

ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

CONGRESSO
NAZIONALE
ANMDO
ANNUALE

**GESTIRE
IL FUTURO IN SANITÀ**

BOLOGNA 8-11 GIUGNO 2011

ABSTRACT CONTRIBUTI SCIENTIFICI

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

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

MODULO CON QUATERNARI E BIGUANIDE



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



MODULO CON CLOREXIDINA

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



MODULO CON CLORO IN PASTIGLIE

BIOSPOT[®] + TOC

Per lavaggio pavimenti
con frangia in microfibra
MONOKEM RICCIO



 Presidi Medico Chirurgici

Kemika SPA

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



CONTROLLA **3** VOLTE GARANTISCE **3** VOLTE

Il Nostro Servizio delle pulizie in Ospedale è
Controllato, Garantito e Accreditato



Via Macello 73, 39100 Bolzano
[T] +39 0471 / 307 611
[F] +39 0471 / 307 699
info@markas.it - www.markas.it

IMPEGNO E PASSIONE
PER UN MONDO FATTO DI PERSONE

PULITO. SICURO. EFFICIENTE.

360° OF PROTECTION®



Ecolab è in grado di assicurare una protezione a 360° della vostra attività, risolvendo qualsiasi tipo di problema connesso a pulizia e disinfezione.

Infatti, grazie a 20.000 persone in 160 paesi e 4.000 brevetti, possiamo offrire programmi di protezione personalizzati ed unici, basati su prodotti eccellenti e servizi innovativi.



Essi garantiscono ottimi risultati in termini di **pulizia** di cose ed ambienti, **sicurezza** di collaboratori e clienti, **efficienza** e gestione ottimale dei costi.

Il nostro obiettivo principale è quindi quello di aiutarvi nel soddisfare pienamente i vostri clienti e nel ridurre i vostri costi complessivi, indipendentemente dal settore in cui operate:



- ▲ Ristorazione
- ▲ Ospitalità
- ▲ Sanità
- ▲ Pubblico
- ▲ Retail
- ▲ Imprese di pulizia

Per qualsiasi informazione non esitate a contattarci:
assistenzaclienti.italy@ecolab.com

Ecolab Europe GmbH
Richtstr. 7
Switzerland

8304 Wallisellen

Italian Headquarters
Via Paracelso, 6 20041 Agrate Brianza (MI)
Italy Tel: +39 (0) 39 60501

ECOLAB®

37° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.

Bologna, 8-11 giugno 2011

ABSTRACT CONTRIBUTI SCIENTIFICI

**37° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere**

GESTIRE IL FUTURO IN SANITÀ

**Bologna
8/11 giugno 2011**



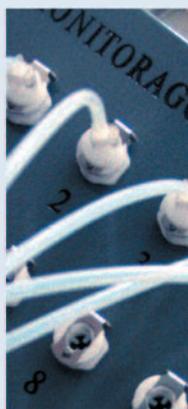
progettazione
• realizzazione
gestione
certificazione

 **STERIL** S.P.A.

Servizi Integrati per la Sanità

**IGIENE
OSPEDALIERA**

- IGIENE OSPEDALIERA
- TRATTAMENTO ACQUE ANTI - LEGIONELLA
- PROGETTAZIONE E GESTIONE CENTRALI DI STERILIZZAZIONE



IL RAGGIUNGIMENTO DI ELEVATI STANDARDS DI SICUREZZA E PREVENZIONE IN AMBITO LAVORATIVO RAPPRESENTA, DA SEMPRE, UNO DEI PRINCIPALI OBIETTIVI PERSEGUITI DALLA STERIL SPA, NEL TENTATIVO DI RIDURRE AL MINIMO IL COSIDDETTO "RISCHIO OCCUPAZIONALE".

STERIL È SPECIALIZZATA NELLA SOLUZIONE DI PROBLEMATICHE AMBIENTALI ED IN PARTICOLARE:

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



Sicurezza.
prevenzione

Viale Spagna, 6 - Z.I.
73010 Surbo (LECCE)
Ph. +39.0832.364536
Fax +39.0832.363450

www.sterilspa.it - info@sterilspa.it

37° Congresso Nazionale A.N.M.D.O.
Bologna

GESTIRE IL FUTURO IN SANITÀ

PRESIDENTE

G. Finzi

COMITATO SCIENTIFICO

U.L. Aparo
A. Appicciafuoco
S. Brusaferrò
V. Castaldo
G. Dal Pozzolo
A. De Stefano
C. Del Giudice
C. Di Falco
B. Falzea
K. Kob
R. Li Donni

F. Longanella
A. Marcolongo
A. Battista
G. Paladino
A. Pellicanò
G. Pelissero
S. Pili
U. Podner Komaromy
R. Predonzani
A. Rampa
G. Schirripa
D. Stalteri
M.A. Vantaggiato

COMITATO ORGANIZZATORE

P.M. Antonioli
E. Casadio
O. Nicastrò
G. Pieroni
P. Farruggia
G. Schirripa

E. Carlini
L. Marchesi
A. Perna
F. Raggi
S. Reggiani
M. Ungheri

SEGRETERIA SCIENTIFICA

U.L. Aparo
S. Brusaferrò
C. Catananti
C. Del Giudice

K. Kob
G. Pelissero
C. Ponzetti

INDICE

POSTER	5
COMUNICAZIONI	94
PROGETTI PREMIO AMBIENTE	142
PROGETTI DIRETTORE SANITARIO DEL 2025	150

37° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

POSTER

L'IMPATTO ORGANIZZATIVO DELLA PANDEMIA INFLUENZALE IN UN'AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI RIFERIMENTO REGIONALE E COMPONENTE DELLA RETE NAZIONALE ECMO (EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION)

M.C. Azzolina*, I.M. Raciti*, C. Silvestre*, R. Urbino°, V.M. Ranieri°, R. Arione*

* Dipartimento Direzione Sanitaria, AOU San Giovanni Battista Torino

° Dipartimento Anestesia e Medicina degli Stati Critici, AOU San Giovanni Battista Torino

Introduzione: In Piemonte nel novembre 2009 è stata istituita una rete per la gestione delle insufficienze respiratorie gravi in corso di pandemia A(H1N1) e eventuale utilizzo di terapia ECMO. Nel modello ogni struttura afferisce ad una di livello superiore per la valutazione ed eventuale trattamento dei pazienti a complessità crescente. Sono state identificate:

- strutture dotate di Terapia Intensiva (**I livello**)
- strutture dotate di Terapia Intensiva nel cui contesto opera una cardiocirurgia (**II livello**)
- struttura di riferimento regionale per il trattamento ECMO (**III livello (CRECMO)**): presso l'AOU San Giovanni Battista (Molinette), in collegamento con CRECMO pediatrico (presso l'ASO OIRM-S.ANNA)

Parole chiave: Influenza, ECMO, organizzazione

Contenuti: Nel caso di Sindrome da Distress Respiratorio da H1N1 a rischio di evoluzione verso forme di ipossipemia refrattaria, tutte le terapie Intensive (I e II livello) contattano il CRECMO, che supporta il Centro nel trattamento e/o nel trasferimento presso Centro di II livello o presso il CRECMO. Con Protocollo Ministeriale di gennaio 2010, l'Azienda, è stata inserita nella Rete Nazionale, composta da 14 Centri per l'assistenza avanzata, secondo criteri topografici e secondo le direttive dei centri di Coordinamento Nazionale; insieme ad altri quattro centri è stata integrata con funzione di assistenza regionale e extra regionale (nel caso di difficoltà dei Centri più vicini). La reperibilità nazionale prevede che nel caso di paziente che necessiti di trattamento in ECMO se il Centro regionale o extra-regionale più vicino è in difficoltà, il paziente venga trasferito nel Centro della rete in turno; il trasporto è organizzato tramite ambulanza, eliambulanza o ove necessario mezzo aereo dell'aeronautica militare.

