di mismatch.

Sono stati progettati sistemi barriera informatici (barcodecheck) come barriere all'errore. La scelta del modello finale ha tenuto conto dell'ergonomia per limitare il rischio di violazioni nella pratica.

Risultati. La procedura con i sistemi barriera dopo un test in un servizio trasfusionale pilota è prevista per tutti i punti raccolta del sistema trasfusionale toscano, e fa parte degli elementi di qualificazione del punto di raccolta come fornitore per le strutture di lavorazione. Consente la tracciabilità e rintracciabilità totale di tutte le fasi della donazione.

ANALISI DI GENERE O GENDER AUDITING

Monti P.1; Goretti P.2; Scaramelli R.3; Corti V.4

¹ Direttore Sanitario; ² Direttore S.C. Qualità e Gestione del Rischio; ³ Staff S.I.T.R.A.;

⁴ Segreteria Direzione; A.O. della Provincia di Lecco

Parole chiave: gender, auditing, disuguaglianza

Introduzione. Il bilancio di genere o Gender budgeting è l'adozione di scelte che riducano la disuguaglianza di genere. In Sanità si fa tuttavia gender auditing, cioè si analizza l'attività effettuata per valutare se ha modificato l'ineguaglianza.

Materiali e metodi. Dati ISTAT, INPS, e del Ministero del Lavoro evidenziano che le donne sono più povere degli uomini (53,4% vs 33,6% <1.000 euro/mese); hanno meno tempo libero (3,13 ore vs 4,00); 9% degli uomini accudisce i figli.

Inoltre: donne hanno malattie croniche più degli uomini; subiscono più incidenti domestici; si sottopongono di più ai controlli; le vittime di violenze non sporgono denuncia. Alla luce di questo, abbiamo analizzato quanto fatto nel triennio.

Risultati.

- UOMINI E DONNE UTENTI SSN. Sono stati garantiti: Screening Mammografico, Partoanalgesia, IVG, Sportello Stalking, Progetto Parrucche, Carta Servizi "un ospedale sempre più vicino alla mamma e al bambino", Mediazione Culturale in Ospedale. Garantendo i servizi in entrambi i Presidi si è evitato che il fattore tempo nei trasporti ne limitasse la fruizione da parte delle donne. Il progetto parrucche, che affronta la perdita dei capelli dopo chemioterapia, ha riguardato 615 donne, grazie a 12 parrucchieri e 7 volontari. La mediazione culturale ha costituito una presenza fissa in Pronto Soccorso, Malattie Infettive, Ostetricia; nel 2013 l'attività è stata utilizzata da più di 600 donne con oltre 1900 interventi.
- UOMINI E DONNE LAVORATORI. Attività realizzate: Sostegno alla genitorialità, Sicurezza, Contributi Nido Aziendale, eventi del Comitato Unico di Garanzia (CUG). Il sostegno alla genitorialità ha consentito scelte responsabili di gravidanze. Si è garantita flessibilità di un'ora in ingresso per l'accompagnamento del bambino al nido/ nonni; incremento part-time per favorire rientri in servizio dopo il parto; affiancamento di 20 ore al rientro dalla gravidanza, per ridurne il disagio. Telecamere collocate in aree poco presidiate hanno garantito maggior sicurezza alle lavoratrici. I contributi Aziendali al Nido (utenze a carico dell'AO) hanno contenuto la retta per le madri lavoratrici.
- UOMINI E DONNE EROGATRICI DEL SERVIZIO. Convegno: "Donne messe all'angolo"e"Anche la salute è una questione di genere"; Istituzione Breast Unit; Ricerca Neurologia su "Gender differences in clinical outcome for acute cerebrovascular events"; Trigger Tools, riduzioni ecografie in gravidanza. I convegni sul femminicidio hanno sensibilizzato dipendenti sulla necessità di intercettare episodi di violenza. Si è lavorato sulle ecografie inappropriate in gravidanza per evitare spese ingiustificate, tempo perso e utilizzo inappropriato di servizi.
- UOMINI E DONNE CHE ASSISTONO I FAMILIARI: Ampliamento orari ambulatori; Prenotazioni e ritiro referti dal domicilio; Sostegno Associazioni volontariato. Il supporto alla donna che assiste il familiare malato è stato fornito da maggiori orari di apertura degli ambulatori, ritiro referti a domicilio e prenotazioni telefoniche. Il sostegno alle associazioni di volontariato, attraverso sede e utenze gratuite, garantisce "in cambio" somministrazione del pasto agli anziani, accompagnamento pazienti per radioterapia, o la breve sostituzione del genitore che accudisce il bambino ricoverato.

REALIZZAZIONE DELLO STUDIO ECDC PER LA SORVEGLIANZA DELLE ICA E L'USO DI ANTIBIOTICI IN 3 OSPEDALI DELL'ASL CASERTA

Moretta S.1; Giordano V.2; Lanzetta R.3

- ¹ Coordinatore aziendale Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO), A.S.L. Caserta;
- ² Responsabile U.O.S.D. Pianificazione Ospedaliera, A.S.L. NA1 Centro;
- ³ Direttore Dipartimento Assistenza Ospedaliera, A.S.L. NA1 Centro;

Parole chiave: sorveglianza ICA, ECDC

Introduzione. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e la resistenza agli antibiotici sono considerati dallo "European Center for Disease Prevention and Control" (ECDC) una seria problematica per la salute pubblica, tanto da richiedere specifici interventi di politica sanitaria. Per poter stimare il reale impatto complessivo di tale emergenza sanitaria, l'ECDC ha proposto nel 2008 uno Studio europeo di prevalenza puntuale, basato su una metodologia standardizzata in grado di consentire il confronto dei dati rilevati in paesi diversi. L'intero protocollo è consultabile in italiano sul sito http://assr.regione.emilia-romagna.it; la sua implementazione è stata avviata in Campania dal 2011 e gradualmente coinvolgerà tutti gli ospedali.

Materiali e metodi. Nel 2013 l'ASL Caserta ha realizzato tale Studio negli Ospedali di Aversa, Sessa Aurunca e Piedimonte Matese, sorvegliando un totale di 271 pazienti. I risultati delle rilevazioni, effettuate dal 15/10/2013 al 08/11/2013 dai rispettivi team presidiali preventivamente formati, sono illustrati nella Tabella 1. L'utilizzo degli antibiotici viene descritto nella Tabella 2.

I 3 Ospedali rientravano nella definizione di "piccoli ospedali" secondo il protocollo ECDC, avendo un numero di posti letto compreso tra 20 e 200. Per assenza dei criteri di inclusione, sono state escluse complessivamente 7 Unità Operative.

I dati pervenuti dai singoli ospedali sono stati raccolti ed elaborati dal CIO, che ha effettuato un controllo di qualità (dati mancanti o incongruenti) e la validazione del dato. Tutti i dati raccolti sono stati inviati ai competenti uffici regionali, che hanno provveduto a restituire un report relativo a ciascun ospedale partecipante per le opportune valutazioni contestuali.

Risultati. Nonostante il ridotto campione di pazienti inclusi nello Studio, è stato evidenziato un tasso di ICA pari a 7,3%, in linea con i dati regionali, italiani e europei, precisando che tale tasso aumenta per le aree critiche (es.: Terapia Intensiva, UTIC).

Ancora non è stata raggiunta un'accettabile percentuale di trattamenti antibiotici (per numero e tipo) effettuati con motivazione da parte del prescrittore, dando luogo a potenziali terapie antibiotiche poco o per nulla appropriate; a tal fine, si sta valutando la possibilità di coinvolgere i medici in un apposito percorso formativo/informativo multidisciplinare dedicato all'uso di antibiotici secondo criteri di appropriatezza prestabiliti e condivisi.

L'applicazione di un unico protocollo standardizzato a livello europeo ha indubbiamente contribuito a motivare gli operatori sanitari ad una adesione più partecipata all'intero Studio di sorveglianza.

Ovviamente questo Studio, al fine di conseguire una maggiore validità epidemiologica, dovrà essere ripetuto anche nei prossimi anni ed esteso a tutti gli altri ospedali dell'ASL, come anticipato anche dalla normativa regionale (DGRC 1715/2007).

Tabella 1 - Rilevazioni del periodo 15/10/2013 ÷ 08/11/2013 negli Ospedali dell'ASL Caserta

			RSA	SESSA A	URUNCA		MONTE ESE	TOTALE	
	DATI EPIDEMIOLOGICI	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%
1	Numero totale di posti letto del P.O.	217	///	100	///	164	///	481	///
2	Numero di posti letto per acuti del P.O.	183	///	100	///	164	///	447	///
3	UU.OO./Reparti eventualmente esclusi dalla rilevazione, specificando le motivazioni		///	0	///	2	///	7	///
4	Numero di posti letto delle UU.OO./ Reparti inclusi nella rilevazione	183	///	68	///	123	///	374	///
5	Numero totale di Pazienti inclusi nella rilevazione	153	///	61	///	57	///	271	///
6	Numero dei Pazienti ricoverati presso U.O. Rianimazione e U.T.I.C.	13	7,8	5	8,1	8	14,0	26	9,5
7	Numero di ICA rilevate durante il periodo di sorveglianza	13	7,8	3	4,9	4	8,7	20	7,3
8	Numero di trattamenti antibiotici rilevati	110	///	31	///	30	///	171	///
9	Numero di trattamenti con Antibiotici CON motivazione	86	78,1	27	87,1	24	80,0	137	80,1
10	Numero di Pazienti in trattamento antibiotico durante il periodo di sorveglianza	71	46,4	27	44,3	25	43,9	123	45,3

Tabella 2 – Utilizzo degli Antibiotici per la coorte di pazienti inclusi nella rilevazione

		AVERSA			SESSA AURUNCA			PIEDIMONTE MATESE			TOTALE		
		Valore asso- luto	%	%	Valore asso-	%	%	Valore asso- luto	%	%	Valore asso- luto	%	%
1	Pazienti NON in trattamento con Antibiotici	82	///	53,6	34	///	55,7	32	///	56,1	148	///	54,6
2	Pazienti in trattamento con 1 Antibiotico	47	66,1	///	24	88,8	///	20	80	///	91	74,1	///
3	Pazienti in trattamento con 2 Antibiotici	15	21,1	///	2	7,4	///	5	20	///	22	17,9	///
4	Pazienti in trattamento con 3 Antibiotici	4	5,7	///	1	3,8	///	///	///	///	5	4,0	///
5	Pazienti in trattamento con 4 Antibiotici	4	5,7	///	///	///	///	///	///	///	4	3,2	///
6	Pazienti in trattamento con 5 Antibiotici	1	1,4	///	///	///	///	///	///	///	1	0,8	///
7	Totale dei Pazienti in trattamento antibiotico	71	///	46,4	27	///	44,3	25	///	43,9	123	///	45,4
8	TOTALE dei Pazienti inclusi nella rilevazione (voce 1 + voce 7)	153	100	100	61	100	100	57	100	100	271	100	100

I COSTI DELLA CRONICITÀ: LA SFIDA DEL DATO, L'ESEMPIO DEL DIABETE IN AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Nesoti M.V.¹; Bovo C.¹; Costa P.²; Girotto S.³; Battaggia A.³; Dal Zotti F.³; Andreoli C.³; Sovran C.³; Vaona A.³; Rigon G.³; Capra C.⁴; Trentin L.⁵; Andretta M.⁵; Bonavina MG⁶

¹ Direzione Sanitaria Azienda ULSS n.20 VR; ² UOC Servizio Assistenza Specialistica ULSS n. 20 VR;

Parole chiave: cronicità, costi, diabete

Introduzione. Il calcolo dei costi di una patologia cronica come il diabete, utilizzando le stesse metodologie attuabili per la patologia acuta appare complesso. L'Azienda ULSS 20 attraverso l'utilizzo dei flussi aziendali e la reportistica della medicina generale ha effettuato un'analisi che sottolinea l'importanza del contributo di tutti gli attori del sistema salute per la valutazione dell'impatto economico delle patologie croniche.

Materiali e metodi. Nel 2010, in Azienda ULSS 20, è stata condotta un'analisi dei dati dei flussi aziendali che ha evidenziato che la spesa sanitaria totale per il diabetico era maggiore in tutti gli ambiti assistenziali Vi è però una fascia di popolazione diabetica che è intercettata solo dal medico di medicina generale (MMG), perché non presente nei flussi aziendali. Sulla base dell'Accordo Aziendale, fin dal 2008 i MMG raccolgono in modo strutturato importanti dati clinici sul diabetico ≥ 75 anni non insulino-dipendente, e l'ULSS 20 collega sistematicamente questo flusso ai flussi aziendali.

Risultati. I MMG assistono 9.352 diabetici ≥ 75 anni. Di questi, 6.794 sono stati oggetto della rilevazione dei MMG nel 2012 (circa il 72%). Dal linkage con i flussi aziendali. 1.052 residenti sono identificati come diabetici solo dal MMG e non compaiono nei flussi aziendali. Ricercati dunque attraverso i flussi aziendali 2012, i 6.794 soggetti hanno effettuato 2.351 ricoveri. In linea del tutto generale è possibile affermare che il "costo" attribuibile a tali ricoveri è di 10.168.799, 74 euro, con un costo medio di 4.325 euro/ricovero. Va però sottolineato che l'analisi riguarda una popolazione di fascia di età avanzata e affetta da comorbidità importanti. I 6.794 assistiti nel 2012 hanno effettuato 301.437 prestazioni specialistiche, non tutte relative alla patologia diabetica, per la stragrande maggioranza di laboratorio. Il valore in base alle tariffe del Nomenclatore Tariffario Regionale vigente è pari a 3.846.728,92 euro. Ma il quadro epidemiologico attuale, con la forte presenza di soggetti in età avanzata e affetti da polipatologia, impone un più preciso inquadramento del fabbisogno assistenziale e, di conseguenza, dei costi. Si è dunque provveduto a utilizzare l'analisi fornita dal software ACG (Adiusted Clinical Groups). Dei 6.794 assistiti. 249 (il 3.7%) non sono stati intercettati da ACG che identifica invece 9.162 persone con condizione di diabete over 74 anni (il dato è molto simile a quello dei flussi aziendali naturalmente). Se si effettua il linkage delle due fonti informative (MMG e ACG) si ottiene che 961 pazienti sono considerati diabetici dai MMG ma non da ACG perché per es. solo in terapia dietetica; 3.582 pazienti sono invece considerati diabetici da ACG e non dai MMG; si tratta di pazienti insulino-trattati (circa 1.071) o non ricompresi nei flussi o afferenti a MMG non aderenti al Patto aziendale. Il sistema ACG suddivide i 6.545 assistiti in 93 categorie mutuamente esclusive basate sulla combinazione individuale di ACG, età e sesso. Tale categorizzazione è il punto di partenza per una serie di analisi successive come, per esempio, il raggruppamento ulteriore degli assisiti in base al consumo atteso di risorse. Con ACG è possibile inoltre valutare il numero di condizioni croniche calcolato per ogni soggetto e i relativi costi pro-capite. In conclusione: l'analisi dei flussi aziendali permette di trarre elementi di determinazione della prevalenza e dei costi delle patologie croniche sulla base di elementi non sufficienti a valutare il reale disease burden. Il valore aggiunto dal privilegiato osservatorio della medicina generale è indiscutibile per ampliare e stimare in modo più realistico il dato di prevalenza e di costo. L'analisi attraverso ACG della popolazione ottenuta dal linkage delle due fonti consente di introdurre e valorizzare il "bias" della comorbidità.

³ MMG Verona: ⁴ UOC Medicina ULSS n. 20 VR: ⁵ Servizio Farmaceutico, ULSS n. 20 VR:

⁶ Direzione Generale Azienda ULSS n. 20 VR.

ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE AZIENDALE DISPOSITIVI MEDICI DELL'A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

Papa M.¹, Cacciapuoti C.², Chirichella C.³, di Majo A.⁴, Giordano V.⁵, La Bella G.⁶, Schettini G.⁷, Guida A.ⴻ, Esposito E.९

¹ Direttore U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale; ² Dirigente Farmacista U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale; ³ Collaboratore amministrativo U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale,

- ⁴ Specialista ambulatoriale in Igiene e Medicina Preventiva U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale;
- ⁵ Responsabile U.O.S.D Pianificazione Ospedaliera; ⁶ Responsabile Area Farmaceutica, Lanzetta R. Direttore Dipartimento Assistenza Ospedaliera; ⁷ Specialista ambulatoriale in Igiene e Medicina Preventiva U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale; ⁸ Direttore Sanitario ASL Napoli 1 Centro; ⁹ Direttore Generale ASL Napoli 1 Centro

Introduzione. I Dispositivi Medici (D.M.) costituiscono una tipologia di prodotti sanitari di notevole impatto clinico ed economico. La crescente offerta di D.M., tecnologicamente sempre più avanzati e innovativi e connotati da una ampia eterogeneità di prodotti e di campi d'impiego, e l'aumento delle richieste da parte dei clinici, ha imposto l'adozione di strumenti di valutazione al fine di evitarne un uso inappropriato e monitorarne la spesa.

Materiali e metodi. Nell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, con Delibera nº 1229 del 04/07/2012, è stata istituita la Commissione Repertorio Dispositivi Medici, con composizione multidisciplinare; con Delibera nº 469 dell'11/03/2013 è stato adottato il Regolamento della Commissione e la "Procedura nuova introduzione tecnologie sanitarie-dispositivi medici" con la relativa modulistica.

La Commissione valuta l'introduzione di nuovi D.M. nel Repertorio Aziendale, sulla base dei principi dell'Health Technology Assessment ed effettua approfondimenti di carattere tecnico sull'utilizzo, l'efficacia, la sicurezza, il rapporto costo-efficacia e l'impatto sull'organizzazione sanitaria delle varie tecnologie, al fine di giungere a un impiego appropriato sotto il profilo clinico, organizzativo ed economico delle stesse.

Risultati. Al 10/09/2014 sono pervenute 54 richieste di nuovi inserimenti di D.M., di cui 21 non valutabili in quanto non completamente compilate e/o mancanti di documentazione scientifica a supporto o inerenti D.M. non di nuova introduzione. Sono state, quindi, esaminate dalla Commissione n° 33 richieste di cui il 46,5% inerenti D.M. dichiarati infungibili ed il 53,5% D.M. dichiarati esclusivi. La Commissione ha espresso parere negativo per il 5% delle richieste e parere positivo per il restante 95%, anche se solo per il 20% dei D.M. approvati ne è stata riconosciuta l'infungibilità. Le richieste sottoposte alla valutazione della Commissione sono pervenute dalle seguenti Unità Operative: Neuroradiologia 40,5%, Chirurgia 30%, Cardiologia 22,5%, Radiologia Interventistica e Vascolare 5%, Neonatologia 2%.

Dall'analisi delle richieste emerge che tutti i D.M. richiesti dai clinici sono stati dichiarati dagli stessi quali infungibili e/o esclusivi; è necessario un confronto con l'area clinica al fine di meglio definire il significato di infungibilità ed esclusività, nel rispetto delle forniture di prodotti di qualità, nonché dei principi di efficienza ed economicità aziendale.

APPLICAZIONE DI UN ALGORITMO DECISIONALE INFORMATIZZATO NALL'AMBITO DEI PROCESSI DI HOSPITAL BASED HTA

Papa R*, Martini C*, Tocchini M***, Cola V**, Incicchitti L*, Luzi F*, Polenta L*, Sebastiani M*, G. Mazzarini*, Serafini G*

AOU Ospedali Riuniti Ancona: *Direzione Medica Ospedaliera; **SOD Farmacia; ***Laboratorio Analisi: *Scuola di Specializzazione In Igiene e Med. Prev.

Parole chiave: EBM, HTA

Introduzione. Il processo di Health Technology Assessment (HTA) all'interno di un organizzazione sanitaria richiede una rigorosa valutazione delle evidenze disponibili in maniera sistematica e trasparente in modo da integrare le varie dimensioni che caratterizzano l'HTA e mettere i decisori in condizione di poter scegliere rispetto all'acquisizione di una nuova tecnologia. Purtroppo però la disomogenea diffusione di Commissioni Aziendali con funzioni di HTA su tutto il territorio nazionale caratterizzate dalla forte variabilità nei diversi percorsi metodologici non consente di garantire proprio quegli obiettivi di sistematicità e trasparenza richiesti dal metodo. Per queste ragioni l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona ha deciso di sperimentare un algoritmo decisionale informatizzato capace di standardizzare la metodologia di valutazione delle tecnologie sanitarie rendendo sistematico e trasparente il processo stesso. Un importante endpoint secondario è stato quello di ampliare l'ambito di valutazione anche alla dimensione etica.

Materiali e metodi. Sono state sottoposte ad un diagramma di flusso capace di pesare criteri di efficacia ed etici 5 tecnologie studiate dalla Commissione HTA Aziendale nel corso del primo semestre del 2014 utilizzando strumenti già disponibili in letteratura opportunamente modificati per garantirne la fruibilità a livello ospedaliero. Gli strumenti introdotti sono stati: il metodo GRADE della Cochrane Collaboration per quanto riguarda la valutazione di efficacia e la checklist proposta dall'EunetHTA (Modificata dall'Istituto di Bioetica dell'Università del Sacro Cuore) per la dimensione etica.

Sebbene l'applicazione del metodo GRADE richieda tempo aggiuntivo per condurre l'analisi, la valutazione è stata effettuata in un periodo ragionevole.

Risultati. In generale l'adozione dell'algoritmo ha dimostrato la possibilità di migliorare la valutazione delle prove di efficacia secondo criteri oggettivi e trasparenti. Mentre senza l'adozione di questo algoritmo decisionale molte tecnologie vengono valutate con la definizione di "evidenza insufficiente", con il nuovo approccio, le prove di efficacia vengono graduate come di qualità "bassa" o "molto bassa", migliorando la trasparenza a livello decisionale quando la Commissione si deve esprimere rispetto all'acquisizione. Inoltre la possibilità di integrare in maniera standardizzata altre dimensioni (come quella etica) rende la valutazione più completa e più sostenibile per tutti gli stakeholders.

Allo stesso tempo bisogna riconoscere che una commissione che si orienti verso questo approccio ha comunque bisogno di risorse aggiuntive finalizzate alla raccolta dei dati utili all'analisi critica.

L'applicazione del framework ha l'importante vantaggio di consentire ad un gruppo multidisciplinare di comprendere immediatamente la qualità delle evidenze, pesare benefici e danni e tenere in considerazione i valori per i pazienti valutandone le implicazioni.

In conclusione appare evidente il valore aggiunto rappresentato dalla possibilità di omogeneizzare e standardizzare la metodologia di valutazione limitando la variabilità tra diverse commissioni e panel di esperti e promuovendo un processo culturale virtuoso mirato a selezionare le tecnologie realmente necessarie in un epoca di risorse finite.

È parere degli autori che un algoritmo decisionale basato su strumenti validati dalla letteratura debba essere introdotto in tutti gli ospedali del Servizio Sanitario Nazionale come criterio di accreditamento di tutte le Commissioni che intendono svolgere e svolgono attività di Hospital Based HTA.

OSPEDALE DI AOSTA, BED MANAGEMENT (BM): ANALISI DI INDICATORI DI ATTIVITÀ OSPEDALIERA (2008-2014)

Papalia R*, Galotto C**, Peano L***, Gorraz A°, Del Vescovo G°°, Canta MG°°, Novati R*

* Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio, Azienda USL Valle d'Aosta; ** Diriettore Medico di Presidio, Direzione Medica di Presidio, Azienda USL Valle d'Aosta; *** Dirigente Medico, Pediatria, Azienda USL Valle d'Aosta ° Coordinatore Infermieristico, Direzione Medica di Presidio, Azienda USL Valle d'Aosta; °° Infermiere, Direzione Medica di Presidio, Azienda USL Valle d'Aosta

Parole chiave: bed nanagement, regolamento, indicatori

Introduzione. A seguito del peggioramento dei flussi paziente, aggravato dal fatto che l'Ospedale di Aosta per ragioni geografiche è quasi impossibilitato a trasferire altrove pazienti di Pronto soccorso destinati al ricovero, nel 2011 è stata decisa l'adozione di un regolamento di BM con le funzioni ad esso correlate, i cui obiettivi erano il miglioramento dei flussi paziente in entrata da Pronto Soccorso (PS) e in uscita verso il territorio, e il miglioramento del clima interprofessionale.

Materiali e metodi. Il regolamento (Fig. 1) è così strutturato:

- Il P.S. decide il ricovero e il reparto di destinazione del paziente;
- Lo specialista di riferimento accoglie il paziente in reparto in caso di disponibilità del posto letto;
- Se il posto letto in reparto non è disponibile lo specialista ricerca il letto dapprima all'interno del dipartimento, successivamente all'interno dell'area di appartenenza, da ultimo in tutto l'Ospedale;
- In tutti i casi il tempo di permanenza in PS del paziente di cui è stato deciso i ricovero non deve superare i sessanta minuti.
- Il team di BM (Direzione Medica di Presidio) è di supporto h24 per le eventuali difficoltà La Direzione Medica di Presidio ha effettuato un'analisi degli indicatori di attività ospedaliera elencati in Tab.1 dall'anno 2008 al primo semestre 2014, stratificati per area medica e area chirurgica, pre-post adozione del regolamento BM. I parametri più significativi sono stati sottoposti ad elaborazione statistica.

Risultati. L'adozione del Regolamento BM ha determinato una riduzione statisticamente significativa della degenza media (da 8,3 giorni nel 2011 a 7,42 giorni nel 2014), delle giornate outlier (da 12 giorni nel 2011 a 7,74 giorni nel 2014) e dei ricoveri lunghi e molto lunghi (decremento dal 2011 al 2014 rispettivamente del 8,5% e del 22,4%), inoltre si è osservata riduzione pre e post del tasso di occupazione dei posti letto e dell'indice di rotazione. Sono invece leggermente aumentati i ricoveri molto brevi (durata 24-48 ore) e, soprattutto, l'età media dei pazienti ricoverati (Tab. 1). In conclusione, il Regolamento del BM ha determinato un complessivo miglioramento degli indicatori sanitari di attività ospedaliera. Occorrerebbe, invece, effettuare una revisione del regolamento che potenzi la continuità assistenziale Ospedale-Territorio per ridurre i ricoveri molto brevi e l'età media dei pazienti ricoverati.

Tab. 1 - Trend 2008-2014 degli indicatori sanitari di attività dell'Ospedale Regionale di Aosta.

AREA OSPEDALIERA									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	1° sem 2014		
posti letto medi ordinari	422	419	416	422	431	423	422		
- di cui deceduti (%)	3,3	3,7	4	4,2	4,2	3,5	3,75		
età media	52,3	52,3	52,7	52,5	53,15	54,15	54,85		
degenza media	7,8	8,1	8,2	8,3	7,9	7,76	7,42		
occupazione media	79,7	80,9	82,3	81	76,5	77,61	79,22		
giornate outlier (%)	4,21	10,57	10,88	12	9,4	9,06	7,74		
ricoveri molto brevi (24-48 ore), in%	21,2	21,7	20,8	20,9	21,7	21,7	22,13		
ricoveri lunghi (15-23 gg, in%)	7,5	8	7,6	7,1	7,2	6,8	6,5		
ricoveri molto lunghi (> 24 gg, in%)	4,9	5,5	5,6	5,8	5	5,26	4,5		
indice di rotazione	37,3	39,5	36,7	35,8	35,4	36,52	19,33		
intervallo di turnover	1,99	1,91	1,8	1,9	2,4	2,24	2,0		

RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO TRASPORTI AMBULANZA IN AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA PISANA (AOUP)

M. Pardi*, B. Grossi**, A. Del Prete***, C. Tellini****, G. Giuliano*****

* Referente STS – Direzione Infermieristica; ** B. Grossi – IFC STS dal 2014; *** A. Del Prete –IFC STS fino al 2013; **** C. Tellini – Infermiera STS; **** G. Giuliano – Dirigente Medico Responsabile del STS – DMP

Parole chiave: informatizzazione, trasporti ambulanze

Introduzione. L'AOUP è Ospedale di Alta Specializzazione con ca. 1.300 posti letto che erogano ca. 65.000 ricoveri annui a forte attrazione extra-regionale (ca. 20%). Il 55.8% dei ricoveri sono chirurgici (ca. 13% ad alta complessità). Dal punto di vista edilizio, essa è costituita dai due stabilimenti di Santa Chiara e Cisanello a loro volta strutturati in padiglioni ed edifici connessi tra loro da viabilità ordinaria, nonché distanti tra loro ca. 7 Km. Pertanto, il trasferimento dei pazienti ricoverati è effettuato, entro e tra gli stabilimenti, da un servizio di ambulanze apposito gestito dalle AAVV e normato originariamente dall'ex-Accordo Quadro Regionale del 2004, oggi dalla LR 70/10. Il governo dei processi è assicurato dalla Direzione Medica ed Infermieristica tramite una Centrale Operativa (CO) dove opera personale OSS dipendente. A motivo – e non solo - delle azioni di spending review, dal 2012 si è ritenuto opportuno creare una task force che, garantendo i livelli di qualità del servizio, muovessero azioni coordinate di efficientamento.

Materiali e metodi. In sintesi, le azioni nel triennio sono state:

- Concentrazione del personale della CO: nel 2012 la CO era organizzata su due postazioni, una per stabilimento. Grazie all'informatizzazione, si è potuto concentrare il personale della CO in un'unica postazione.
- Concentrazione del parco mezzi: nel 2012 le ambulanze erano dislocate su postazioni differenziate.
 Non solo, le 2 ambulanze del PS e quella presso la Radiodiagnostica erano gestite via telefono direttamente dai reparti. Grazie all'informatizzazione, si è concentrato il parco mezzi portando tutte le procedure sotto il governo della CO.
- Automazione dei processi tramite installazione di sw (SW LifeCall) con teletrasmissione delle richieste
 ed evasione dei servizi tramite applicativo web (WebReparti) con eliminazione delle comunicazioni
 telefoniche. Implementazione di codici colore a supporto decisionale. Implementazione di progetto
 di teletrasmissione dei servizi agli equipaggi delle ambulanze a mezzo tablet.
- Avvio di analisi statistiche su banca dati con valutazione di volumi e tempi dei servizi. Monitoraggio periodico dei costi complessivi ed unitari ai fini di budget.
- A motivo degli interventi di cui sopra, si è ridotto il parco mezzi con risparmio di ore di stand-by, pur nel rispetto dei volumi/densità dei servizi nel tempo
- Periodica formazione/informazione degli operatori dei reparti ed interventi di audit per singole criticità, finalizzati alla creazione di una catena cliente-fornitore tra Reparti ed Equipaggi delle Ambulanze, garantendosi la qualità del servizio, malgrado la riduzione del budget.

Risultati. La tabella riporta i dati sintetici di attività negli anni 2011-2014. In termini di costo, il risparmio complessivo ottenuto è di ca. 13,5%.

Anno	Viaggi	Ore Stand-By	Viaggi/ore	Costo complessivo
2011	72.089	52.260	1,38	2.548.979
2012	70.308	48.620	1,45	2.506.435
2013	66.769	45.812	1,46	2.207.240
2014	66.732	45.223	1,48	2.204.686

APPLICAZIONE DEL DAY SERVICE CHIRURGICO IN ETÀ PEDIATRICA

Francesco Pecci*, Giovanni Saggiomo, Beniamino Pascotto**, Landino Fei**, Renato Pascotto

U.O. Chirurgia Pediatrica P.O. SS. Annunziata –AORN Santobono-Pausilipon Napoli;

* Direzione Medica P.O. SS. Annunziata – AORN Santobono Pausilipon Napoli;

** U.O.C. Fisiopatologia Chirurgica Apparato Digerente SUN

Per day service chirurgico si intende, in realtà, una chirurgia ambulatoriale complessa. È un livello assistenziale intermedio tra day surgery e chirurgia ambulatoriale, riservato a quelle patologie che, per la breve durata dell'intervento, possono essere dimesse entro un paio d'ore. La vera differenza con la day surgery è il superamento del vincolo del posto letto tradizionale che, nella day surgery è il vero limite al numero di interventi praticabili. È il concetto di "Day Care" dove i posti letto perdono la loro valenza di posti letto equivalenti o tecnici e non rientrano nello standard di dotazione fissato a livello nazionale e regionale. I LEA ci impongono il passaggio al regime ambulatoriale di alcune patologie e la riduzione drastica dei posti letto per abitante, in Italia, ha spostato l'attenzione degli operatori verso la deospedalizzazione anche del paziente chirurgico. Oggi la day surgery si applica anche a patologie più complesse e una day surgery efficace ed efficiente non può accomunare interventi che durano fino a due ore ed interventi che durano pochi minuti. Per questi ultimi c'è il day service chirurgico. Se ciò è valido per gli adulti, perché non estenderlo anche ai bambini? Di qui il nostro studio: si possono trattare anche in età pediatrica alcune patologie in day service e riservare la day surgery a patologie più complesse?