Le principali funzioni e attività in ambito regionale sono state:

- acquisizione in urgenza del materiale necessario
- istituzione di indirizzo e-mail e numero telefonico dedicati
- definizione di programma di trasporto e allestimento di ambulanza dedicata, in collaborazione con il 118
- istituzione di turni di reperibilità continua di anestesista, cardiocirurgo, tecnico perfusionista ed infermiere impianto e monitoraggio di ECMO
- registrazione dei casi nel Registro Europeo
- centralizzazione presso Anestesia e Rianimazione 1, di tutti i casi necessitanti di Rianimazione
- trasferimento dei casi risolti

Le principali funzioni e attività nell'ambito nazionale sono state:

- integrazione delle apparecchiature necessarie
- registrazione dei casi in *Data Base* nazionale
- attivazione di turni di reperibilità periodica
- disponibilità, nella giornata di reperibilità nazionale, di posto letto dedicato
- assunzione di anestesista dedicato

Conclusioni: Nel 2010 sono stati trattati 18 pazienti H1N1 accertati, 9 delle Molinette e 9 provenienti da altri Ospedali del Piemonte. Dei 18 pazienti, 7 sono stati trattati con ECMO, di questi 2 sono deceduti.

Ad aprile 2010, conclusa la fase di allerta è stata interrotta la reperibilità, ma mantenuta la possibilità di effettuare altri trattamenti ECMO e l'attività come Centro di riferimento. Visto il ripresentarsi della pandemia influenzale, da gennaio 2011 è stata riattivata la reperibilità regionale e nazionale, fino al 31 marzo 2011.

Nel 2011 sono stati trattati 17 pazienti H1N1 accertati, 5 delle Molinette, 10 provenienti da altri Ospedali del Piemonte e 2 da Strutture extraregionali. Dei 17 pazienti, 10 sono stati trattati con ECMO, di questi 7 sono deceduti.

RAPID RECOVERY IN ORTOPEDIA: UN OPPORTUNITA' PER I PAZIENTI E PER L'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA

S. Bacelli*, F. Scaccia*, V. Fedele**

*Direzione Medica di Presidio – ASUR Marche Zona Territoriale n. 5 PPOO Jesi

**Direttore Medico di Presidio - ASUR Marche Zona Territoriale n. 5 PPOO Jesi

PAROLE CHIAVE: rapid recovery, artroprotesi

INTRODUZIONE: In un'ottica che metta al centro dell'attenzione e dei processi sanitari il paziente, a partire da Gennaio 2010 e a tutt'oggi, presso l'Unità Operativa di Ortopedia dei Presidi Ospedalieri di Jesi, è in corso la sperimentazione di un percorso di rapid recovery per i pazienti che si sottopongono ad intervento chirurgico di artroprotesi di anca. Tale percorso consiste nella formazione di pazienti e familiari, su base volontaria, prima del ricovero, sia in merito all'intervento e sia soprattutto relativamente al decorso postoperatorio ed ai tempi di ripresa. Il corso è tenuto dagli stessi operatori, ortopedici, fisioterapisti, anestesisti ed infermieri che successivamente avranno in cura il paziente. In questo modo si crea un rapporto sinergico di fiducia tra utente ed addetti ai lavori. Inoltre il paziente acquisisce maggiore consapevolezza del proprio percorso clinico-riabilitativo e ne diventa protagonista. Ci si attende che questa scelta determini vantaggi anche dal punto di vista organizzativo. Il presente lavoro si pone come obiettivo quello di valutare se l'adesione al rapid recovery determini una riduzione della degenza media e un aumento della modalità di dimissione verso il proprio domicilio per il proseguimento del percorso riabilitativo.

CONTENUTI: Sono stati presi in considerazione i ricoveri di elezione per artroprotesi di anca (primo impianto) del primo semestre 2010, attraverso la revisione di cartelle cliniche e schede di dimissione ospedaliera. Sono state quindi confrontate le caratteristiche, la degenza media e la modalità di dimissione dei pazienti che volontariamente avevano intrapreso il percorso di rapid recovery rispetto a quelle dei pazienti che invece avevano optato per un ricovero standard. Nel periodo considerato sono stati effettuati 94 interventi: di questi, 52 erano inseriti nel percorso di rapid recovery. Nell'intero campione, l'età media è risultata pari a 70 anni, la distribuzione per genere evidenzia una prevalenza del sesso femminile (69%), la degenza media è di 9 giorni e la dimissione al domicilio è stata rilevata nel 46% dei casi. Nella tabella è riportato il confronto fra il gruppo dei pazienti che ha aderito al percorso di rapid recovery rispetto al gruppo che ha invece optato per un ricovero standard.

Caratteristiche dei pazienti appartenenti ai due gruppi (rapid recovery sì – rapid recovery no)

	RAPID RECOVERY Si 52 pazienti	RAPID RECOVERY No 42 pazienti
Età media	68 (±12) anni	71 (±13) anni
Genere	35% Maschi 65% Femmine	26% Maschi 74% Femmine
Degenza media	8.7 (±2.6) giorni	9.4 (±3.6) giorni
Modalità di dimissione	52% Ordinaria a domicilio 48% Presso altra struttura	38% Ordinaria a domicilio 62% Presso altra struttura

Come evidenziato, il gruppo di coloro che ha aderito al percorso di rapid recovery ha fatto registrare una minore età media ed una durata della degenza leggermente inferiore. Relativamente alla dimissione, nel gruppo dei rapid recovery è maggiore la percentuale dei dimessi a domicilio per la prosecuzione del percorso riabilitativo.

CONCLUSIONI: Seppur in misura contenuta, i risultati di questa breve analisi sono sicuramente incoraggianti. La tematica è meritevole di ulteriori approfondimenti che prendano in analisi altri outcome, quali il tempo di ripresa per le varie attività (camminare, guidare la macchina). Una ripresa precoce delle normali abitudini sarebbe auspicabile, comporterebbe infatti sia minori disagi per paziente e familiari evitando o limitando la comparsa di complicanze, nonché un conseguente risparmio anche in termini economici.

PROGETTO “OLA-FMEA”: APPLICAZIONE DEL METODO FMEA AL PROCESSO “LEAN” DI CHIRURGIA DI ELEZIONE

Bellini F*, Barbacci P*, Nicolai S**, Correani S°, Cortini P^{oo}, Magherini V°, Miniati T^{oo}, Molisso A[^], Tosi P^{***}

*Direttore SC Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Azienda Sanitaria di Firenze

* Dirigente Medico SC Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Azienda Sanitaria di Firenze

**Tecnico Esperto BPR SC Organizzazione e Sistemi

^{oo} Dirigente medico UO di Chirurgia Generale

[^] Dirigente medico UO di Chirurgia Vascolare

^o Infermiere professionale ^{oo} Coordinatore Infermieristico Area degenza Chirurgia di Elezione

^{***} Direttore Sanitario Azienda Sanitaria di Firenze

Parole chiave

FMEA, processo “lean” di Chirurgia di Elezione

Introduzione

L'Azienda Sanitaria di Firenze ha intrapreso, dal 2007, un percorso di riorganizzazione ospedaliera attraverso l'introduzione di un nuovo modello di gestione per processi. I processi ospedalieri sono stati revisionati applicando i principi del Lean Thinking. Il programma di cambiamento organizzativo, denominato OLA (Organizzazione Lean dell'Assistenza) richiede un miglioramento continuo dei processi alla ricerca del processo perfetto “zero difetti”. A tal fine è importante utilizzare strumenti di analisi dei processi in grado di identificare le aree deboli al fine di sviluppare interventi correttivi. Con questo scopo è stato allestito il progetto pilota OLA-FMEA, che riguarda l'impiego del metodo FMEA nell'analisi dei processi “lean”.

Il progetto si è focalizzato sul **processo di ricovero chirurgico in elezione**.

Materiali e metodi

Il progetto ha interessato la Linea Chirurgica di Elezione dell'Ospedale San Giovanni di Dio. L'area di degenza della chirurgia programmata è costituita da 38 posti letto con un'attività di circa 2500 interventi annui nelle discipline di Chirurgia Generale, Ortopedia, Urologia, Chirurgia Vascolare e Ginecologia. Il gruppo di lavoro era composto da 2 medici, due infermieri ed il coordinatore infermieristico della Chirurgia Programmata, un facilitatore ed un medico dello staff della Direzione Sanitaria Aziendale. Il progetto, è stato sviluppato secondo la seguenti fasi:

- analisi qualitativa e quantitativa del processo;
- individuazione delle possibili azioni di miglioramento;

L'analisi del processo è iniziata con la descrizione delle attività svolte durante il **ricovero chirurgico in elezione, escludendo la fase dell'intervento operatorio**. Per ogni attività sono stati valutati i rischi di fallimento (Failure Mode) e le possibili conseguenze. Sono state poi definite le Scale di Valutazione per i fattori di stima del rischio (Probabilità, Severità, Rilevabilità) e per ogni Failure Mode è stato calcolato l'indice di priorità del rischio.

Infine, sono state analizzate le cause profonde di ogni FM a più alto IPR ed individuate le soluzioni.

Risultati

Nel corso degli incontri sono state analizzate 72 attività specifiche ed individuati 64 potenziali fallimenti.

Il Massimo valore di IPR rilevato (96) è stato assegnato a quattro FM; sei FM hanno ottenuto un IPR tra 80 e 60; nove FM presentavano un IPR tra 20 e 54 mentre quarantacinque Failure Mode hanno evidenziato un IPR inferiore a 20. Nessuna delle nuove attività del processo inserite a seguito della riorganizzazione Lean ha conseguito IPR superiori a 20. L'analisi delle cause profonde ha evidenziato carenze procedurali, carenze formative/informative e carenza degli strumenti informatici. Infine sono state individuate le azioni di miglioramento per correggere tali carenze.

Conclusioni

Lo studio ha consentito di acquisire elementi di oggettività per valutare le criticità ed individuare le azioni di miglioramento prioritarie. Tutti i FM con IPR più elevato sono legati ad attività preesistenti alla riorganizzazione; le nuove attività introdotte a seguito della Riorganizzazione OLA, non risultano presentare elementi di criticità rilevanti. I membri del gruppo hanno risposto con interesse alla applicazione della metodologia FMEA; le scale di valutazione elaborate ed i criteri di analisi, potranno costituire una base per l'applicazione della metodologia FMEA ad altri processi, sanitari e non, dell'Azienda.

IL PROGETTO SOS.NET: L'APPLICAZIONE DELLA CHECK-LIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA NELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

R. Bentivegna, M. Giorgetti, M. Rodler, P.M. Antonioli, E. Carlini
Direzione Medica di Presidio, Az. Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

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

PAROLE CHIAVE: SOS.net, check-list, sicurezza.

CONTENUTI: Nella prima fase del progetto è stato coinvolto il Dipartimento Chirurgico Specialistico con le UU.OO. di ORL, Audiologia e Maxillo-Facciale. Il confronto con i professionisti sanitari ha portato alla parziale modifica della Check-list Regionale, adattandola così al contesto locale, e alla sviluppo di strumenti utili a migliorare la comunicazione tra Degenza e Sala Operatoria. Sono stati introdotti nel SIGN IN i seguenti punti:

MODULO 776/a — check list —		
SIGN-IN	TIME-OUT	Intervento Chir.:
8/8 controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia	17 controlli da effettuare prima dell'incisione della cute	16 controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria
<p>1) Il paziente ha confermato:</p> <input type="checkbox"/> Identità <input type="checkbox"/> Diggiuno <input type="checkbox"/> Sede intervento <input type="checkbox"/> Procedura <input type="checkbox"/> Consensi (anestesiologico/chirurgico/emocomponenti)	<p>1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'équipe sono noti a tutti i suoi membri</p> <input type="checkbox"/>	<p>L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe:</p>
<p>2) Assenza di protesi/monili</p> <input type="checkbox"/>	<p>3) Chirurgo, Anestesista e Infermiere confermano: Identità del paziente, procedura, sito chirurgico e posizionamento</p> <input type="checkbox"/>	<p>1) Il tipo di Procedura Chirurgica registrata (Quale procedura è stata eseguita?):</p> <input type="checkbox"/>
<p>3) Il sito dell'intervento è stato marcato?</p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> non applicabile	<p>3) Il Chirurgo ha informato l'équipe sulla durata prevista per l'intervento, rischi di perdite ematiche ed altre criticità</p> <input type="checkbox"/>	<p>2) Il conteggio finale di garze, aghi e altro strumentario chirurgico è corretto:</p> <input type="checkbox"/>
<p>4) Controlli delle apparecchiature di anestesia completati (compreso pulsossimetro presente)</p> <input type="checkbox"/>	<p>4) L'Anestesista ha informato l'équipe sulle specificità del paziente, rischio ASA ed altre criticità</p> <input type="checkbox"/>	<p>3) Il Campione Chirurgico con relativo contenitore e richiesta è stato etichettato secondo la procedura Aziendale:</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile
<p>5) Verifica corretto funzionamento apparecchiature di sala operatoria</p> <input type="checkbox"/>	<p>5) L'infermiere ha comunicato all'équipe la verifica di sterilità (compresi i risultati degli indicatori), eventuali problemi con i dispositivi medici e altre criticità</p> <input type="checkbox"/>	<p>4) Eventuali problemi con i Dispositivi Medici:</p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
<p>Identificazione dei rischi del paziente:</p>	<p>6) Profilassi antibiotica eseguita negli ultimi 60min?</p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> non applicabile	<p>5) Chirurgo, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria</p> <input type="checkbox"/>
<p>6) Il paziente presenta allergie/intolleranze?</p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<p>7) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?</p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> non applicabile	<p>6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio?</p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> non applicabile
<p>7) Il paziente presenta difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione?</p> <input type="checkbox"/> Sì, strumentazione/assistenza disponibile <input type="checkbox"/> NO		
<p>8) Il paziente presenta rischio di perdite ematiche >50ml (7ml/kg nei bambini)?</p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì, accesso endovenoso adeguato e emocomponenti disponibili		
<i>Firma Infermiere</i>	<i>Firma Anestesista</i>	<i>Firma Chirurgo</i>