Materiali e metodi. Per tre anni abbiamo testato la dimissibilità entro due ore dal termine dell'intervento dei piccoli operati in day surgery, continuando un nostro studio già parzialmente concluso nel luglio 2013. Si tratta di 817 piccoli pazienti, di età compresa tra 6 mesi e 14 anni, operati nel periodo giugno 2011-maggio 2014; abbiamo verificato che, se l'intervento dura 40-45 minuti, il 100% dei bambini dopo 2 ore può essere dimesso. Abbiamo selezionato le relative patologie: ernia inguinale ed idrocele, neoformazioni cute e sottocute, linfadenopatie, ascessi, paronichie, frenuli vari.

Proposta. La attuale scarsa invasività chirurgica ed anestesiologica, con ripresa delle funzioni del piccolo paziente operato entro un paio d'ore, per interventi di breve durata, ci ha spinto a considerare, come modello organizzativo assistenziale, il day service chirurgico pediatrico. È un modello applicabile ad interventi la cui durata prevista non va oltre i 40 minuti, con protocolli e percorsi simili alla day surgery, ma senza necessità del posto letto amministrativamente inteso. L'osservazione postoperatoria è affidata a due unità infermieristiche in un ampio spazio adiacente, ma esterno, al complesso operatorio, definito P.A.C.U. (post anestetic care unit). Tale spazio è dotato di letti attrezzati, separati da pannelli scorrevoli, sotto la supervisione di un anestesista; è prevista e consentita la presenza dei genitori. Il setting assistenziale va concordato con la Regione con apposito protocollo di intesa e remunerazione da stabilire (un'ipotesi potrebbe essere il 70% della remunerazione del DRG in day surgery + un eventuale ticket a carico del paziente?). Punti di forza del day service chirurgico sono: 1 - la mancanza del vincolo del posto letto, che consente di effettuare un maggior numero di interventi al giorno; 2 – la possibilità di programmare sedute operatorie oltre le ore 14, limite temporale degli interventi effettuati in day surgery, sino alle ore 17; 3 - la riduzione dei costi fissi che vengono "spalmati" su più interventi; 4 - l'abbattimento delle liste di attesa con consequente riduzione dei tempi di attesa; 5 – l'inserimento di nuove patologie più complesse in day surgery. Naturalmente la brevità del contatto medico-infermiere-paziente impone un maggiore impegno professionale, una organizzazione capillare, una attenta comunicazione, una corretta informazione e, non ultimo, una tecnica chirurgica particolarmente "pulita, rapida ed essenziale".

CARE MANAGER: NUOVO MODELLO DI PRESA IN CARICO. PROGETTO ASLNA1CENTRO

Pennacchio F.°, D'Onofrio G.^, Di Silverio P.°

- ° Medico in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli;
- ^ Direttore Sanitario AOU Federico II di Napoli

Parole chiave: care manager, Nutrizione Artificiale Domicilaere Pediatrica (NADp)

Introduzione. La situazione della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) in Italia appare fortemente disomogenea con aspetti a "macchia di leopardo" e con importanti differenze organizzative nelle diverse regioni. Ancora oggi, solo per l'1.6% della popolazione italiana esiste una legge specifica per la NAD, mentre nel 65% del territorio, inclusa la Regione Campania, sono presenti delibere generali regionali spesso molto differenti l'una dall'altra.

Pertanto, appare evidente come un problema significativo sia, in genere, rappresentato dalla mancanza di riferimenti clinico - istituzionali cui spetti la responsabilità del trattamento.

La Nutrizione parenterale, rappresenta uno strumento terapeutico di fondamentale importanza nel mantenimento o reintegrazione dello stato nutrizionale in corso di patologie differenti. L'A.O.U. Federico II - Dipartimento di Pediatria è una delle 2 strutture di riferimento in ambito regionale.

Materiali e metodi. Il Dipartimento di Pediatria dell'Università Federico II di Napoli segue annualmente circa 15-20 pazienti in NP, circa 5-6 sono afferenti all'ASLNA1Centro.

Metà dei pazienti seguiti presso il centro necessitano di una NP a breve termine per un periodo di alcuni mesi. Le principali indicazioni a tale supporto nutrizionale sono malattie acute intestinali e non, che impediscono l'alimentazione per via orale/enterale, e malattie croniche (anche intestinali) per le quali è possibile raggiungere nell'arco di pochi mesi una funzione intestinale tale da assicurare una adeguata crescita del bambino. Il restante 50% dei bambini è invece affetto da patologie croniche intestinali (primitive o secondarie) che determinano una grave insufficienza intestinale e per cui la NP a lungo termine rappresenta l'unica modalità di nutrizione e sopravvivenza.

Il Centro di Riferimento, con l'ASLNA1Centro, garantisce un percorso assistenziale standardizzato ed adeguato alle specifiche necessità di ogni piccolo paziente:

- Diagnosi e definizione della malattia di base ed eventuali patologie concomitanti
- Valutazione dello stato nutrizionale di base
- Scelta e posizionamento di un accesso venoso centrale adequato alla NP
- Formulazione e prescrizione di sacche di NP personalizzate in base alle caratteristiche del paziente ed alla possibilità di una eventuale alimentazione orale/enterale concomitante
- Il Centro di riferimento provvede alla formazione del personale dell'ASL dedicato alla NADp
- Training della famiglia alla gestione del materiale per la nutrizione artificiale
- Training della famiglia alla gestione del CVC ed alla prevenzione dei rischi infettivi correlati ad accessi venosi centrali
- Supporto psicologico ed assistenza sociale alla famiglia
- Materiali (Asl)

Il centro di riferimento si occupa di contattare l'ASL del paziente, segnalando il programma nutrizionale, eventuali necessità specifiche ed i tempi orientativi del servizio necessario.

Risultati. L'AOU Federico II, di concerto con l'AsINA1Centro, otterranno il miglioramento dell'attività assistenziale tra ospedale e territorio; l'assistenza permanente e qualificata in tutti i momenti della vita quotidiana dei pazienti e delle loro famiglie e soprattutto la riduzione degli accessi ospedalieri per i pazienti in NPT.

ANALISI DEL FLUSSO ORGANIZZATIVO DELLA MEDICINA D'URGENZA DEL P.O. SAN PAOLO DI NAPOLI ATTRAVERSO UN MODELLO DI SIMULAZIONE AD EVENTI DISCRETI

A. Pepino. M. Papa, A. Torri, O. Tamburis, A. Mazzitelli, A. Ciullo

Introduzione. Nel presente lavoro è stato analizzato tramite la tecnica DES il reparto di Medicina D'Urgenza del P.O. S. Paolo al fine di verificare in modo analitico analizzare la incidenza delle diverse voci di costo nella composizione del costo reale del singolo paziente in raffronto alla valorizzazione per DRG. Il reparto preso come caso di studio è quello in cui confluiscono la maggior parte dei ricoverati nel presidio, ovviamente si tratta in genere di pazienti gravi che hanno bisogno di cure continue quindi un'analisi dei processi permette di migliorare l'organizzazione del reparto.

Metodi. L'analisi dei processi è stata effettuata tramite la simulazione ad eventi discreti, questa tecnica ampiamente adoperata per la analisi dei processi industriali è stata adottata tramite un software da caratteristiche particolari in termini di fruibilità ed interfaccia utente tale da renderlo particolarmente indicato per valutare le prestazioni di un sistema complesso come un reparto di medicina d'urgenza. Nella prima fase del lavoro sono stati raccolti i dati da inserire nella simulazione, la maggior parte dei dati sono stati ottenuti mediante interviste al personale ed all'osservazione diretta delle attività cercando in questo modo di quantificare l'impegno richiesto nello svolgimento delle attività prese in considerazione. Nella seconda fase è stato costruito il modello che rappresenta al meglio il sistema reale, sono state individuate le attività e sonoo stati attribuiti i costi unitari in relazione alla frequenza e all'intensità di impiego da parte dell'oggetto di costo, il paziente.

Nella fase finale è stato eseguito il modello e sono stati interpretati e validati i risultati ottenuti con il controllo di gestione aziendale..

Risultati e conclusioni. I risultati ottenuti mostrano una buona aderenza tra i costi presunti ed i costi calcolati dal modello anche in raffronto al valore della tariffa DRG, questo consente di utilizzare il modello per analizzare in via preventiva possibili correttivi organizzativi alla gestione del reparto.

LE CURE INTERMEDIE NELLA GESTIONE DEL POST-ACUZIE: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

Perillo G.*, Bellini F.**, Guarracino A.***, Belli S.°, Rossi C.°°, Filippini M.P.°°°, Bonanni A.^, Gori E.^^

- * Dirigente medico SOC Pianificazione attività sanitarie e gestione ospedale-territorio, Azienda Sanitaria Firenze;
- ** Direttore f.f. SOC Pianificazione attività sanitarie e gestione ospedale-territorio, Azienda Sanitaria Firenze;

*** Dirigente ingegnere - SOS Reporting, controllo e obiettivi di budget dell'area sanitaria, Azienda Sanitaria Firenze; ° Ingegnere - SOS Reporting, controllo e obiettivi di budget dell'area sanitaria, Azienda Sanitaria Firenze (fino al 31/07/2014); °° Dirigente infermieristico - SOS Assistenza Infermieristica Firenze, Azienda Sanitaria Firenze; °° Assistente sociale - Servizio Sociale Dimissioni Complesse, Azienda Sanitaria Firenze; ^ Fisioterapista - UO Riabilitazione Funzionale Zona Firenze, Azienda Sanitaria di Firenze; ^ Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Firenze

Parole chiave: cure intermedie, continuità assistenziale, uso efficiente delle risorse

Introduzione. La riorganizzazione dell'offerta dei servizi territoriali volti ad assicurare la continuità assistenziale e soddisfare i bisogni dei pazienti dimessi dai reparti ospedalieri con inserimento in appropriati percorsi di post-acuzie è diventato un tema di rilevanza strategica per i sistemi sanitari regionali in considerazione di molti fattori tra cui:

- invecchiamento della popolazione e aumento del carico delle malattie croniche;
- necessità di assicurare ai pazienti cure efficaci con risorse sempre più limitate;
- evoluzione dell'assistenza ospedaliera rivolta sempre più al trattamento di patologie acute;
- recente normativa nazionale che prevede il contenimento dei posti letto ospedalieri.

Una delle possibili risposte assistenziali post-acuzie è rappresentata dai servizi di cure intermedie. A livello nazionale e internazionale non esiste una definizione univoca di cure intermedie. La Regione Toscana col Piano Sanitario 2008-2010 e la DGR 431/2013 le identifica in un range di servizi integrati che spaziano dall'assistenza domiciliare nei vari gradi di complessità a varie forme di risposta residenziale con l'obiettivo di facilitare la dimissione precoce e sicura dall'ospedale, favorire il recupero dopo un evento acuto o riacutizzato, evitare i ricoveri ospedalieri inappropriati e ridurre l'utilizzo della lungodegenza e dell'istituzionalizzazione.

Materiali e metodi. In linea con la DGR 431/2013 l'Azienda Sanitaria di Firenze ha attivato, come modello di cure intermedie per la gestione del post-acuzie, moduli di degenza a bassa intensità di cure sub-acute convertendo posti letto di lungodegenza o medicina delle case di cura private accreditate. Il modello organizzativo dei moduli di bassa intensità prevede:

- ingresso attraverso la procedura aziendale per la gestione delle dimissioni complesse con segnalazione al centro di Coordinamento Dimissioni Complesse (che gestisce tutte le risorse attivabili nella fase di post-acuzie) dei casi mediante scheda di valutazione multidimensionale compilata dagli ospedali invianti che indica il setting appropriato alle necessità del paziente;
- presenza medica in orario diurno 7 giorni su 7 con responsabilità clinica del paziente a carico del medico della struttura;
- assistenza infermieristica h24:
- riabilitazione estensiva (30 min/die) con predisposizione di un piano di trattamento che coinvolge i fisioterapisti e il personale infermieristico;
- integrazione con i servizi sociali territoriali;
- tariffa giornaliera di 118,79 euro comprensiva dei costi relativi all'assistenza, diagnostica di base, erogazione di farmaci e presidi;

Risultati. Nel 2013 sono stati attivati 73 letti in moduli di degenza a bassa intensità di cure sub-acute, in aggiunta ai 13 in sperimentazione dal 2007, e sono stati gestiti 1365 casi. Nel 2014 i posti letto attivi sono diventati 106. Nello stesso arco temporale c'è stata la riduzione di 90 posti letto di lungodegenza con un risparmio annuo di circa 1.100.000 euro e possibilità di rientro negli standard regionali di dotazione di posti letto ospedalieri. La conversione dei posti letto non ha comportato costi aggiuntivi e ha consentito di mantenere un buon livello di continuità post-dimissione. Le attività di cure intermedie, orientate al rientro a domicilio, hanno aumentato l'appropriatezza dell'assistenza, ridotto i costi ospedalieri dovuti a ricoveri ripetuti, impropri e prolungati ed hanno avuto un impatto significativo sul sistema consentendo un uso più efficiente delle risorse.

AVVIO DI UN PROGRAMMA DI SCREENING NEONATALE ALL ARGATO DELLA REGIONE PUGLIA

Petitti Gaetano°, D'Amelio Maria Giustina °°, Valerio Sabino°, Nitti Alessio^, Dattoli Vitangelo §

° Direzione Medica di Presidio Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII"; °° Responsabile Direzione Medica di Presidio Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII"; ^ Direttore Sanitario A.O.U. Policlinico Consorziale - Giovanni XXIII di Bari;
§ Direttore Generale A.O.U. Policlinico Consorziale - Giovanni XXIII di Bari

Parole chiave: programmazione, organizzazione e gestione sanitaria

Introduzione. Il ruolo della Direzione di Presidio al centro delle problematiche inerenti lo sviluppo di nuove attività. Tale ruolo è particolarmente delicato nello specifico dello sviluppo di un progetto le cui aree di pertinenza sono comprese tra differenti competenze con coinvolgimento anche di ambiti extraziendali.

Progetto. Con D.G.R. n. 1389/12, veniva approvato il Progetto "accentramento presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria- Policlinico –Giovanni XXIII dello screenning allargato per le malattie metaboliche ereditarie e degli screening obbligatori" (fenil-chetonuria, ipotiroidismo, fibrosi cistica), presentato dalla A.O.U. "Consorziale Policlinico" di Bari, a completamento del progetto di piano, n. 2/AP4/05, DGR 369/06.

- STATO ATTUALE: nella Regione Puglia lo screening neonatale su cartoncino, guthrie card, obbligatorio secondo la normativa vigente, D.L. 104/92, si svolge tramite invio, da tutti i centri nascita regionali, di un primo cartoncino al Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari, per l'analisi della fenilchetonuria e ipotiroidismo per la provincia di Bari, e un altro cartoncino ai restanti sei laboratori di riferimento, per le altre province, per l'ipotiroidismo.
- OBIETTIVO: il progetto invece prevede l'accentramento di tutti gli screening neonatali, eseguiti su
 gurthie card, presso l'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari, finalizzato, per tutti i centri nascita
 della Regione Puglia, all'esecuzione dell'analisi per l'ipotiroidismo e per la fenilchetonuria, e, inoltre,
 per l'introduzione dell'analisi della fibrosi cistica e per i metaboliti delle malattie metaboliche. Progetto
 similare è stato sviluppato dalla Regione Toscana presso L'Ospedale "Meyer" di Firenze, nell'ambito
 del Progetto assistenza materno-infantile.
- AVVIO DEL PROGRAMMA: al fine dello sviluppo del progetto, è stato necessario nominare un Comitato
 Aziendale Permanente, coordinato dalla Direzione di Presidio, che, raccogliendo le professionalità di
 esperti di vari settori, (delle analisi laboratoristiche, degli screenning neonatali, del follow-up clinici, etc),
 potesse esprimere pareri sulle azioni da intraprendere. Tale Commissione ha prodotto, tra l'altro, le
 Linee Guida Regionali finalizzate allo sviluppo del progetto che devono essere adottate dalla Regione
 Puglia per tutti i centri Nascita.