Per favorire quindi il raccordo tra S.O. e Degenza è stata sviluppata una Check da compilare in Reparto che contenga informazioni utili al personale che accoglie il paziente nel blocco operatorio e che permetta di verificare la corretta preparazione del paziente prima del trasporto in sala operatoria:

Paziente a digiuno (SI/NO), Paziente ha febbre (SI/NO), Presenza del consenso informato in cartella (SI/NO), Il Paziente ha rimosso protesi/monili (SI/NO), Eseguita la profilassi antibiotica (SI/NO), Eseguita profilassi antitrombotica (SI/NO), Marcatura sito intervento (SI/NO).

Si è cercato il coinvolgimento fin dall'inizio di tutti gli operatori per non confinare il progetto alla sola sala operatoria. La SSCL si deve infatti correttamente inserire nel percorso che va dall'ammissione alla dimissione del paziente che deve sempre essere al centro di tutto.

CONCLUSIONI: Il coinvolgimento di tutto il personale, sia della sala operatoria che della degenza, ha permesso di ottenere da subito un buon riscontro da parte di tutti i professionisti sanitari. Il confronto diretto ha permesso di migliorare lo strumento e creare una buona sinergia tra il personale della S.O. e della degenza, in modo da creare un doppio filtro utile alla prevenzione degli errori. Infatti, alcuni punti presenti nella SSCL sono difficilmente governabili quando il paziente si trova già in sala operatoria: la Check di reparto permette di prevenire alcune problematiche ed affrontarle nella sede più adeguata.

LA PREPARAZIONE E DISTRIBUZIONE PASTI CON IL SISTEMA LEGAME REFRIGERATO: L'ESPERIENZA DELLA ASL 2 DI PERUGIA

(Direttore Generale Dr. Giuseppe Legato)

dr. M. Bertozzi, Direzione medica Presidio Ospedaliero Unificato (Direttrice d.ssa D. Seppoloni)

P. Macellari, P. Valentinucci, V. Fumanti, Gruppo Tecnico Ristorazione Azienda USL 2 dell'Umbria

Introduzione: Situazione pregressa e criticità che hanno motivato al cambiamento:
15 sedi con posti letto (Ospedali, RSA, altri servizi territoriali con degenze)
Disomogeneità con poca garanzia di qualità (ogni presidio una cucina) e costi elevati.

Parole chiave: ristorazione, legame refrigerato

Proposta aziendale: Costituzione gruppo tecnico (dirigente ispettore degli alimenti di origine animale, referente delle attività esternalizzate, dietista), Gara di appalto (Service), con definizione di requisiti tecnici per la fornitura pasti, della modalità di preparazione, individuazione del gestore esterno vincitore di gara (CIR- FOOD).

Scelta: Modalità di preparazione innovativa: **Legame Refrigerato** (Cook and Chill). Sistema di preparazione dei pasti prodotti in centri di cottura dove gli alimenti vengono REFRIGERATI immediatamente dopo la cottura (abbattitori), confezionati, stoccati e trasportati, in carrelli dedicati, ai punti di consumo dove la somministrazione avviene a seguito rinvenimento termico.

Unico centro di preparazione di proprietà strutturale ASL (completamente rinnovato ed adeguato presso l'ospedale di ASSISI) con fornitura di 900 pasti di media al giorno.

Punti di rigenerazione carrelli, specifici in ogni sede.

Acquisto delle derrate alimentari, preparazione e distribuzione: affidate al gestore con proprio personale.

Vassoio pasto sigillato e personalizzato per singolo paziente (compresi servizi DAI e DCA, dove sono previste forniture derrate integrative, non cotte, per self preparazione terapeutica).

Rigenerazione carrelli, distribuzione e ritorno al punto rigenerazione, a cura personale ASL (OSS).

Punti di forza:

1 – molteplici menù a scelta stagionali, personalizzati anche nel rispetto delle scelte religiose

2 – prenotazioni informatizzate

3 – alto livello igienico

4 – gradevolezza gastronomica

5 – valutazione continua qualità (controlli igienici periodici e a campione congiunti con il gestore su filiera e su prodotto terminale; monitoraggio attraverso dati rilevati dai carrelli di rigenerazione sulla correttezza del percorso stesso fino alla distribuzione)

6 - qualità percepita (prima rilevazione gradimento su campione in alcuni ospedali e RSA su giornata tipo con questionari di soddisfazione e importanza attribuita ai vari item)

7 – distribuzione sicura e veloce sul territorio.

8- inserimento, previa formazione concordata sindacalmente, del personale ASL, già addetto alla ristorazione, in altri servizi.

Criticità: Collaborazione operatori OSS nei punti di rigenerazione, poco utilizzo delle scelte del menù (spesso scelgono gli infermieri al posto dei pazienti)

Conclusioni: Questo sistema di produzione e distribuzione dei pasti ha dimostrato di essere una scelta ottimale, ma necessita di continuo monitoraggio in particolare sull'operatività di tutto il personale lungo la filiera della rigenerazione (sono previsti incontri di aggiornamento con gli operatori), sul centro di cottura per quanto riguarda il mantenimento degli standard qualitativi, continuo adeguamento dei prodotti e dei menù in base alle segnalazioni degli operatori, il rispetto da parte dei reparti delle scelte dei pazienti. Il gruppo tecnico prosegue la sua attività in tal senso monitorando e proponendo le modifiche e gli aggiornamenti ritenuti utili.