Conclusioni. Pertanto il ruolo centrale attribuito alla Direzione Medica di Presidio è stato quello di raccordo delle differenti professionalità coinvolte, e, tenendo ben in mente le varie problematiche esistenti, dello sviluppo del progetto di screenning, anche in una ottica di coinvolgimento di strutture sanitarie dell'intera Regione Puglia.

ATTIVAZIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI DI CHIRURGIA POST BARIATRICA NELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO

Lanzetta R.*, Giordano V.**, Russo A.***, Savoia F.°, Palladino R.°, Bellopede R.°, Porciello ME°, °°Papa M., De Fazio M.^, Porcini M.^, Moretta S.^^^

- * Direttore D.A.O. ASL Napoli 1 Centro; ** Resp. UOSD Pianificazione Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro;
- *** Assistente Amministrativo D.A.O ASL Napoli 1 Centro; ° Medico in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli; °° Direttore UOC Programmazione e Pianificazione Aziendale ASL Napoli 1 Centro; ^ Direttore ff UOC Chirurgia Generale PO Incurabili; ^^ Referente Chirurgia post bariatrica PO Incurabili;
- ^^^ Servizio Qualità e Rischio Clinico ASL Caserta

Parole chiave: obesità, chirurgia post bariatrica

Introduzione. La chirurgia dell'obesità per il trattamento dell'obesità morbigena può essere molto efficace in termini di perdita di peso e la chirurgia ricostruttiva post bariatrica ha come obiettivo la risoluzione di tutte le problematiche associate al dimagrimento, anche dopo chirurgia bariatrica. Questa tipologia di interventi, necessari dopo considerevoli perdite di peso, è fondamentale per il completamento del percorso intrapreso dal paziente obeso. Il rimodellamento corporeo dopo un adeguato supporto psicologico, nutrizionale e chirurgico è, infatti, completamento indispensabile per il riappropriarsi della propria immagine corporea. In considerazione di quanto esposto sono stati attivati dei percorsi assistenziali di chirurgia post bariatrica presso il PO degli Incurabili nella ASL Napoli1 Centro, di concerto con il DAO (Dipartimento Assistenza Ospedaliera) della ASL Napoli1Centro.

Materiali e metodi. Gli interventi effettuati, ai sensi del D.502/92, sono: addominoplastica, torso plastica o addominoplastica circonferenziale, lipoaspirazione, mastopessi, mastoplastica riduttiva, lipectomialifting delle cosce, brachioplastica-lifting delle braccia eseguiti in anestesia generale o loco/regionale e prevedono ricovero ordinario. La tipologia del paziente candidabile alle procedure di chirurgia post bariatrica è la seguente:

- Soggetto sottoposto a procedura chirurgica bariatrica con riduzione del BMI (indice Massa Corporea) uguale o inferiore a 28;
- Peso corporeo stabile da almeno un trimestre, non superiore ai 120 Kg:
- Buono stato nutrizionale con buone condizioni cliniche generali e relative ragionevoli aspettative. Il percorso psicologico, affidato ad uno specialista dedicato, comprende il profilo emozionale, l'iter co-

Il percorso psicologico, affidato ad uno specialista dedicato, comprende il profilo emozionale, l'iter cognitivo comportamentale, la consulenza psicologica-psichiatrica vera e propria sia per l'arruolamento dei pazienti che per la fase post-operatoria. Il rimodellamento corporeo richiesto per il completamento del percorso che il paziente ha iniziato con l'intervento di chirurgia bariatrica prevede prudenzialmente un approccio multi-staged, ovvero ricoveri diversi distanziati nel tempo per affrontare il singolo distretto corporeo. Al fine di salvaguardare la salute del paziente questi andrà incontro ad una pianificazione e valutazione preoperatoria attraverso lo studio e l'analisi di parametri fondamentali quali: BMI, silhouette corporea e aree adipose dei vari distretti, studio del tessuto cutaneo ridondante e grado di riduzione e/o svuotamento di esso, posizionamento/evidenza delle cicatrici chirurgiche.

Risultati. Il Direttore Medico di PO degli Incurabili, di concerto con il Direttore dell'UOC (Unità Operativa Complessa) di Chirurgia Generale ed il Referente Chirurgia post Bariatrica, avrà cura in fase di prima applicazione di fornire al DAO i seguenti indicatori trimestralmente al fine di monitorare il percorso assistenziale:

- Numero pazienti presi in carico
- Numero pazienti effettivamente trattati
- Durata del ricovero
- Complicanze evidenziatesi post intervento

DALLA DISMISSIONE DEL PUNTO NASCITA ALL'ATTIVAZIONE DEL PERCORSO NASCITA PRESSO L'OSPEDALE DI MISTRETTA

M. Portera, Direttore Medico del P.O. e del Distretto di Mistretta

Parole chiave: dismissione, parto, nascita

Introduzione. Negli ultimi anni, nella Regione Siciliana, il piano di rientro ha determinato un profondo ed importante cambiamento del S.S. R. Le dinamiche attuate hanno sovvertito la precedente organizzazione e innescato nuovi processi che mirano a garantire appropriatezza e sicurezza clinica ai pazienti e al personale sanitario. Il passaggio culturale si è rivelato molto difficile per l'utenza la quale improvvisamente è stata costretta a modificare le proprie abitudini in merito alle modalità di accesso ai centri di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Obiettivi. Far crescere la consapevolezza nella popolazione in merito ai cambiamenti riguardanti l'organizzazione e i servizi, resi con modalità e in condizioni diverse.

Gestire in sicurezza i parti in emergenza-urgenza.

Evitare l'insorgenza di complicanze di atti sanitari.

Strategia. Nel settembre 2010, è stato stilato un cronoprogramma, che aveva come obiettivo la maturazione e la presa di coscienza di quanto stava accadendo, sia per gli utenti che per il personale sanitario. Dal punto di vista organizzativo, è stato realizzato un progetto assistenziale integrato Territorio-Ospedale in grado di garantire:

- L'assistenza e il sostegno alla donna, alla coppia e al neonato dal periodo preconcezionale al puerperio, consentendo maggiore sicurezza, umanizzazione e appropriatezza nella gestione della gravidanza e del parto:
- Il supporto in emergenza al pronto soccorso di tutte le attività di ostetricia.
- Il tutto è stato predisposto per ridurre al massimo l'impatto negativo sulla popolazione, nonostante il
 verificarsi di momenti di tensione sfociati in manifestazioni che hanno coinvolto gran parte della popolazione. Nella prima fase successiva alla chiusura del punto nascita, sono state attuate delle azioni
 volte a migliorare, in termini di sicurezza, appropriatezza e qualità, il percorso nascita onde raggiungere
 gradualmente gli standard previsti dal documento tecnico del Ministero della Salute.

Risultati. Il modello realizzato, pur se con molte criticità, ha tenuto conto delle abitudini della popolazione al fine di guidarla nel migliore dei modi all'interno del percorso nascita. La prima tappa è stata quella di accompagnare con apposito STAM tutte le pazienti che necessitavano di assistenza ostetrica all'ospedale di riferimento. La seconda tappa è consistita nel creare due percorsi paralleli distinguendo tra le gravidanze fisiologiche, gestite dal consultorio familiare, e le gravidanze patologiche, gestite da un ginecologo del percorso nascita. Il percorso si è mosso su tre linee progettuali: la focalizzazione sul servizio e sulla sua qualità; la centralità della paziente e il miglioramento continuo della qualità.

In applicazione delle direttive sul percorso nascita nel 2013, le gravide sono state seguite sino alla trentaduesima settimana di gestazione dal ginecologo consultoriale e dalla trentatreesima settimana dal ginecologo del percorso nascita, che le prepara per l'invio al punto nascita di fiducia.

Discussione. La costruzione di una rete basata sul principio della continuità assistenziale, attraverso percorsi specifici per gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio, ha permesso di realizzare l'Integrazione territorio-ospedale garantendo la presa in carico della gestante, l'umanizzazione della nascita e il superamento dei modelli organizzativi pre-piano di rientro. Considerato, inoltre, che il punto nascita più vicino dista più 50 km dal Presidio ospedaliero di Mistretta, viene garantito alla donna tutto il monitoraggio pre e post partum e la stessa è costretta a spostarsi solo per l'evento parto che viene espletato in condizioni di sicurezza. L'esperienza fatta ci insegna che l'utilizzo di tutti gli strumenti necessari per garantire la sicurezza del percorso nascita, l'aggiornamento, l'implementazione e la diffusione della Raccomandazione del Ministero della Salute sono stati gli strumenti più utili, ad oggi, a permettere di azzerare, presso il P.O. di Mistretta, il rischio di mortalità materna e infantile fra le pazienti sequite.

INDAGINE CONOSCITIVA SU ANTISEPSI E DISINFEZIONE TRA GLI OPERATORI DI UN POLICLINICO UNIVERSITARIO

Maddalena Pozzi¹, Alessio De Luca², Costanza Baratta¹, Filippo Berloco¹, Matteo Raponi³, Fabrizio Celani¹

¹ Direzione Rischio Clinico e Igiene Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma;

² UOC Farmacia Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma;

³ Istituto di Sanità Pubblica Sezione di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Parole chiave: antisepsi, disinfezione

Introduzione. Dal giugno 2013 ad ottobre 2013 è stata effettuata un'indagine conoscitiva per rilevare il grado di conoscenza degli operatori sanitari sui temi della disinfezione e dell'antisepsi in ospedale. In particolare si è voluto testare in modo analitico il livello di preparazione dei lavoratori prima dell'avvio di un articolato progetto di formazione che ha comportato in primo luogo l'emanazione di specifiche policy aziendali in tema di igiene ambientale e igiene delle anni. Successivamente è prevista l'elaborazione di ulteriori documenti dedicati all'antisepsi cutanea e alla preparazione del campo operatorio, al ricondizionamento dei dispositivi medici, alla gestione degli accessi vascolari centrali. Il progetto prevede inoltre un capillare intervento sul campo focalizzato in particolare sull'igiene delle mani.

Materiali e metodi. Ai fini dell'indagine è stato predisposto un questionario da rivolgere ad un campione di operatori sanitari rappresentativo dell'intera popolazione lavorativa. Sono state incluse nel progetto 26 unità operative di diversa tipologia e disciplina: Reparti, Ambulatori e Day Hospital di area medica, chirurgica, oncologica, intensiva e Sale Operatorie. Sono state coinvolte differenti figure professionali: infermieri, coordinatori infermieristici, ausiliari e operatori tecnici dell'assistenza (OTA), medici dipendenti e in formazione.

Il questionario completo, riservato solo agli infermieri e ai Coordinatori infermieristici comprendeva 36 domande: 29 domande a scelta multipla e 7 domande aperte.

Gli argomenti toccati dall'indagine inclusi riguardavano l'utilizzo degli antisettici (13 domande), l'igiene delle mani (3 domande), la gestione del catetere venoso centrale (3 domande), la decontaminazione degli articoli sanitari (4 domande), la comprensione dei simboli della sicurezza (3 domande) e infine le pulizie ambientali (10 domande).

Per i medici e gli specializzandi è stata utilizzato un form con meno items.

Complessivamente i questionari sono stati somministrati a 150 operatori sanitari distribuiti come seque:

- 74 tra infermieri e coordinatori infermieristici (49,3% del campione)
- 26 tra ausiliari e OTA (17,3%)
- 50 medici (33,3%).

La compilazione dei questionari è avvenuta sempre alla presenza di un membro del gruppo di lavoro appositamente istituito.

Risultati. Sono risultate corrette il 52,3% delle risposte. Le performance migliori sono state riscontrate nei coordinatori infermieristici (55,5%) e nei medici dipendenti (54,6%). Il dato, certamente non soddisfacente, si spiega parzialmente con il grado di difficoltà insito nelle domande selezionate, volutamente alto. L'obiettivo infatti è quello di raggiungere un grado di preparazione elevato in tutti gli operatori sanitari, al termine del progetto formativo brevemente illustrato in precedenza.

Analizzando con maggiore dettaglio i risultati dell'indagine è interessante rilevare la scarsa conoscenza del clorossidante elettrolitico rispetto allo iodiopovidone e sui limiti dell'acqua ossigenata; l'errata destinazione dell'antisettico per tutte le ferite incluse le suture chirurgiche; la scarsa conoscenza sul metodo che danneggia meno la cute e sull'indicazione per mani visibilmente sporche. Infine la scarsa conoscenza sulla decontaminazione dei materiali e sulle diluizioni dei prodotti da impiegare per le pulizie ambientali.

UTILIZZO DELLE PENNE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA: RIDUZIONE DEI RISCHI E DEI COSTI

Raciti I.M.**, Cestino D.*, Azzolina M.C.°, Olivero D.**, Cerri R.°° Crosasso P.*, Mosso R. **, Pognant Viù D.**, Verorenese A. **, Stecca S.*, Fornero G.**, Arione R.°

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

* Farmacia; ** Qualità, Risk Management e Accreditamento; ° Direzione Sanitaria; °° URP

Parole chiave: penne insulina, audit, rischio clinico

Introduzione. Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, vengono effettuati, a cura della S.C. Direzione Sanitaria, S.C. Qualità, Risk Management e Accreditamento e S.C. Farmacia audit sistematici presso le Strutture Assistenziali per la valutazione della diffusione ed applicazione delle procedure aziendali rivolte alla riduzione del rischio di errore nel percorso del farmaco. Tra le criticità riscontrate nel corso delle verifiche, una delle più rilevanti è risultata la gestione disomogenea e non sicura delle penne di insulina multi dose nei pazienti ricoverati.

Tale gestione determinava problematiche legate sia alla gestione del Rischio Clinico che di natura economica, quali:

- modalità di utilizzo/conservazione non corretta, con possibilità di errori di somministrazione
- possibile errore di identificazione del paziente (penne non etichettate)
- consegna di confezioni intere con conseguente spreco di materiale

Al fine di migliorare il percorso di dispensazione, prescrizione, somministrazione e conservazione della terapia insulinica, è stato avviato un progetto di implementazione dell'utilizzo delle penne pre-riempite per somministrazione di terapia insulinica.

Materiali e metodi. Nel progetto sono state coinvolte le seguenti strutture:

- due medicine interne
- due medicine specialistiche
- una chirurgia generale

Dopo un periodo di prova di tre mesi e la valutazione dei risultati di un questionario di soddisfazione somministrato ai professionisti coinvolti, il progetto è stato esteso a tutte le Strutture del Presidio.

Dopo la sperimentazione, nell'attuale modalità nell'attuale modalità di gestione:

- il personale del reparto invia la richiesta informatica alla SC Farmacia;
- il personale della Farmacia prepara un kit per ciascun paziente che comprende singola penna, scheda tecnica, etichetta identificativa, modalità di conservazione. L'etichetta identificativa del kit presenta i dati dell'insulina nonchè quelli del paziente, la data di consegna e la data di limite utilizzo della penna;
- nel corso del ricovero, per i pazienti con nuova diagnosi di diabete, viene effettuato l'addestramento all'uso delle penne a cura della Endocrinologia.

Risultati. La maggior parte dei professionisti coinvolti ha espresso parere favorevole alle nuove modalità di gestione della penna. L'analisi dei consumi ha evidenziato una riduzione del 23% del numero totale di penne con consequente riduzione dei costi.

In conclusione soltanto due reparti hanno espresso un giudizio equivalente rispetto all'utilizzo dei flaconi multi dose

L'utilizzo delle penne in sicurezza attraverso la identificazione penna – paziente riduce il rischio di errore e migliora la compliance dei pazienti.

IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO NELLA PREVENZIONE IN EPOCA DI REVISIONE DI SPESA: L'ESPERIENZA DELLA ASL 3 "GENOVESE" SUI MODELLI DI PREVENZIONE DELLE ICPA APPLICATI ALLE AREE DESTINATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA

Bruna Rebagliati¹, Ida Grossi², Maria De Martini³, Annamaria De Mite⁴, Mauro Cattaneo⁵, Francesca Federa⁶, Valeria Faccio⁷

¹ Direttore Medico di POU; ² Direttore Generale ASP Caltanissettta, già Direttore Sanitario ASL 3 Genovese;

Parole chiave: prevenzione, revisione di spesa, ICPA

Introduzione. La necessità di revisione di spesa pubblica ha portato la Direzione Medica di Presidio a sostenere iniziative di prevenzione orientate al miglioramento continuo delle prestazioni assistenziali, attraverso il coinvolgimento multidisciplinare e lo sviluppo di procedure, processi e azioni che, pur nel rispetto del contenimento della spesa, evitassero eventi avversi comportanti un indiretto aumento della stessa

Materiali e metodi. Strategie attuative:

- <u>Procedure Cliniche</u>, basate sulle evidenze scientifiche (EBM), per il miglioramento di pratiche assistenziali. <u>Sorveglianza sui patogeni emergenti</u> attraverso reporting informatico ed Alert ai reparti in caso di isolamento di MDRO
- <u>Capitolato speciale sanificazione</u>: La Direzione ha stabilito che la riduzione degli interventi a seguito
 di spending review fosse applicata unicamente alle aree a bassa complessità: uffici, scale, corridoi e
 aree esterne, mantenendo le frequenze nelle aree destinate all'assistenza.
- Ricondizionamento DMR: è stata imposta attenta osservanza delle modalità di reprocessing suggeriti dalle indicazioni di cui alla UNI TR 11408/2011 La DMO ha introdotto kit per intervento chirurgico in TTR trilaminato sterile, che garantisce minore permeazione microbica e dispersione particellare ambientale; ciò ha permesso l'annullamento dei processi di sterilizzazione del tessile e il recupero di ore lavoro da destinare all'assistenza. La Direzione si è dotata di apparecchiature di sterilizzazione ad acido peracetico, per il trattamento degli endoscopi non ritenendo adeguata al contesto la disinfezione ad alto livello. È stata acquisita una stazione mobile di sterilizzazione per endoscopi in grado di processare contemporaneamente due endoscopi flessibili e un endoscopio rigido. È presente una apparecchiatura a Gas Plasma ove processare dispositivi termolabili.
- Monitoraggio della qualità dell'acqua per uso sanitario: la ASL 3 Genovese ha implementato un percorso in convenzione, per il controllo microbiologico e chimico dell'acqua sanitaria e dell'acqua utilizzata per la dialisi extracorporea. Il monitoraggio continuo viene applicato a Ospedali, RSA, Ambulatori territoriali e ha permesso di evidenziare punti critici che necessitavano di interventi correttivi. Sono stati installati, in ogni ospedale, sistemi di trattamento dell'acqua a biossido di cloro e filtri a barriera totale in alcuni punti specifici (terapie intensive, neonatologia, sale operatorie, docce spogliatoi)
- Monitoraggio microclimatico della qualità dell'aria e delle superfici: mediante specifica convenzione vengono monitorate sale operatorie, sale di chirurgia ambulatoriale, terapie intensive, locali destinati alla preparazione di DM/DMR sterili, locali immunoematologia e medicina trasfusionale, UFA, utilizzando gli opportuni parametri di controllo (Caratteristiche microclimatiche; caratteristiche microbiologiche dell'aria e delle superfici; numero di ricambi d'aria orari efficaci, particolato). A seguito delle analisi, se occorre, vengono messe in atto azioni correttive specifiche per le aree interessate
- Potenziamento politica igiene delle mani degli operatori e degli utenti, attraverso l'aumento del numero dei dispenser a muro e a totem

Risultati. I programmi di sanificazione sono stati oggetto di spending review nella misura del 7% rispetto al 5% richiesto. N° 190 Ore lavoro mensili circa recuperate dalla introduzione del trilaminato sterile N° 0,14 casi di batteriemie da CPE /1000 gg ricovero (maggio 2013/aprile 2014) Nessun caso di legionellosi ospedaliera.

³ Responsabile Rischio Clinico: ⁴ Responsabile G.O. CIO: ⁵ P.O. ICPA: ⁶ G.O. CIO: ⁷ Medico DMO

RICERCA DI UN FLUSSO TESO NELLA ATTIVITÀ DI PRELIEVO MULTIORGANO E TRAPIANTO: L'ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE E COORDINAMENTO DEI I A AQUI FEDERICO II

Rubba F, Carrano R, Iannuzzi M, Schiavone D, Perrone A, Grimaldi N, Renda A, De Pascale T D'Onofrio G, Triassi M

AOU Federico II Napoli

Parole chiave: donazione, trapianto, sistema toyota

Introduzione. Il flusso teso del Modello Toyota rappresenta una metrica insieme precisa e flessibile capace di non interrompere il movimento del cosiddetto valore aggiunto, cioè della ricchezza che in ogni passaggio incrementa il valore, come nella attività manifatturiere, così nei processi transazionali dei servizi. Nei trapianti la Medicina assume una nuova funzione che vede coinvolte tre entità divergenti il ricevente, il donatore e tutti i sanitari intermediari tra i due e presuppone un forte agire solidale ed un alto spessore etico. In questo delicato percorso, quindi, raggiungere un flusso teso significa portare a compimento oltre che una prestazione altamente professionale, un atto di apertura della Medicina alla umanità, per cui ogni uomo può diventare medicina per l'altro uomo

Lo studio che si presenta si propone di scendere al livello tecnico/organizzativo e di rappresentare cosa significa lavorare per un flusso teso a livello del governo del percorso di donazione, prelievo multi organo e trapianto

Metodi. L'analisi organizzativa è stata condotta sulla casistica di 18 mesi Gen 2013 Lug 2014 in cui sono stati studiati 4 prelievi multi organo e 46 trapianti di rene e sulla susseguente attività di trapianto di rene nell'ambito della rete aziendale di donazione e trapianto.

L'analisi ha previsto più tappe identificando i seguenti blocchi decisionali operativi:

- Evidenziare i periodi e tempi prevalenti
- Analizzare la casistica prevalente
- Analizzare i percorsi comuni.
- Fornire correttivi a tiro su scenari operativi correnti, di modo da favorire routine organizzative virtuose

Risultati. Il Percorso di Donazione e Trapianto scomposto e analizzato nelle sue fasi ha permesso di identificare le tappe cruciali e i diversi ambienti dove avviene il percorso. Onde Evidenziare i periodi e tempi prevalenti e ottimizzare i percorsi comuni, i Carichi di lavoro di tutti gli attori coinvolti fino a 48 h dopo il trapianto sono stati scomposti e quantificati.

Le fasi di allestimento della sala operatoria, sia quella dedicata al prelievo multi organo che al trapianto sono state caratterizzate da una intensa procedura di check out controllo ed attivazione standardizzata di verifica degli elettromedicali per il monitoraggio emodinamico, dell'assistenza ventilatoria, del sistema infusionale, dell'elettrobisturi, della preparazione dello strumentario chirurgico. Infatti il Prelievo Multiorgano e il trapianto, insieme alle fasi intermedie di logistica e trasporto rappresentano punti delicatissimi,tutti insieme e in stretta continuità, di un flusso operativo cruciale per l'esito del percorso stesso. Tutte le fasi vedono impegnate non solo l'equipe di trapianto ma l'intero ospedale dove esse hanno sede. La durata chirurgica del prelievo è di circa 6-8 h quella dei trapianti è diversa da trapianto a trapianto e varia dalle 2 alle 15 ore. Come dimostra l'analisi dei carichi di lavoro è cruciale altresì avere la collaborazione di tutti i servizi interni alla struttura (laboratori, servizi di diagnostica, consulenze specialistiche etc., Direzione ospedaliera). L'analisi dei casi infine ha dimostrato correttivi a tiro su scenari operativi correnti come la pronta convocazione del Collegio Medico, Screening HIV veloce, Valutazione Lab del potenziale donatore anticipata di 24h che possono ottimizzare l'inizio del taglio cute e la valutazione congiunta clinica dei Referti anatomia patologica e congiunta chirurgica e nefrologica dei riceventi che possono facilitare l'andamento sul percorso il consenso sugli step operativi

Conclusioni. La metodologia utilizzata, che vede la attivazione di un percorso fortemente integrato nella Rete di Donazione e Trapianto della AOU Federico II, a implicato la convergenza dell'approccio tradi-

zionale tecnico/valutativo degli indicatori di attività e produzione, congiuntamente ad un intenso lavoro umano svolto sul campo, atto a studiare i comportamenti e le scelte decisionali e a favorire logiche di cooperazione e partecipazione.

Il punto di vista che si presenta a conclusione del lavoro analitico è che le best practices per essere tradotte in scelte operative, vanno codificate secondo schemi agevoli, ma soprattutto vissute insieme in una convergenza di saperi e capacità professionali.

Come scrive l'esperto della Modernità liquida Z Bauman si tratta di realizzare "un'arte indubbiamente difficile che esige la volontà di chiarire anziché tentare di imporre il proprio punto di vista, di moltiplicare le opinioni, di ampliare le possibilità, di moltiplicare i canali, anziché bloccarli..n un continuo viaggio di scoperta"

IL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO NEI CONTESTI SANITARI ATTRAVERSO L'APPRENDIMENTO AUTO-DIRETTO INFLUENZATO DALLE ESIGENZE DI UTENTI DIVERSI PER TIPOLOGIA CLINICA. ESPERIENZA OSPEDALE ULSS 7- PIEVE DI SOLIGO – REGIONE VENETO

Salemi M.*; Camillo M.**; Toffolon G.***;

Parole chiave: centralità paziente, strumenti di cambiamento, apprendimento auto-diretto.

Introduzione. L'organizzazione cambia se gli operatori fanno propri gli elementi chiave del cambiamento. È necessario progettare strategie utili a orientare, attrezzare e coinvolgere tali soggetti, valorizzando il ruolo cruciale che il paziente ha e dovrà avere sempre più sull'organizzazione sanitaria. Consapevoli che la conoscenza è un fenomeno intersoggettivo favorito, nell'adulto, dall'auto-apprendimento, l'obiettivo del presente lavoro è quello di indagare nei sanitari coinvolti la relazione tra sviluppo dell'abilità di apprendimento auto-diretto in rapporto alle esigenze dei pazienti, al fine di elaborare ed implementare nuove strategie/strumenti di cambiamento dove la dimensione umana, fondamentale in un'organizzazione flessibile, è uno degli aspetti portanti. Considerato che, spesso, il cambiamento si accompagna a un momento di crisi organizzativa e professionale in cui è necessario introdurre nuovi elementi di gestione orientati al problem makin, abbiamo voluto studiare come tale apprendimento viene condizionato dalle esigenze di utenti diversi e che impatto ha questo sull'organizzazione. L'Azienda Ulss7 ha concluso un importante processo riorganizzativo della struttura Ospedaliera, diversificando e ottimizzando l'attività dei i tre Presidi Ospedalieri: P.O. De Gironcoli (P.O.DG), P.O. di Vittorio Veneto (P.O.V.V.) e P.O. di Conegliano (P.O.CN) realizzando su quest'ultimo nuove piattaforme multispecialistiche: degenze chirurgiche omogenea per intensità di cura, piastra ambulatoriale e polo operatorio.

È stato studiato come sia il momento organizzativo che il conseguente cambiamento finale hanno influenzano lo sviluppo delle abilità di apprendimento auto-diretto e la correlazione con le esigenze di pazienti diversi per area.

Materiali e metodi. È stato svolto uno studio osservazionale descrittivo, con campionamento non probabilistico di convenienza. Il campione è composto da Infermieri, Infermieri Pediatrici, Ostetriche e Coordinatori, pari a 535 u.s., in servizio nel periodo di riferimento. Si è proceduto a conoscere il livello di abilità e di auto-percezione dell'apprendimento auto-diretto negli operatori dell'Ospedale e, successivamente, a verificare quale relazione esisteva tra lo sviluppo delle abilità di apprendimento auto-diretto degli operatori sanitari coinvolti direttamente nel cambiamento organizzativo rispetto ai non coinvolti. È stato utilizzato il questionario auto-compilato "Self-Rating Scale of Self-Directed Learning" (SRSSDL) validato nella versione italiana, distribuito e raccolto a mano, consegnato secondo linee guida. Lo strumento prevede 60 items distribuiti in 5 aree (a.) di autoapprendimento: a. consapevolezza; a. modalità di apprendimento; a. attività di apprendimento; a. valutazione; a. abilità interpersonali. La compilazione prevede l'attribuzione di un punteggio (con scala Likert) dal valore peggiore = 1 al valore migliore = 5. La somma dei punteggi determina il livello di auto-apprendimento, che viene classificato in tre livelli: basso (60-140); moderato (141-220); alto (221-300). Sono stati calcolati gli indici di posizione centrale e dispersione (Media, DS), frequenze e percentuali con SPSS 20.00. Per la differenza tra medie è stato utilizzato il Test ANOVA. La significatività statistica è fissata ad un valore di p≤0,05.

Risultati e conclusioni. Sono stati raccolti 421 questionari (78.7%): infermieri 92,6%; ostetriche 2,3%; infermieri pediatrici 1,6%; coordinatori 2.8%; non responders 0,5%. In tabella 1 i valori medi (DS e range) dei punteggi conseguiti dal campione rispetto a percorso di studi e a qualifica.

Tabella 1 - Punteggi medi SRSSDL per percorso di studi e qualifica

Percorso di studi*	Media	Ds	Range	ANOVA P
Scuola Regionale	225.32	± 24.23	152 - 292	2.62
Diploma Universitario	244.16	± 18.79	214 - 267	0.00004
Laurea triennale	236.20	± 22.92	169 - 292	
Laurea Specialistica	221.33	± 37.54	178 - 244	
Qualifica**	Media	Ds	Range	ANOVA P
Infermiere	228.84	± 24.20	169 - 292	2.62
Coordinatore	237.08	± 19.70	204 - 270	0.41
Infermiere Pediatrico	240.28	± 23.12	198 - 274	
Ostetrica	227.01	± 35.14	152 - 292	

^{*}mancano 5 rispondenti; **mancano 2 rispondenti.

Stratificando i risultati per livelli di score si evidenzia che il 36,34% degli operatori dichiara un livello moderato di abilità di autoapprendimento ed il 63,66% un livello alto. Il punteggio medio del P.O.CN (231,31±24,23) è maggiore di P.O.VV (226,09±24,46) e del P.O.DG (223,76±20,20) anche se la differenza non risulta statisticamente significativa (p=0.06). I risultati della classificazione del percorso di studi evidenziano una significatività statistica molto alta, e solo per quel che riguarda il P.O.CN (TAB. 2).

Tabella 2 - Punteggi medi di SRSSDL per percorso di studi, differenziato per P.O.

	P.O. Conegliano			P.O. Vittorio Veneto				P.O. De Gironcoli										
Studi	N.	%	M.	Ds	Р	ANOVA	N.	%	M.	Ds	р	ANOVA	N.	%	M.	Ds	р	ANOVA
diploma inf/ ostet/V.Inf	167	61.62	226.38	23.92	0,00004	2.63	87	72.50	223.77	25.83	0.38	2.68	17	56.67	220.52	17.36	0.61	3.35
diploma univers. inf.	8	2.95	251,5	15.72			3	2.50	229.33	20.79			1	3.33	230	0		
laurea inferm./ostetr	89	32.84	238.2	23.23			29	24.17	232.17	19.92			12	40.00	227.83	24.48		
laurea specialistica	2	0.74	211	46.66			1	0.83	242	0]			-				
totali	268	98.89	(1	manca 3 r	ispondent	i)	120	100.00					30	100.0				

I risultati dei punteggi medi del SRSSDL tra le diverse U.O. di ogni P.O. mostrano che per 2 P.O. non vi è differenza statisticamente significativa (p=0,37; p=0,77), mentre lo è per il P.O.CN (p=0,04) coinvolto dal cambiamento. Differenza confermata ulteriormente tra le diverse piattaforme multispecialistiche i cui dati aggregati per i tre P.O. dimostrano che la diversità di punteggio medio è molto significativa dal punto di vista statistico, che vede per l'area chirurgica: P.O.CN \rightarrow N 46 -% 61.33 -Media 238.86 -Ds ±19.05 -P 0.0008 -ANOVA 3.12; P.O.DG \rightarrow N 10 -% 13.33 - Media 222.30 -Ds ±15.64 -P 0.0008 -ANOVA 3.12; P.O.V.V. \rightarrow N 19 -% 25.33 -Media 220.63 -Ds ± 19.45 -P 0.0008 - ANOVA 3.12. La descrizione dei risultati medi delle 5 aree (a) di autoapprendimento diverse ha dimostrato differenze significative per ognuna dimostrando che l'abilità e le competenze nell'autoapprendimento non sono risultate le sole caratteristiche fondamentali. Un'importante aspetto emerso è che non si riscontrano differenze significative nei punteggi medi del livello di abilità di autoapprendimento stratificati per genere, anzianità di servizio e anagrafica, inoltre non aumentano le abilità di autoapprendimento degli infermieri laureati e diplomati diversamente da quanto documentato in letteratura secondo cui la persona adulta, con più esperienza, ha maggiore probabilità e disponibilità di sviluppare auto-direzione nell'apprendimento soprattutto quando hanno concluso da molti anni l'educazione formale.