ATTIVAZIONE DI UNA ADMISSION ROOM NEL PRESIDIO OSPEDALIERO SAN DONATO AREZZO

Autori: B. Bianconi*, B. Innocenti*, L.G. Campanile**, A. Cappetti#, F. Petrucci#, M. Rossi^, G. Iannelli§, B. Vujovic°

*Direzione Medica P.O. San Donato; **Direttore P.O. San Donato; #Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Firenze; ^Dipartimento Infermieristico Ostetrico; §U.O. Medicina d'Accettazione e d'Urgenza P.O. San Donato; °Direttore Sanitario – USL8 Arezzo

Introduzione

Il fenomeno dell'eccessivo affollamento di utenti in PS è un evento noto in tutto il mondo occidentale soprattutto a causa delle potenziali implicazioni negative. Le ripercussioni che si presentano con maggiore frequenza sono quelle relative ai tempi di intervento che possono allungarsi notevolmente. In caso di indicazione al ricovero in regime di urgenza per pazienti che si sono rivolti al Pronto Soccorso, l'elemento di criticità che si verifica con maggior frequenza è la scarsa disponibilità di letti in degenze di area medica.

Parole Chiave

Posti Letto, Admission Room

Contenuti

Per affrontare produttivamente la criticità relativa ai tempi di attesa per i ricoveri da Pronto Soccorso, in linea con le indicazioni, ormai condivise a livello internazionale, sull'attivazione di posti letto di attesa (hall beds) nei reparti di degenza ed in considerazione di tutte le criticità legate all'attivazione di letti in soprannumero, è emersa la necessità di realizzare una Admission Room. L'Admission Room consentirà ai pazienti in attesa di ricovero di sostare in un locale, adiacente alla Discharge Room, anch'essa in fase di realizzazione, in cui sarà garantita l'assistenza da parte di personale sanitario qualificato. In attesa della realizzazione, è stato istituito un gruppo di lavoro con il compito di individuare le caratteristiche dei pazienti che potranno accedere alla struttura.

Il gruppo di lavoro ha fornito indicazioni preliminari in merito alle caratteristiche dei pazienti che potranno accedere alla struttura. In prima istanza ogni paziente che potrebbe essere inviato presso la Admission Room, dovrà essere valutato in base allo Score MEWS e dovrà avere uno score inferiore a 3. In secondo luogo i pazienti potranno accedere alla Admission Room solo se avranno un rischio di co-morbidità minimo o moderato.

I pazienti che soddisferanno entrambi i requisiti suddetti, andranno valutati in modo da verificare la corrispondenza della situazione clinica con quelli che sono i criteri di ammissione alla Struttura:

Pazienti stabili con patologia traumatica (fratture di polso, omero, spalla,)

Pazienti con febbre n.d.d.

Pazienti con patologia neurologica non da ictus

Pazienti con patologia neoplastica in accertamento

Pazienti con patologia diabetica interessante gli arti inferiori (piede diabetico)

Pazienti con pericardite in condizioni cliniche stabili

I pazienti, una volta concordato il ricovero con il reparto di degenza idoneo ed individuati come possibili fruitori della Admission Room, saranno trasferiti dal Pronto Soccorso presso la suddetta struttura, in attesa della disponibilità dei posti letto assegnati loro. In questo modo i tempi di permanenza all'interno della Admission Room saranno relativamente brevi. In ogni caso l'assistenza sanitaria per le ore di permanenza sarà garantita da personale sanitario qualificato ed addestrato a gestire eventuali modifiche delle condizioni cliniche dei pazienti. Nel caso in cui l'attesa del ricovero si protragga nel periodo di distribuzione del vitto, i pazienti inviati presso la Admission Room potranno consumare il pasto presso la struttura.

Conclusioni

Il principale risultato atteso è legato al maggior confort ed alla maggior sicurezza dei pazienti in attesa di ricovero. Inoltre la contemporanea attivazione di una Discharge Room consentirà una riduzione dei tempi di attesa per i pazienti che devono essere ricoverati.

PREVENZIONE IN OSPEDALE: PROMOZIONE DI UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA S. ANNA E S. SEBASTIANO DI CASERTA

E.Boccalone*, R.Capriello*, P.Boccalone*

**Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano – Caserta, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*

Introduzione

Tra le linee guida per la promozione di interventi preventivi nei luoghi di lavoro trovano senz'altro spazio interventi di promozione di corretti stile di vita alimentari. Per tale motivo durante gli anni 2008-2009 sono stati presi in carico dall' Ambulatorio di Dietetica e Nutrizione Clinica, afferente alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, 50 dipendenti dell' Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta.

Parole chiave

Prevenzione in luoghi di lavoro; Educazione alimentare

Contenuti

Tutti i soggetti presentavano valori di BMI > 35 Kg/m², glicemia > 158 mg/dL, colesterolo tot. > 300 mg/dL, colesterolo HDL < 39 mg/dL, trigliceridi > 350 mg/dL e circonferenza vita > 105 cm.

Tutti i soggetti (68% donne con età media 48,6 anni, 32 % uomini con età media 56,3 anni) sono stati trattati con dieta ipocalorica, ipolipidica, normoproteica all'85% del loro fabbisogno calorico giornaliero.

Inoltre, i soggetti sono stati sottoposti ad esame impedenziometrico iniziale e a distanza di 6 mesi.

Il 90% dei soggetti ha seguito il programma dietetico mostrando calo ponderale di oltre il 15% nell'arco dei primi sei mesi. Il 60% dei soggetti continua ad essere seguito dal suddetto ambulatorio.

Conclusioni

Dall'anamnesi svolta è stata rilevata la costante cattiva abitudine alimentare in tutti i dipendenti esaminati, che si mostrava nel non rispettare né le frequenze corrette né il momento del pasto. Il dover "turnare" per lavoro ha portato i soggetti in esame a pasti veloci e non equilibrati. Ci si è proposti di iniziare uno studio più accurato e dettagliato insieme all'U.O.S Sorveglianza Sanitaria al fine di limitare i danni di tali cattive abitudini e stili di vita.

STRATEGIE DI CONTROLLO PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI NOSOCOMIALE: L'ESPERIENZA DELLA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA

Marena C., Muzzi A., Lodola L., Bonadeo E., Ferrari A., Perversi L., Marone P., Bosio M., Caltagirone P.

INTRODUZIONE

L'importanza della qualità dell'acqua destinata al consumo umano in ambito ospedaliero si è affermata, negli ultimi decenni, grazie a numerosi studi epidemiologici ed alle maggiori conoscenze in materia di analisi del rischio. Il rapporto tra risorse idriche e malattie non è confinato al solo aspetto alimentare e l'avvio di sistemi di sorveglianza delle malattie idrodifuse rappresenta un elemento cardine in termini di salvaguardia della salute pubblica. Promuovere strategie organizzative in ambito ospedaliero attraverso l'istituzione di un team multidisciplinare qualificato è una condizione indispensabile per garantire la competenza tecnica necessaria per lo sviluppo di un piano di sicurezza e di autocontrollo per l'acqua. Responsabilità del gruppo di esperti è lo sviluppo, l'attuazione e il mantenimento del piano di autocontrollo.

PAROLE CHIAVE

legionella, autocontrollo, acque.

CONTENUTI

Il piano di autocontrollo si articola in momenti fondamentali, distinti in: analisi dei potenziali pericoli igienico-sanitari per gli impianti; individuazione dei punti o delle fasi in cui possono verificarsi tali pericoli e scelta delle relative misure preventive da attuare periodicamente; definizione dei punti critici e dei limiti degli stessi; piano dei controlli microbiologici per la ricerca di eventuali contaminazioni da *Legionella spp* o da altri microrganismi "waterborne"; scelta del sistema di monitoraggio; azioni correttive mirate da avviare a seguito di contaminazioni accertate; interventi impiantistici di medio termine finalizzati ad aumentare il livello di sicurezza e qualità delle acque (nel nostro caso installazione di n.14 impianti di trattamento con ionizzazione rame-argento, poi sostituiti con biossido di cloro, in grado di trattare l'intera rete di acqua calda sanitaria dell'ospedale); verifiche del piano e riesame periodico, anche in relazione al variare delle condizioni iniziali.

L'implementazione dei sistemi di monitoraggio, attraverso l'incremento di prelievi serati e periodici d'acqua per la ricerca della *Legionella spp* e la costante determinazione della concentrazione del Cu (0,3-0,8 mg/L) e Ag (0,04-0,08 mg/L) o del biossido di cloro (0,3 mg/L), ha documentato i risultati seguenti: la colonizzazione della rete idrica misurata come % di prelievi distali positivi, ha subito una progressiva attenuazione, con una riduzione media percentuale >85% negli ultimi 8 anni.

CONCLUSIONI

Il successo degli interventi è possibile solo con un approccio multidisciplinare che comprenda tutte le competenze necessarie: medico igienista, infettivologo, chimico, ingegnere, microbiologo. Devono necessariamente essere coinvolte nei processi decisionali le diverse strutture dell'ospedale interessate: Direzione Medica di Presidio (DMP), Servizio Prevenzione e Protezione, Provveditorato, Ufficio Tecnico, Laboratorio di Microbiologia, Responsabili dei reparti, ecc. L'istituzione di un gruppo operativo ristretto, coordinato dalla DMP e composto dalle professionalità necessarie per lavorare in stretta sinergia con i fornitori di sistemi di bonifica dell'acqua, consente la valutazione, almeno mensile, di eventuali problemi presenti e la discussione dei risultati ottenuti.

PROGETTO DI SAFETY AND SECURITY DEL PRESIDIO OSPEDALIERO SAN DONATO AREZZO

Autori: L.G. Campanile*, B. Bianconi**, B. Innocenti**, A. Cappetti#, G. Cristofolletti°, I. Goretti°, B. Vujovic^, E. Desideri§

*Direttore P.O. San Donato; *Direzione Medica P.O. San Donato;

#Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Firenze;

°Area Funzionale Tecnica; °°Servizio Prevenzione e Protezione;

^Direttore Sanitario – USL8 Arezzo; §Direttore Generale – USL8 Arezzo

Introduzione: Safety and Security: sicurezza ed incolumità. Entrambi i termini hanno un significato di salvaguardia dell'incolumità delle persone, la differenza sta in ciò che minaccia tale incolumità.

Safety implica la salvaguardia e la protezione da eventi o circostanze generalmente indipendenti da precise volontà.

Security implica la salvaguardia e la protezione delle persone o dei beni da azioni perpetrate volontariamente da individui o gruppi di persone con l'intenzione di nuocere.

Per quanto riguarda la "Safety" il Servizio di Prevenzione e Protezione ha individuato i rischi presenti all'interno dei luoghi di lavoro ed ha predisposto le misure adeguate per il loro contenimento entro livelli accettabili.

Per quanto attiene la "Security", il Dipartimento Tecnico ha proceduto all'individuazione ed alla trasposizione in planimetria di tutti i punti sensibili all'interno del Presidio Ospedaliero S. Donato.

Parole Chiave: Safety, Security

Contenuti: Si è proceduto alla definizione del grado di sicurezza attraverso l'individuazione e la predisposizione di tre livelli concentrici:

1° livello – Aree esterne del Presidio Ospedaliero: Accessi carrabili e pedonali esterni all'immobile; regolamentazione e sorveglianza dell'avvicinamento all'area Ospedaliera.

ACCESSI: completamento della delimitazione dell'area esterna

ripristino della funzionalità delle chiusure

sostituzione di alcuni cancelli

VIDEOSORVEGLIANZA: Funge da deterrente per azioni contro persone e patrimonio.

Le aree esterne al Presidio non sono, ad oggi, dotate di un sistema di video-sorveglianza. Si prevede l'installazione di telecamere collegate al sistema già in essere nell'ospedale.

2° livello – Aree interne del Presidio Ospedaliero: Accessi che introducono all'interno della struttura Ospedaliera (infissi e sistema di videosorveglianza).

INFISSI: Nel tempo, l'uso improprio di percorsi d'accesso "facili" ha provocato il deterioramento di molti infissi che si aprono sulle scale antincendio. Si prevede manutenzione e/o sostituzione degli infissi.

VIDEOSORVEGLIANZA: L'ospedale è già dotato di un sistema di video-sorveglianza di tutti gli accessi esterni alla struttura con eccezione dei settori più recenti. Tale sistema è in grado di verificare ingressi ed uscite dall'immobile. Si prevede il completamento del sistema.

3° livello – Zone sensibili del Presidio Ospedaliero: Si prende in considerazione la protezione specifica degli ambienti considerati obiettivi sensibili e la regolamentazione delle modalità di accesso agli stessi.

Le chiavi di apertura dei locali e degli armadi considerati sensibili sono a disposizione esclusivamente di personale competente e formato sia dell'Azienda Sanitaria che delle Società che gestiscono la manutenzione.

Conclusioni: Il principale risultato atteso è legato alla maggiore sicurezza per tutti coloro che gravitano all'interno dell'Ospedale, siano essi operatori o utenza. L'incremento di sicurezza sarà più evidente negli orari di chiusura dei servizi e nelle zone considerate a maggior criticità. Nello specifico, sarà possibile controllare tutti i punti di accesso notturni all'area circostante l'ospedale, in modo da impedire l'ingresso di persone non autorizzate. Nel caso in cui questo primo livello di controllo non riuscisse a impedire l'accesso di soggetti non autorizzati, sarà possibile individuare gli intrusi attraverso la visione dei filmati delle telecamere. Ulteriori misure di sicurezza saranno prese a carico delle aree individuate come Zone Sensibili.