La differenza tra i punteggi medi del livello di abilità di autoapprendimento tra le diverse U.O. dei tre P.O. è significativa dal punto di vista statistico solo all'interno del P.O.CN (p=0,04). Per verificare se il contesto influenza il livello di abilità di apprendimento auto-diretto è stato calcolato l'indice di ANOVA tra le UU.OO. aggregate per piattaforma multispecialistica interessata dal cambiamento organizzativo e culturale, evidenziando una differenza significativa da essere quasi pari al valore 0 (p=0,0009); mentre le altre U.O. non hanno evidenziato differenze statisticamente significative (p = 0,98) con conseguenti innumerevoli deduzioni.

Si può sostenere che l'apprendimento è influenzato in maniera specifica dal cambiamento organizzativo e che questo è condizionato dalla tipologia di paziente. L'auto-direzione nell'apprendimento è motivata

^{*}Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera - Ulss7, Pieve di Soligo - Regione Veneto;

^{**}Referente Organizzativo Area Ospedaliera, Direzione Medica Ospedaliera –Ulss7-Pieve di Soligo - Regione Veneto:

^{***}Direttore di Ospedale - Ulss7 - Pieve di Soligo - Regione Veneto;

dal contesto e dai progressi tecnologici che richiedono professionisti con competenze specifiche per una pratica responsabile, autonoma e flessibile confermando una correlazione diretta tra effetti dell'autoapprendimento e la promozione della capacità di scelta e di decisioni individuale, nella pratica, rispetto alle esigenze dei pazienti diversi con impatto diverso su motivazione, fiducia, ed autonomia. Lo studio osservazionale ha dimostrato che le situazioni nuove, difficili e critiche risultano favorenti l'apprendimento auto-diretto. I dati elaborati permettono di monitorare tale livello di apprendimento nei diversi contesti ed i risultati significativi, da punto di vista statistico, permettono l'attivazione di specifici laboratori di idee ormai indispensabili supporti per quei contesti sanitari che vogliono mantenersi competitivi e performanti, organizzazioni che "vogliono" cambiare. Tale metodo ha dimostrato come l'apprendimento auto-diretto, condizionato, massimizza il valore finale del servizio offerto al paziente ottenendo i migliori risultati al costo più basso e ad una maggiore soddisfazione del personale coinvolto, il tutto con strategia e responsabilità.

PERCORSO ASSISTENZIALE FRATTURE FEMORE PAZIENTE ANZIANO: APPLICAZIONE DEL D. 132/13 NELLA ASL NA1CENTRO

Lanzetta R.*, Giordano V.**, Russo A.***, Savoia F.°, Palladino R.°, Bellopede R.°, Porciello ME°, Moretta S.^, Giordano G.°°, Papa M °°°.

* Direttore D.A.O. ASL Napoli 1 Centro; **Resp.UOSD Pianificazione Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; *** Assistente Amministrativo D.A.O ASL Napoli 1 Centro; Officio in formazione specialistica Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli; Officio di Ilaurea professioni sanitarie della riabilitazione - Università degli Studi di Napoli Federico II; Officio II; Officio II; Officio ASL Caserta

Parole chiave: frattura, percorso, paziente

Introduzione. La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana ed è spesso causa di peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrispondono un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, un aumento delle complicanze legate all'intervento ed una minore efficacia della fase riabilitativa. Le Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. Il tempo di attesa per intervento per frattura di femore è considerato uno dei principali indicatori proxy della qualità della gestione clinica e della presa in carico del paziente stesso. La ASL Na1Centro ha definito le caratteristiche tecniche specifiche per il percorso assistenziale fratture di femore nel paziente anziano e specificamente,come riportato nel D.132/13, per le fratture di collo femore nel paziente over 65 anni.

Materiali e metodi. Presso i PPOO (Presidi Ospedalieri) aziendali dovranno essere sviluppati PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) con la costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale e interdisciplinare che tenga conto delle caratteristiche e della complessità di questi pazienti, contestualizzandoli rispetto alle specificità organizzative locali ed individuando idonee attività di monitoraggio. Il PDTA intraospedaliero deve essere articolato in 4 fasi, di seguito elencate:

- Gestione nel pronto soccorso
- Gestione preoperatoria
- Gestione operatoria
- Gestione postoperatoria

Al fine di consentire una tracciabilità ed un monitoraggio del PDTA e di quanto previsto dal D.132/14, si riportano in tabella indicatori, standard ed obiettivi per le singole fasi del percorso.

Risultati. Le fratture di collo femore pazienti over 65 anni vanno ritenute una pratica clinica prioritaria, sin dal momento della presa in carico in Pronto Soccorso del paziente over 65 anni fino all'effettivo espletamento dell'intervento chirurgico previsto come da vincoli di appropriatezza definiti dall'AGENAS entro 48 ore, ad eccezione dei casi con gravi patologie concomitanti che rendano non eseguibile l'intervento se non dopo opportuna stabilizzazione clinica. Quanto stabilito dal Decreto in oggetto, è vincolante ai fini dell'appropriatezza assistenziale e pertanto verrà considerato tra gli indicatori di performance ospedaliera per la corretta attribuzione del budget.

Fase percorso	Indicatore	Standard	Obiettivo (raggiunto/ scostamento)
Pronto Soccorso (n. pazienti con sospetto frattura collo femore)	n. pazienti inviati all'U.O.C. di Ortopedia e/o trasferiti < 6 h	≥95% pz eleggibili	(%)(relazionare in caso di scostamento negativo rispetto allo standard)
Pre-Intervento (U.O.C. Ortopedia)	n. pazienti ricoverati in U.O.C. di Ortopedia che si operano entro 24 h	50% a 12 mesi e 60% entro 18 mesi pz eleggibili	(%)(relazionare in caso di scostamento negativo rispetto allo standard)
Trasferimento Pre- Intervento (U.O.C. Ortopedia) Solo Ospedali sede di Pronto Soccorso	n. pazienti non ricoverati in U.O.C. di Ortopedia e trasferiti ad altro PPOO aziendale non sede di Pronto Soccorso con UOC di Ortopedia	50% a 12 mesi e 60% entro 18 mesi pz stabilizzati e trasferibili	(%)(relazionare in caso di scostamento negativo rispetto allo standard)
Trasferimento Pre- Intervento (U.O.C. Ortopedia) Solo Ospedali non sede di Pronto Soccorso	n. pazienti ricoverati in U.O.C. di Ortopedia accettati da altro PPOO aziendale sede di Pronto Soccorso con UOC di Ortopedia	50% a 12 mesi e 60% entro 18 mesi pz accettati ed operati	(%)(relazionare in caso di scostamento negativo rispetto allo standard)
Intervento	Garanzia Disponibilità sala operatoria Dedicata/Urgenza ed eventuale sospensione di sedute già iniziate (vedi disp)	≥95% garanzia disponibilità sala operatoria	(%)(relazionare in caso di scostamento negativo rispetto allo standard)
Post intervento	Degenza media post- operatoria	Degenza media post operatoria pz eleggibili/ Degenza media post operatoria pz non eleggibili < 1	(%)(relazionare in caso di scostamento negativo rispetto allo standard)

PDTA EVOLUZIONE DA OTTIMIZZAZIONE CONTESTUALIZZATA DELL'ASSISTENZA, A STRUMENTO DI "PRESSIONE SOCIALE" PER LE ASSOCIAZIONI DI PAZIENTI CON LE ISTITUZIONI SANITARIE: ESPERIENZA DI UN POLICLINICO UNIVERSITARIO

Amalia Allocca*, Emilio Scalise**

all'impegno condiviso.

* Direttore Sanitario Azienda Policlinico Umberto I Università Sapienza di Roma; ** Referente di Direzione Sanitaria per l'implementazione dei PDTA Azienda Policlinico Umberto I Università Sapienza di Roma

Introduzione. La prerogativa dei professionisti coinvolti nel condividere un percorso diagnostico terapeutico assistenziale non vuol dire perdere autonomia e flessibilità, bensì utilizzare uno strumento che supporti l'approccio multidisciplinare, nello svolgimento dei compiti assistenziali contestualizzandoli.

Il rischio riscontrato nella predisposizione di un PDTA è di formalizzare percorsi e collaborazioni "ideali" e/o "teorici" senza contestualizzare le professionalità presenti in termini di organico minimo o di disponibilità

Materiali e metodi. L'eventuale designazione di un coordinatore di PDTA, superata la gratificazione del riconoscimento dell'incarico, non deve risultare come strumento di "pretesa" come condicio sine qua non, in presenza di evidenti carenze risolvibili non a livello locale (Direzione strategica aziendale), ma di competenza superiore (organi sanitari regionali) come nel caso classico di carenza di organico minimo. In altre parole, identificare gli step assistenziali-multidisciplinari con al centro il paziente, deve chiamare i professionisti presenti in ospedale, ad una strategia assistenziale condivisa e visibile all'interno ed all'esterno, per l'attuazione fattiva del rapporto ospedale-territorio, e non sancire formalizzandolo un "percorso" con elencate eventuali necessità, in termini di carenze da risolvere come premessa all'attuazione. Se un ospedale di piccole, medie dimensioni, può per ovvie ragioni avere la possibilità di non predisporre PDTA per mancanza di competenza specialistica, il problema si pone negli ospedali di grandi dimensioni (specialmente se policlinici universitari) dove la competenza è requisito di offerta assistenziale d'eccellenza.

Conclusioni. La tendenza di valutare le performance ospedaliere di offerta assistenziale, in base ai PDTA formalizzati ed attivi, sarà sempre più uno strumento di governance della qualità ed appropriatezza delle cure, anche in rapporto ai professionisti specialisti in organico.

Linee assistenziali per singola patologia o ambito specialistico, sarà sempre più difficile identificarle in ambito ospedaliero, in base solo all'esistenza di strutture organizzative semplici/complesse tradizionali, in assenza di PDTA specifici.

Ruolo diverso avranno in termini di pressione sociale, le associazioni di pazienti onlus/no profit che dagli anni 80 nella realtà ospedaliera, hanno conquistato ruoli diversi di fattiva collaborazione, non solo in ambito volontaristico di supporto alle attività di reparto di degenza o ambulatoriali, ma in moltissimi casi, di offerta economica all'attuazione di progetti assistenziali o di ricerca, con l'erogazione di contributi definiti attualmente "liberali", permettendo anche l'assunzione temporanea di personale in carenza d'organico.

Risultati. È diventata ormai prassi condivisa, inserire nella formalizzazione dei PDTA le Associazioni partner, che collaborano fattivamente a vario titolo, nelle diverse fasi di intervento multidisciplinare e multiprofessionale, nella presa in carico del paziente.

L'opportunità è di far condividere il privato sociale, non solo l'onere assistenziale ma anche il rapporto tra pari con i professionisti coinvolti, nell'ambito del miglioramento continuo nell'organizzazione dei percorsi. Questo non solo in ambito ospedale-territorio, ma specialmente nei rapporti privilegiati che è doveroso rispettare tra le associazioni di pazienti ed i rappresentanti istituzionali in ambito sanitario a livello regionale o politico governativo. Quando un PDTA attivo per una linea assistenziale specifica, presenta delle criticità da risolvere che possono ridurre i requisiti minimi assistenziali, ed il problema da risolvere viene posto dalle Associazioni di pazienti all'attenzione degli organi sanitari preposti, come voce terza tra i professionisti coinvolti e la Direzione strategica locale, diventa difficile per chi si occupa di programmazione sanitaria regionale e/o nazionale disattendere eventuali aspettative. Perché il quel

caso, non sarebbe rappresentato un interesse di parte dei singoli professionisti anche tramite il primario che li rappresenta, o della Direzione strategica ospedaliera, ma gli interessi assistenziali di tutti i pazienti rappresentati dall'associazione di riferimento.

Non assicurare i requisiti minimi assistenziali di un PDTA, da parte degli organi sanitari istituzionali preposti in caso di sopraggiunta carenza, può essere giustificato soltanto se è intenzione strategica non assicurare l'intera linea assistenziale, per quella realtà ospedaliera e per il territorio di riferimento.

A quel punto, diventa inevitabile per una razionale programmazione di offerta assistenziale, ridistribuire i professionisti impegnati in un PDTA senza requisiti minimi, ad altre attività interne o esterne in termini di luogo e competenze richieste (mobilità intra/extra ospedaliera).

La vita prestazionale di una struttura assistenziale ospedaliera sarà sempre di più legata al numero di PDTA in essere, nel rispetto dei requisiti minimi richiesti e della capacità di monitorarli per il mantenimento a regime in termini di qualità ed efficienza dell'organico di professionisti ad esso dedicato.

INTEGRAZIONE TRA MANAGEMENT E GOVERNO CLINICO: STRATEGIA AZIENDALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Silvestri N., Bernardo A., Diana M.V., Raiola E., Alfano R., Germano A., Onza C., Ferraro G.

* Direttore Sanitario Aziendale, Azienda Ospedaliera dei Colli; ** Staff Direzione Sanitaria Aziendale, Azienda Ospedaliera dei Colli; *** Medici in formazione, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Parole chiave: tempi di attesa, preospedalizzazione, degenza pre-operatoria.

Introduzione. I lunghi tempi di attesa costituiscono uno dei maggiori problemi dei sistemi sanitari pubblici in quanto frequentemente testimoniano l'incapacità di garantire ai cittadini accettabili condizioni di accessibilità ai servizi. L'approccio corretto per la risoluzione di tale problematica è rappresentato dall'applicazione degli strumenti fondamentali del governo clinico al fine di gestire l'offerta garantendo sia l'appropriatezza clinico-organizzativa delle prestazioni erogate agli utenti che la corretta gestione economico-finanziaria dell'Azienda.

Il presente lavoro descrive la metodologia adottata presso l'Azienda Ospedaliera dei Colli nel triennio 2011-2013 finalizzata al contenimento dei tempi di attesa per i ricoveri ordinari chirurgici.

Materiali e metodi. La metodologia adottata per ridurre i tempi di attesa dei ricoveri ordinari chirurgici ha previsto quattro fasi:

- analisi dei tempi di attesa per singola Unità Operativa chirurgica;
- individuazione delle liste in cui venivano superati i tempi massimi di attesa previsti dalla normativa vigente:
- analisi dei percorsi clinico-organizzativi ed individuazione delle eventuali criticità presenti;
- definizione, attuazione e monitoraggio dei relativi interventi correttivi.
- L'analisi effettuata ha evidenziato nella quasi totalità dei casi un indice di rotazione inferiore alla media nazionale. Tale fenomeno risultava strettamente correlato ad una degenza pre-operatoria eccessiva causata dallo scarso ricorso all'attività di preospedalizzazione. Pertanto, la Direzione Sanitaria Aziendale ha provveduto a definire un percorso aziendale di preospedalizzazione e ad inserirne l'applicazione tra gli obiettivi di budget delle Unità Operative chirurgiche.

Risultati. Le azioni intraprese hanno determinato, nel periodo considerato, una riduzione del 15% dei tempi di attesa dei ricoveri ordinari chirurgici ed una diminuzione di quasi il 19% della degenza media pre-operatoria. E' stato, inoltre, registrato un incremento significativo sia del numero complessivo di ricoveri ordinari chirurgici dell'Azienda (17,26%) sia della percentuale di dimessi con DRG chirurgico sui dimessi ordinari totali (11,79%), ed un incremento del 3,40% del peso medio dei DRG chirurgici prodotti. L'aumento del numero e della complessità dei ricoveri chirurgici ha determinato un notevole incremento (35,7%) dei ricavi per i DRG prodotti (tabella 1).

Tabella 1 - Azienda Ospedaliera "Ospedali dei Colli" - Trend 2011-2013 dei ricoveri ordinari chirurgici

Anno	Dimessi chirurgici	% Dimessi chirurgici sui dimessi totali	Degenza media pre-operatoria	Degenza media post-operatoria	Peso medio	Rimborso
2011	7.626	37,84%	3,74	4,57	2,06	€ 51.247.447
2013	8.942	42,30%	3,04	4,64	2,13	€ 69.543.954
Trend	17,26%	11,79%	-18,72%	1,53%	3,40%	35,70%

LINEE GUIDA PER LA PROGETTAZIONE DI STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO. ANMDO PUGLIA

C. Sponzilli¹, G. Villone², F. Rana³, G. Calabrese⁴, A. Papagni⁵, D. Semeraro⁶, G. Federico⁶, A. Battista²

¹ Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva; ² Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" Foggia; ³ Medico specialista in Igiene e Sicurezza del Iavoro; ⁴ Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio Policlinico di Bari; ⁵ Direttore Sanitario Istituto di riabilitazione Sant'Agostino Noicattaro; ⁶ Ingegnere edile; ⁷ Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" Foggia

Il Pronto Soccorso è il "gestore e regolatore" del processo di accoglienza ed inquadramento clinico dei pazienti.

È da qui, infatti che originano i percorsi assistenziali che devono essere sempre più appropriati per ridurre l'over-crowding e ottimizzare la funzione di filtro.

Si rende quindi necessaria una ridefinizione delle modalità organizzative del Pronto Soccorso che non può prescindere da un nuovo assetto delle caratteristiche strutturali.

A tal proposito vengono presentate Linee guida da applicarsi alla progettazione di nuove strutture di Pronto Soccorso o alla ristrutturazione di strutture già esistenti.

Il nuovo modello organizzativo è il Nucleo Assistenziale Avanzato costituito da un medico e due infermieri. Il completamento dell'attività di Triage con l'attività di prima assistenza costituisce l'essenziale innovazione del nucleo assistenziale avanzato; infatti, contestualmente all'attribuzione del codice di priorità il team effettua i primi esami laboratoristici e strumentali e le prime cure necessarie alla stabilizzazione clinica o al trattamento del dolore, in attesa della presa in carico dall'area assistenziale di pertinenza per il proseguimento delle procedure diagnostico-terapeutiche.

Il Pronto Soccorso deve essere ubicato preferibilmente al piano terra, senza dislivelli, con accesso carrabile agevole e breve rispetto al contesto urbanistico.

L'ubicazione ottimale del Pronto Soccorso rispetto all'ospedale deve essere baricentrica rispetto ai servizi di Radiodiagnostica, Laboratorio Analisi, Servizio Trasfusionale, in agevole collegamento con il reparto di Medicina, la Rianimazione, il Blocco operatorio.

L'ampiezza del Pronto Soccorso dovrà essere definita per ogni singola struttura sanitaria in relazione alla tipologia, alla complessità, al volume delle prestazioni da erogare, tenuto conto della variabilità del numero di accessi e dei picchi di attività legati alle stagioni, ai giorni della settimana, alle fasce orarie.

La Struttura di Pronto Soccorso può essere scomposta in distinte aree funzionali a loro volta articolate in locali di attività come riportato nella tabella sottostante.

La delimitazione tra le suddette aree non deve essere considerata in maniera rigida ma con diffuse zone di interfaccia.

AREA DI ACCESSO	AREA DI DIAGNOSI	AREA	AREA DEI SERVIZI
E ATTESA	E TRATTAMENTO	DI OSSERVAZIONE	DI SUPPORTO
Accesso carrabile Accesso pedonale Zona attesa pre triage Zona accettazione ricoveri programmati	Zona triage Zone attesa post triage deambulanti e barellati Locale di decontaminazione Area assistenziale codici bianchi Area assistenziale codici gialli e codici verdi Radiologia Attesa assistita Area assistenziale per la gestione delle emergenze ("Shock room")	Osservazione breve intensiva Locale per isolamento infettivi Area ad alta intensità assistenziale Locale emergenze psichiatriche	Area di lavoro del personale Locale lavoro infermieri Locale caposala Locale riposo personale Posto di Polizia e correlati sistemi di sicurezza Locale assistente sociale Area dei servizi annessi Zona sosta salme Depositi e archivi

Per quanto riguarda i requisiti impiantisti e le dotazioni tecnologiche vanno rispettati, oltre alla normativa nazionale, i criteri di accreditamento previsti da ciascuna regione.

UMANIZZAZIONE ED ACCOGLIENZA: L'ESPERIENZA DEL P.O. GUBBIO GUALDO TADINO

Tedesco T1, Buonora N2, Micheletti A3, Donti N4, Pacchiarini D5

¹ Direttore Medico P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ² Medico in formaz. Direzione Medica P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ³ Psicologa Distretto Alto Chiascio; ⁴ UO Sviluppo Qualità e Comunicazione USLUMBRIA 1; ⁵ Direttore Sanitario USLUMBRIA 1

Parole chiave: umanizzazione, qualità percepita, semplificazione del percorso assistenziale

Introduzione. Considerando l'Accoglienza il momento strategico del percorso assistenziale che consente di creare le basi per il rapporto di fiducia fra operatore e utente, la direzione medica del PO di Gubbio Gualdo Tadino ha attivato il Progetto Accoglienza in ospedale, progetto pilota dell'Azienda USL Umbria 1, volto a migliorare la qualità percepita e la semplificazione dei percorsi assistenziali. Gli Obiettivi sono:

- Migliorare l'ascolto ed il riconoscimento dei bisogni dei 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 anche i volontari "facilitatori" dei percorsi assistenziali

Metodi. Il progetto prevede la costituzione di focus group, formati da operatori e referenti delle Associazioni per:

- la definizione e condivisione di una procedura di Accoglienza e Presa in carico per ogni UO/Servizio
- l'individuazione per ogni UO/Servizio di un Responsabile dell'Accoglienza, operatore
- che garantisca l'applicazione della procedura
- l'istituzione di una rete di Facilitatori dell'Accoglienza, operatori e volontari che svolgono attività di ascolto, orientamento del paziente all'interno delle strutture, informazione su servizi e percorsi di cura
- la creazione di punti di ascolto ed informazione

Risultati. È stato attivato un corso di formazione che prevede una parte teorica, per l'approfondimento dei principi dell'umanizzazione in ospedale, ed una parte di esercitazioni pratiche volte all'individuazione dei punti di forza e criticità delle singole UO nella fase di Accoglienza del paziente ed alla formulazione della procedura.

Sulla base di questo lavoro di partecipazione e condivisione:

- gli operatori della UO di Senologia insieme alle volontarie dell'Associazione Eugubina per la Lotta contro il Cancro hanno redatto la Procedura per l'Accoglienza nella UO di Senologia ed implementato le attività del Punto di Ascolto ed Informazione Fiore di Loto. Quest'ultimo, svolge attività di accoglienza e ascolto delle richieste telefoniche e dei bisogni emotivi delle donne con tumore al seno, garantendo informazione e sostegno ai familiari;
- i volontari dell'Associazione Diabetici Eugubini, in collaborazione con il Servizio Diabetologia, hanno realizzato il front-office punto di ascolto-diabetologia. Il Punto di Ascolto, in continuità con le indicazioni del Piano sulla malattia diabetica, che valorizza le Associazioni come partner per lo sviluppo di programmi e attività di informazione/educazione dei pazienti e dei caregiver, svolge attività di: front-office, gestione della sala d'attesa, accoglienza delle richieste telefoniche, informazione relativa alla malattia, all'assistenza, ai diritti del Diabetico, all'organizzazione del percorso assistenziale.

Conclusioni. L'accoglienza è uno dei più importanti indicatori di qualità percepita. Per questo è strategico coinvolgere gli operatori, anche attraverso una specifica formazione fortemente interattiva, per la costruzione di procedure standardizzate d'Accoglienza condivise con le Associazioni di volontariato dei pazienti. Integrare le Associazioni come interlocutori stabili nella fase dell'Accoglienza attraverso la creazione di Punti di Ascolto e Informazione può fornire un ulteriore contributo all'umanizzazione dell'organizzazione. La sinergia così realizzata rappresenta uno strumento efficace per il miglioramento della relazione operatore sanitario-utente.

LA REVISIONE SECONDO I PRINCÌPI DEL LEAN THINKING DEL PERCORSO DI FARMACI E DOCUMENTAZIONE NELLE AREE DI DEGENZA

Turello D.

Lean Project Manager, Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Sant'Antonio di San Daniele del Friuli

Parole chiave: lean thinking, processo, milk-run.

Introduzione. In ambito internazionale sono numerose le esperienze di applicazione dei principi e metodi lean in ambito sanitario con eccellenti risultati rispetto a eliminazione degli sprechi presenti nei processi e miglioramento degli outcome per il paziente.

L'applicazione dei principi del lean in sanità genera:

- un'organizzazione dei servizi centrata sul paziente e sul processo assistenziale;
- una maggiore qualità delle cure e una maggiore sicurezza per il paziente;
- un aumento della produttività, a parità di risorse impegnate;
- un setting operativo migliore con standard work ben definiti, la chiave per un miglioramento continuo. Avvicinare al paziente ciò che è necessario alla sua gestione (farmaci, materiali, documentazione, ecc) permette di eliminare importanti sprechi, quali:
- movimenti inutili:
- attese:
- difetti nei processi;
- scorte.

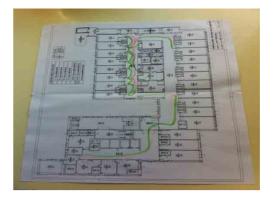
Materiali e metodi. Per il presente studio sono state utilizzate le seguenti tecniche lean:

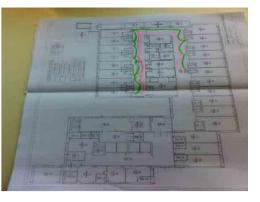
- VA/NVA analysis;
- milk-run:
- kanban system;
- e i seguenti strumenti:
- VA/NVA chart:
- kanban/supermarket;
- milk-run tools:
- spaghetti chart.

Il team ha strutturato il seguente pano di azione in ottica 5W2H:

- elenco e misurazione delle fasi "a valore/non a valore" (VA/NVA) per il paziente:
- realizzazione di un prototipo di contenitore della documentazione, dei materiali e dei farmaci da collocare in prossimità del letto del malato;
- standardizzazione di una procedura per il rifornimento del contenitore con ciò che è necessario per la cura e l'assistenza del paziente (milk-run);
- presentazione e condivisione del progetto con gli operatori presenti in reparto;
- sperimentazione del nuovo modello di lavoro:
- verifica dei risultati e del gradimento del nuovo modello operativi.

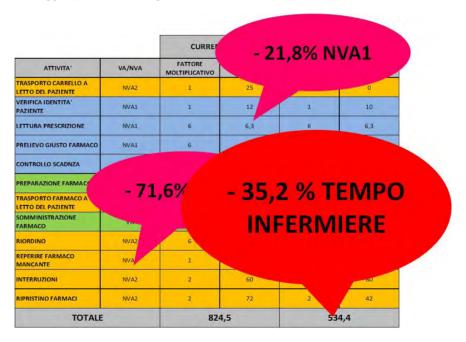
Risultati. Come è rappresentano nella spaghetti chart, i risultati della sperimentazione dimostrano una sensibile riduzione degli spostamenti dell'operatore.





Per guanto riguarda i tempi operativi, è stata misurata:

- una diminuzione del 21.8% del tempo impiegato dall'operatore per svolgere le NVA non evitabili;
- una diminuzione del 71.6% del tempo impiegato dall'operatore per svolgere la NVA evitabili;
- in totale una diminuzione del 35,2% del tempo impiegato dall'operatore per svolgere la stessa attività di assistenza;
- un forte gradimento da parte degli operatori coinvolti nella sperimentazione, grazie alla diminuzione del tempo impiegato a spostamenti inutili per reperire materiali, farmaci e documenti, a favore di una maggior presenza nei luoghi di cura.



La sperimentazione, pertanto, ha dimostrato che il modello organizzativo testato permette un aumento della produttività, a parità di risorse impegnate in un setting operativo migliore.

ACCESSO PERSONALE ESTERNO ALLE SALE OPERATORIE F ALLE SALE FMODINAMICHE

Varone O.\$, Ciraolo F.*, Guarducci S.°, Barbieri A.°, Adamo C.°

- § Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze;
- * Medico Responsabile Direzione Sanitaria Ospedale S.M.Annunziata ASL 10 Firenze;
- ° Medico Direzione Sanitaria Ospedale S.M.Annunziata ASL 10 Firenze

Parole chiave: sale operatorie, specialist

Introduzione. La sicurezza dei pazienti è uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario si pone; contestualmente deve essere garantita la sicurezza di chi vi opera.

Il Reparto Operatorio(RO) comprende il blocco operatorio(BO) e altri locali di servizio.

L'accesso al BO è consentito all'équipe operatoria, al personale ausiliario e a figure non dedicate che vi accedono a vario titolo ed estemporaneamente.

Tra questi, in qualità di personale estraneo al rapporto di dipendenza con l'azienda si annoverano gli specialist, ovvero personale inviato dalle aziende fornitrici di prodotti (protesici, strumentali) a supporto degli operatori sanitari durante l'intervento chirurgico; prestano cioè assistenza "tecnica specialistica".

Materiali e metodi. Possono accedere al BO gli specialist che a seguito di dichiarazione dell'azienda sono titolati dal punto di vista professionale e in possesso di polizza infortuni e responsabilità civile (art. 26 del D.Lgs 81/2008), nonché a conoscenza del documento unico della valutazione dei rischi (DUVRI) dell'Azienda Ospedaliera nella quale prestano la propria attività lavorativa.

La presenza dello specialist in SO deve essere tassativamente richiesta dal chirurgo e subordinata all'autorizzazione della Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero.

Lo specialist in ambiente ospedaliero può fornire parere tecnico e informazioni, presenti nel manuale e/o nelle istruzioni, sull'utilizzo corretto e sicuro dei dispositivi tecnici nonchè impostare le funzioni dei dispositivi seguendo le istruzioni impartite dal medico e sotto la sua supervisione; non può fare diagnosi, partecipare attivamente e direttamente alla procedura medica, in nessun caso deve toccare il paziente, scrivere sulla cartella clinica, programmare/riprogrammare un dispositivo senza la supervisione diretta del medico. Lo specialist risulta professionalmente esposto a tutti i fattori di rischio comunemente presenti nelle realtà ospedaliere e nelle sale operatorie; in particolare deve riguardarsi dall'esposizione ad agenti chimici, biologici, a radiazioni, e richiedere e indossare tutti i dispositivi di protezione individuale forniti dall'Azienda Ospedaliera prima di iniziare la propria attività di assistenza in sala operatoria.

Presso il Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata (Firenze) l'accesso all'interno del BO di personale estraneo al rapporto di dipendenza con l'Azienda è subordinato a specifica autorizzazione presentata alla Direzione Sanitaria di Presidio dal Direttore di struttura. Nella richiesta devono essere specificate le motivazioni tecnico-professionali che rendono indispensabile la presenza in sala di tale personale; generalmente è prevista un'autorizzazione per singolo intervento o per tipologie omogenee accomunate dalla stessa motivazione e sempre per un determinato intervallo temporale. È compito del Direttore di struttura informare il personale esterno sui rischi e sulle relative misure di protezione (ai sensi del D.Lgs.81 /2008) e la vigilanza sull'osservanza delle disposizioni al riguardo impartite.

Risultati. La sala operatoria rappresenta uno degli ambienti a più alto rischio di infezioni,data la complessità intrinseca che la contraddistingue. In ragion del fatto che molte discipline chirurgiche nello svolgere la loro attività di SO si avvalgono della collaborazione, occasionale o ripetuta, di personale estraneo al rapporto di dipendenza con l'azienda si rende necessario regolamentare, controllare e limitare l'accesso all'intero BO alle sole figure autorizzate. Il supporto dello Specialist non deve in alcun caso tramutarsi in pratica clinica e assistenza medica che sono responsabilità proprie ed esclusive della professione medica; ciò rappresenterebbe un illecito di natura penale.

L'accesso alle SO è consentito solo quando è richiesta esplicitamente la loro presenza e devono permanervi il tempo strettamente necessario per lo svolgimento delle funzioni tecniche richieste.