L'ESPERIENZA DEL PROGETTO "INSIEME IN OSPEDALE" NELL'AOU POLICLINICO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA: VEICOLO PER RAGGIUNGERE LA VERA ACCOGLIENZA IN OSPEDALE

S.A. Carini[^], M.Danzi*[^], G. Occhipinti^o, E. Aiello^o, G. Arcidiacono*^{*},

G.Condorelli*^{*}, M.Tardino*^{*}, S. Galeano[^], R. Cunsolo[^],

^o U.O. Servizio Sociale Aziendale, ^o Tirocinante volontaria, [^]Direzione Medica P.O. V. Emanuele, ^{^*}Servizio Civile
Direttore Sanitario AOU Policlinico – Vittorio Emanuele di Catania: Dr Gaetano Sirna

Parola chiave: accoglienza, servizio civile

INTRODUZIONE: Il progetto di Servizio Civile "Insieme in Ospedale" 2011 mira a rendere più incisiva l'attività e il percorso operativo dei volontari del Servizio civile nell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico – Vittorio Emanuele di Catania". Considerati sia la complessità della realtà di cura effettuata nell'AOU, sia la differente preparazione e cultura di base dei volontari, è stata messa in atto una programmazione e formazione specifica relativa all'attività dei volontari che tenuto conto di tale complessità, dei meccanismi idonei alla sua semplificazione e soprattutto di una qualificazione formativa "relazionale" dei ragazzi che prestano attività di Servizio Civile. La scelta di tale attività progettuale è stata determinata dalle indicazioni dell'Ufficio Nazionale di Servizio Civile come previsto, istituzionalmente per il 2011, dal progetto nazionale e regionale per il Servizio Civile. Da tali indicazioni evince la richiesta di **curricula** personali dei volontari con una solida cultura di base e una cultura relazionale". Il progetto di accoglienza sarà esteso a tutte le Unità Operative dell'AOU.

MATERIALE E METODO: Il progetto si articola secondo due obiettivi principali:

- Capacità di eliminare o ridurre alcune disfunzioni organizzative aziendali
- Acquisizione e/o miglioramento delle capacità relazionali personali

La metodologia utilizzata sarà prevalentemente quella del Problem Solving.

L'utilizzo di tale metodo fornirà ai volontari gli strumenti atti alla risoluzione delle problematiche poste loro nella relazione con l'utenza.

Percorso Operativo: formazione specifica, la vera accoglienza, verifica in itinere, dare informazioni, verifica finale
Formazione Specifica: fornire ai volontari una formazione specifica relativa all'Unità Operativa e alla tipologia d'utenti, inoltre una relativa acquisizione della capacità relazionale.

Dare Informazioni: preparare i volontari ad essere in grado di fornire tutte le informazioni adeguate, precise e mirate alle richieste presentate.

La Vera Accoglienza: momento centrale del progetto sarà quello di fare acquisire ai volontari tutti gli strumenti relazionali necessari affinché possano "Accogliere" l'utente e i suoi familiari all'interno della struttura ospedaliera.

Le varie fasi, esposte graficamente, prevedono necessariamente delle verifiche in itinere, a cadenza quadrimestrale ed una verifica finale alla conclusione del progetto.

Conclusioni: Nel progettare quest'attività per i volontari di Servizio Civile ci si è posti nell'ottica di individuare il significato di "Vera Accoglienza". A tal fine, si è ritenuto fare riferimento al significato etimologico di accogliere: **ad-colere** cioè *raccogliere verso di sé - ricevere uno con dimostrazione d'affetto*. La definizione etimologica risulta molto importante perché porta nell'attenzione all'altro (utente - paziente- familiare- ecc....) quale scopo principale per il volontario. Il progetto prevede l'uso di indicatori di azione e di efficacia che sono in fase di elaborazione e che saranno oggetto di sperimentazione sul campo. A titolo esemplificativo ne vengono di seguito elencati alcuni e che sono legati alle fasi descritte. Indicatori:

Utilizzo della segnaletica

Dare Informazioni

Prenotazione telefonica e/o diretta

Dare Informazioni / Vera Accoglienza

Stazionamento in sala d'attesa

Dare Informazioni / Vera Accoglienza

Il progetto nella sua semplicità di obiettivi è oltremodo complesso nella realizzazione perché comporta un grande impegno di risorse umane ed è caratterizzato da costante "accompagnamento" da parte degli OLP, da numerosi incontri di programmazione e verifica e dalla messa in gioco di abilità e sensibilità relazionali.

HACCP LACTARIUM PRESIDIO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI DI DIO ASL 10 FIRENZE

**E. Carucci^o, A. Alessandri*, A. Appicciafuoco*, G. Bonaccorsi§, S. Brugnoli*,
S. Guarducci^o, S. Naldini*, M. Pezzati#, M. Raspini#**

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

*Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze

§ Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

#S.C. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale Ospedale San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze

INTRODUZIONE

Il Regolamento CE 852/2004 concernente l'igiene dei prodotti alimentari, prevede che tutti gli operatori del settore alimentare mettano in atto un sistema di autocontrollo per garantire l'igiene dei prodotti, che si applica a tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione degli alimenti. Le fasi di raccolta, conservazione e somministrazione di latte umano che avvengono all'interno del lactarium di un Presidio Ospedaliero sono da considerarsi a tutti gli effetti fasi di un processo di manipolazione, conservazione e somministrazione di alimento. L' HACCP "Hazard Analysis and Critical Control Points" è una metodologia usata per implementare il sistema di autocontrollo, in quanto consente di valutare e stimare pericoli e rischi e stabilire misure di controllo in modo da garantire la sicurezza dell'alimento. Il sistema di autocontrollo viene descritto in un manuale operativo, ne è stata ritenuta opportuna la rappresentazione anche mediante un diagramma di flusso.

PAROLE CHIAVE: HACCP, piano autocontrollo, lactarium

CONTENUTI DEL MANUALE

Per rendere quanto più operativo il contenuto del manuale si è scelto di adottare il format comune a tutte le procedure aziendali della ASL 10 – Firenze, suddividendo i contenuti in:

Descrizione dei locali ed attrezzature necessarie allo svolgimento della attività proprie, con i requisiti minimi richiesti. Identificazione del personale coinvolto, dei responsabili delle varie fasi del processo; individuazione dei percorsi formativi/addestrativi necessari.

Descrizione delle fasi del processo, con l'attribuzione, per le varie fasi, dei criteri di GMP (buone pratiche di produzione, ovvero condizioni o attività di base necessarie per mantenere un ambiente igienico lungo tutta la filiera alimentare) o di CCP (punti critici di controllo, ovvero fasi del processo in cui è possibile ed è essenziale applicare un controllo per prevenire o eliminare un rischio per la sicurezza dell'alimento o per ridurlo ad un livello accettabile).