NON CADIAMO DALLE NUVOLE: HENDRICH II FALL RISCK MODEL NEL IRCCS POLICLINICO SAN DONATO (PSD)

Villa V*, Cuppone M.T.*, Cristiano M°, Tissino T.°, D'Acquisto A.*, Ramondetti F.*, Gallo G.§, Fiorini T.°, Carpinelli L.*

* Medici Direzione Sanitaria IRCCS Policlinico San Donato; ° Infermieri SITRA IRCCS Policlinico San Donato;

Parole chiave: risk management, cadute, "Hendrich II Fall Risk Model"

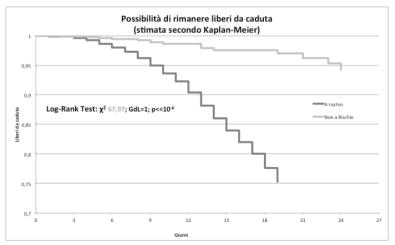
Introduzione. Le cadute dei degenti e i danni conseguenti impattano in modo significativo sugli outcome ospedalieri, sull'indipendenza funzionale del paziente e sulla spesa sanitaria, soprattutto all'interno delle fasce di popolazione più anziane e fragili. Anche per questo si rende utile la ricerca e la validazione di strumenti che possano stratificare il rischio permettendo l'implementazione di strategie mirate al contenimento delle cadute.

Obiettivo di questo studio è confermare la validità predittiva del "Hendrich II Fall Risk Model adattato" già testata durante lo studio pilota (Se 69%, Sp 73%, RR 7.1, IC95% 2,3-22)

Materiali e metodi. Lo studio prospettico è stato condotto dalla Direzione Sanitaria dell'ospedale in collaborazione con il SITRA del IRCCS Policlinico San Donato (PSD) in tutti i reparti di degenza ordinaria. Per ogni paziente è stata compilata la scheda di valutazione del rischio caduta (HIIFRM adattato*) all'inizio della degenza. Il periodo in esame va dal 24 Febbraio 2014 all'15 Agosto 2014.

I pazienti sono stati classificati in base allo score derivante dalla HIIFRM e divisi come a rischio e non a rischio in base al cut-off della scala (score 5). La probabilità di rimanere liberi da caduta nel tempo è stata stimata in entrambi i gruppi con il metodo di Kaplan-Meier e il Log-rank test ad un grado di libertà è stato utilizzato per confrontare le due curve.

Risultati. Lo studio ha arruolato 3800 pazienti (50% dei pazienti ricoverati nel periodo e nelle unità operative in studio); la scheda di valutazione è stata compilata nel 94% dei casi il giorno dell'ingresso. 623 pazienti sono stati valutati a rischio caduta (16.4%), 45 dei quali sono caduti durante il periodo d'osservazione (7.2%); tra i pazienti valutati non a rischio 24 (0,08%) sono caduti. La differenza di probabilità di rimanere liberi da caduta nel tempo nei due gruppi e statisticamente significativa (Log-rank test: χ2 67,97; GdL 1; p <<10-6) Il rischio relativo di caduta per i pazienti a rischio è 9,6; l'intervallo di confidenza al 95% del RR è: 5,8-15.



^{*} Durante lo studio pilota è stato aggiunto l'item UTILIZZO di ANTIPERTENSIVI

[§] Responsabile Sistema di Gestione per la Qualità IRCCS Policlinico San Donato

TERZA INDAGINE DI PREVALENZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA PRESSO LA CASA DI CURA "SANTA MARIA" DI BARI

D.S. Villani °, R. Guerra°°, P. Marcianò°, L. Cappelli°, S. Mudoni°°, C. Germinario°°°

° Casa di Cura Santa Maria S.p.A; °° Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università degli Studi di Bari; °°° Osservatorio epidemiologico Regione Puglia

Introduzione. La prevalenza e l'incidenza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) in un setting definito (ospedale, cure domiciliari ecc) rappresentano uno dei principali indicatori della qualità del servizio offerto ai pazienti, in quanto le ICA costituiscono un'importante causa di morbosità, mortalità e costi prevenibili per il Sistema Sanitario.

La sorveglianza delle ICA è una delle azioni chiave per il controllo del rischio infettivo. Uno dei possibili approcci per la sorveglianza epidemiologica è rappresentato dallo studio di prevalenza che ogni anno la Direzione Sanitaria pone in essere in collaborazione con l'OER Puglia.

Contenuti. Obiettivi dello studio sono quelli di stimare la prevalenza di infezioni correlate all'assistenza e descrivere i principali agenti eziologici responsabili di infezioni nosocomiali.

La rilevazione è stata effettuata tra il 30 giugno e l'8 luglio 2014, utilizzando la tecnica del one-day study Sono stati considerati eligibili alla rilevazione i pazienti che risultavano, nel giorno dell'indagine, ricoverati in regime ordinario da almeno 24 ore, ad eccezione dei pazienti in dimissione.

Per ciascun paziente è stata compilata, una scheda raccolta dati, attraverso la consultazione della documentazione clinica disponibile e con la collaborazione di un medico di reparto e della caposala.

Per la diagnosi di ICA sono state utilizzate le definizioni di caso del CDC; i dati raccolti, inseriti in un database Filemaker Pro e analizzati con il software Epi Info 3.5.

Sono stati arruolati, su un totale di 100 degenti, 69 pazienti (69%), di questi il 50,7% di sesso maschile. L'età media è risultata pari a 63,1 anni (range:1 giorno - 86 anni) e l'età mediana di 67,5 anni; la fascia d'età più rappresentata era quella degli over-sessantacinquenni.

Al momento dell'indagine il 65,2% dei pazienti (45) portava uno o più cateteri (urinario, intravasale o intravasale periferico).

Il 62,3% dei pazienti presentava almeno un fattore di rischio, principalmente legato a procedure di emodinamica. La stessa percentuale presentava al momento dell'indagine una ferita chirurgica, nel 53,5% dei casi di tipo pulita.

Al momento dell'indagine il 43,5% dei pazienti era sottoposto a terapia antibiotica. Gli antibiotici più utilizzati sono state le cefalosporine e la maggiore frequenza di pazienti in antibioticoterapia è stata riscontrata nei reparti di Terapia Intensiva e di Chirurgia Generale.

Sono state rilevate 6 infezioni di cui 4 a eziologia nosocomiale (3 nella rianimazione) con una prevalenza dl 5,8%. Gli esami culturali eseguiti sono stati corrispondenti al numero di infezioni riscontrate. Tre infezioni erano localizzate a livello di una ferita chirurgica. Per queste infezioni, tutti i pazienti erano in terapia antibiotica dopo antibiogramma.

Conclusioni. Per migliorare la capacità di prevenzione e controllo delle ICA è importante conoscere il fenomeno generale e le sue componenti più rilevanti. È importante promuovere una cultura della sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori sanitari, mentre la ripetizione annuale dell'esperienza serve a pianificare e valutare le attività di controllo delle ICA. Sebbene i dati raccolti risultino essere in linea con le medie nazionali e della regione Puglia, è importante intraprendere azioni atte ad abbassare la prevalenza delle infezioni all'interno dei reparti dell'ospedale.

EFFICACIA DEL PROGRAMMA DIMISSIONE PROTETTA E DIFFICILE (DI.PRO.DI.) NELLA CURA DEI PAZIENTI AFFETTI DA SCOMPENSO CARDIACO

L. Vittorioso*, S. Verde**, C. Casaburi**, A. De Martino*, A. Villani**, G. Volpe****, F.Schiraldi***

* Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. San Paolo ASL Na 1 Centro; ** Dirigente Medico UOC Medicina
d'Urgenza e PS del P.O. San Paolo ASL Na 1 Centro; *** Direttore UOC Medicina d'Urgenza e PS del P.O. San
Paolo ASL Na 1 Centro; **** Direttore Dipartimento Assistenza Primaria e Continuità delle Cure ASL Na 1 Centro

Parole chiave: dimissione protetta e difficile, scompenso cardiaco, qualità delle cure

Introduzione. La sproporzione tra domande di ricovero e disponibilità di posti-letto obbliga ad ottimizzare i tempi di ricovero, favorendo una dimissibilità precoce dei pazienti, anche se non del tutto stabilizzati, con modalità "protetta". Dal 2004 il PO San Paolo ASL NA1 Centro, ha attivato un servizio di assistenza domiciliare: Dimissione Protetta e Difficile (Di.Pro.Di.). Il territorio su cui si attiva il nostro servizio ha una estensione di 30,72 km² con una popolazione di 211.015 utenti di cui il 20.57% ha un'età superiore ai 65 anni. Al fine di rivalutare l'efficacia del progetto sono stati analizzati l'Indice di Mortalità e l'Indice di Re-ospedalizzazione in un gruppo di pazienti (pz) affetti da Scompenso cardiaco (SC) a 1-2-3 mesi dalla dimissione.

Materiali e metodi. I soggetti sono stati divisi in 3 gruppi:

- Gruppo controllo (CG) Sono stati selezionati 36 pz, sovrapponibili per caratteristiche cliniche, non coinvolti nel programma Di.Pro.Di. e ricoverati presso il PO S. Paolo, da maggio 2012 al maggio 2013. L'età media dei pz era di 79,5 (± 9,55). Abbiamo calcolato il numero di re-ospedalizzazioni e il numero totale dei giorni trascorsi in ospedale, nei primi tre mesi dopo il primo ricovero. Dall'analisi condotta abbiamo rilevato un totale di 22 re-ospedalizzazioni (61% dei pazienti), con una media di 0.94 re-ospedalizzazioni per pz. Abbiamo misurato, inoltre, un massimo di tre ricoveri in ospedale per un pz. Le giornate totali di degenza sono state 468 per il CG, con una media di 11,0 ± 6,67 giorni per ogni pz.
- Gruppo trattato prima del reclutamento nel programma Da febbraio 2011 al febbraio 2012, 32 pz sono stati ricoverati con una diagnosi di SC. Per 12 di loro abbiamo misurato retrospettivamente i ricoveri, le re-ospedalizzazioni, il soggiorno ospedaliero, durante l'anno prima di essere reclutati nel programma di Di.Pro.Di. Dai nostri dati risulta che 10 dei 12 pz sono stati nuovamente ricoverati più di una volta, per un totale di 11 re-ammissioni (83,3% dei pz), con una media di 1,83 re-ospedalizzazioni per pz. Abbiamo misurato un massimo di quattro ricoveri ospedalieri per un pz. Nell'anno precedente il reclutamento, le giornate di degenza totali sono state di 138 giorni, con una media di 11,5 ± 7,3 giorni per ogni pz.
- Gruppo trattato, dopo il programma Abbiamo misurato, per lo stesso gruppo nei tre mesi dopo l'iscrizione nel programma, 8 re-ospedalizzazioni (25% dei pazienti); le giornate di degenza totali sono state di 34, con una media di 1,06 ± 2,05 giorni per ogni pz.

Risultati. Da questo studio preliminare si evince che la Di.Pro.Di. riduce in maniera significativa sia le reospedalizzazioni che il tempo di soggiorno in ospedale. Inoltre, l'educazione del paziente e dei familiari reclutati incidono favorevolmente sull'aderenza alla terapia e lo stile di vita anche nel lungo tempo.

Tab. 1 - Rischio di re-ospedelizzazione

	Totale	si	no	%
CG	36	22	14	61.11%
TG prima DpD	12	10	2	83.33%
TG dopo DpD	32	8	24	25.00%

Tab. 2 – Giornate di degenza a tre mesi dopo il primo ricovero

	Pazienti	Giornate medie di degenza
CG	36	11.00±6.67
TG prima DpD	12	11.05±7.23
TG dopo DpD	32	1.06±2.05

LA GRANDE FATICA PER RAGGIUNGERE IL GIUSTO LIVELLO ASSISTENZIALE!

Vozzella Emilia Anna*, Oto Savino**, Mario N. V. Ferrante***

* Responsabile UOID Igiene Ospedaliera ASL Avellino; ** Direttore Medico di Presidio;

Parole Chiave: day service. PACC

Introduzione. La Campania, che nel 2012 ha registrato un Tasso Occupazione (TO) per acuti di 194,4 per mille (di cui il 35,5% di DH) superiore allo standard programmato dal D.L. 95/2012, ha fissato, nell'Adequamento Programmi Operativi 2013/2015, il T.O. a 160 per mille di cui il 25% di DH.

Il problema vero della riduzione del T.O., prevista già prima del 2014, è che rendere operativa una nuova organizzazione sanitaria presso le aziende sanitarie non è facile: dal 2010 ad oggi solo l'ASL di Avellino è riuscita a rendere attivo il modello organizzativo del Day Service (D.S.).

Materiali e metodi. Nel 2010 sono state approvate le "Linee guida Aziendali per l'attivazione ed il corretto funzionamento del Day Service" e, contestualmente, è stata formalmente autorizzata l'attivazione di 9 Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) nei 4 Presidi Ospedalieri dell'ASL a far data dal 15 aprile 2010.

Attività espletate:

- implementazione sulla piattaforma applicativa aziendale A.A.-CUP-Ticket del modulo applicativo "agende PACC" per consentire la prenotazione delle prestazioni PACC caricate nell'offering aziendale e del modulo applicativo "cassa ticket" per consentire l'acquisizione dei riferimenti nosografici e delle prestazioni PACC previste dal contratto D.S., la stampa del voucher di dettaglio. Contestualmente è stata attivata la formazione degli operatori e la configurazione delle postazioni di lavoro;
- realizzazione del modulo integrativo web-based di registrazione/riscontro degli accessi alle singole
 prestazioni del PACC, collegato al modulo di cassa ticket, che consente all'operatore di confermare le
 singole prestazioni erogate nell'ambito del PACC e provvedere, al termine della fase di registrazione,
 alla sua formale chiusura, in modo da rendere il PACC rendicontabile per il File C;
- adeguamento del modulo estrattivo FILE C per recupero e controllo delle prestazioni PACC erogate in regime D. S.

Risultati. L'ASL AV, in qualità di azienda pilota, è stata deputata, al tavolo regionale ARSAN, per la verifica della corretta funzionalità della piattaforma ARSAN per l'elaborazione del file C pubblico per le prestazioni PACC erogate in regime di Day Service. L'attivazione di questa innovativa forma assistenziale ha determinato una drastica riduzione di tutti i ricoveri di DH Medico-Diagnostici già nel periodo a ridosso dell'attivazione (tabella 1 e 2).

Tabella 1 - Riduzione del numero dei ricoveri in regime di DH di tipo medico- diagnostico

DH di tipo medico- diagnostico	ANNO 2008	3° TRIM 2010	< in percentuale
P.O. Ariano Irpino	2071	160	< 31%
P.O. Bisaccia	708	0	< 90%
P.O. Sant'Angelo dei Lombardi	302	11	< 15%
totale	3081	171	<22%

Tabella 2 - Dati di attività dei P.P.O.O. della ASL AV riferiti al periodo anno 2011-2012-2013

TIPO E CODICE PACC	PRESIDIO OSPEDALIERO BISACCIA data inizio attività: 15 aprile 2010		OSPED ARIANO data inizi	SIDIO ALIERO IRPINO o attività: gio 2010	PRESIDIO OSPEDALIERO S.ANGELO DEI L. data inizio attività: 21 giugno 2010		
	Unità Erogante	Numero PACC	Unità Erogante	Numero PACC	Unità Erogante	Numero PACC	
PACC diagnostico ipertensione - primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria (P4011)	Medicina	118	Cardiolog Medicina Nefrolog.	402	Medicina Nefrologia	264	
PACC diagnostico ipertensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari (P4012)	Medicina	338	Cardiolog Medicina Nefrolog.	340	Medicina Nefrologia	180	
PACC diagnostico malattie della ghiandola tiroide (P241)	Medicina	59			Medicina	12	
PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo (P250)	Medicina	518	Medicina	14	Medicina	118	
PACC diagnostico asma (P4939)	Medicina	1	Medicina	1			
PACC diagnostico broncopatia cronica ostruttiva (P 4912)	Medicina	2	Medicina	10			
PACC diagnostico cirrosi ogni eziologia (P5715)			Gastroen Medicina	5			
PACC diagnostico epatite cronica ogni eziologia (P5714)			Gastroen Medicina	24			
PACC diagnostico menopausa (P627).			Ginecol	29			
TOTALE PACC Anno 2011 = 622		226		265		131	
Anno 2012 = 798		399		256		50	
Anno 2013 = 1057		453		304		175	
Totale n° di PACC erogati = 2477							

^{***} Direttore Sanitario Aziendale ASL Avellino