LE FASI INDIVIDUATE

- **A) Selezione delle donatrici "interne" (GMP)**
- **B) Raccolta del latte materno (GMP)**
- **C) Scongelo del latte raccolto e conservato a domicilio (GMP)**
- **D) Pastorizzazione (CCP)**
- **E) Refrigeramento, congelamento e stoccaggio (CCP)**
- **F) Somministrazione (GMP)**
- **G) Sanificazione (GMP)**

Sono state inoltre ritenute obbligatorie le seguenti registrazioni: 1) registro delle pastorizzazioni; 2) registro degli interventi di sanificazione sulle attrezzature. 3) Registro delle azioni correttive; 4) registro di presa consegna latte da banca latte di altro ospedale. Gli allegati al piano di autocontrollo, oltre ai registri sopra richiamati, sono costituiti da: 1) diagramma di flusso della attività; 2) schema HACCP; 3) Scheda donatrice contenete anche sezione relativa al consenso informato; 4) Opuscolo informativo sulla corretta prassi di raccolta e conservazione del latte umano a domicilio.

CONCLUSIONI

La redazione del manuale di autocontrollo per le attività del lactarium dell'Ospedale SGD risponde ad un obbligo definito dalla normativa europea e nazionale sulla sicurezza alimentare. La proceduralizzazione delle attività, l'identificazione dei responsabili delle fasi principali, l'identificazione delle registrazioni obbligatorie rendono possibile ed evidente la tenuta sotto controllo di tutto il processo, che può così entrare nel percorso di accreditamento del presidio ospedaliero.

SECURITY & SAFETY NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA ANALISI DI UN SISTEMA E REGISTRAZIONE DI UN'ESPERIENZA

Alessio Cavana*

** Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola Malpighi – Direzione Medica Ospedaliera – Area Igiene, Prevenzione e Protezione, Coordinamento dei Servizi Sanitari di Supporto – Settore Tutela Ambientale.*

PAROLE CHIAVE

Security, Attività Coordinata, Sistema di Monitoraggio Dinamico.

INTRODUZIONE

Per impostare l'attuale sistema di Security, dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna è stata condotta l'analisi dei principali rischi al fine di individuare le aree critiche da proteggere, le modalità di protezione, secondo un concetto consolidato nel settore della sicurezza che riguarda l'integrazione tra difese umane, fisiche, elettroniche e procedure da adottare per la tutela dell'utenza interna /esterna ed il patrimonio aziendale.

CONTENUTO

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi è il primo Ospedale in Bologna con oltre 400 anni di storia alle spalle, oggi sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bologna.

E' un Ospedale città-giardino nel cuore della città di Bologna: si estende per circa 1,8 Km di lunghezza, sviluppandosi su una superficie di circa 254000 mq e le unità operative che la compongono sono distribuite in 31 Padiglioni. Si stimano circa 20.000 presenze al giorno di frequentatori (personale dipendente, studenti e docenti universitari, pazienti, visitatori e fornitori).

Alla luce dell'alto numero di persone che accedono al nosocomio, è stato istituito un ufficio di Direzione preposto al monitoraggio ed alla gestione di tutte le attività pertinenti alla Security & Safety.

Il responsabile dell'ufficio (Security Manager) ha come mission primaria tutelare il patrimonio aziendale, i cittadini ed i dipendenti attraverso un'intensa attività coordinata tra Forze dell'Ordine, Magistratura, Prefettura componenti direttivi aziendali e vigilanza interna.

CONCLUSIONI

Considerata la vasta area ospedaliera, il Security Management ha dato origine ad un sistema di monitoraggio dinamico della struttura che, sulla base degli eventi accaduti e nell'ottica del miglioramento continuo, ha prodotto negli anni risultati più che soddisfacenti. L'analisi condotta ha come finalità, il trasmettere a tutti coloro che lavorano in ambito ospedaliero, un'esperienza con esiti positivi che ha portato negli anni un miglioramento tangibile e percepito nonostante le criticità della struttura stessa dettate dai padiglioni costruiti in epoche diverse nei suoi 400 anni di storia.

SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE AL CATETERE VENOSO CENTRALE (CVC) PRESSO L'IRCCS ONCOLOGICO G. PASCALE

P. Ciaramella, MR Esposito, F. Di Paola, S. Ricciardelli, V. Rossi, A. Capasso

Introduzione:

La sorveglianza delle CRBSI (*catheter-related blood stream infections*) è spesso limitata alle Terapie Intensive (TI), ma, com'è noto, l'impiego dei dispositivi intravascolari centrali sta diventando sempre più frequente anche in oncologia, in quanto la cura del paziente oncologico richiede la disponibilità di un affidabile accesso venoso a lungo termine, per la particolare complessità dei regimi chemioterapici a cui viene sottoposto. Considerato che i vantaggi garantiti dall'uso estensivo dei CVC in questi ambiti sono però associati ad un aumentato rischio di complicanze, rappresentate soprattutto da batteriemie e sepsi, alcuni autori suggeriscono una sorveglianza anche in reparti non-intensivi con un'elevata proporzione di giorni-CVC.

Per tale motivo, presso l'Istituto Tumori di Napoli, è stata effettuata una sorveglianza correlata alle infezioni da CVC, dato l'elevato numero di pazienti che beneficia di tale dispositivo ed il rilievo sempre più consistente di tali infezioni nei reports di sorveglianza microbiologica effettuata nell'Istituto.

Parole chiave:

Sorveglianza, infezioni, catetere venoso centrale.

Contenuti:

Sorveglianza nel periodo compreso tra Maggio 2010 e Settembre 2010. Il campione sorvegliato consta di 169 pazienti a cui nel periodo indicato è stato impiantato un CVC presso il Blocco Operatorio Centrale. Per la sorveglianza è stata utilizzata una scheda nella quale sono state riportate tutte le informazioni successivamente inserite nel data base. La diagnosi di CRBSI è stata fatta secondo le linee guida dei CDC 2002.

I risultati mostrano che i pazienti che hanno presentato emocolture positive da CRBSI sono stati 15, con una media di 60 giorni dall'impianto alla comparsa.

La distribuzione delle emocolture positive da CRBSI interessa per il 4% l'Ematologia, per il 2% l'Uro-Ginecologia, per il 2% EGDBP, per l'1% EnteroProctologico e per l'1% il BOC, a seguito di rimozione del dispositivo.

Microorganismi isolati: 25% candida, 25% stafilococchi, 17% Klebsiella, 33% altri. Le tipologie di cateteri interessati, sono riferite, per il 4% da Groshong, per il 2% al PICC e per l'1% da CVC Breve Termine.

Conclusioni:

Dalla sorveglianza effettuata non sono emerse infezioni riconducibili al momento dell'impianto. Le azioni correttive messe in atto riguardano la stesura di un nuovo protocollo di gestione del CVC elaborato secondo il "Bundle" che prevede anche una scheda infermieristica di monitoraggio, utile a segnalare infezioni non solo sistemiche ma anche locali. I risultati raggiunti saranno utilizzati come punto di partenza per ulteriori approfondimenti sulla sorveglianza in ambito oncologico.

RIORGANIZZAZIONE DELLE LINEE PRODUTTIVE DELL'UNITÀ OPERATIVA ORTOPEDICA DI RAVENNA

Ciotti E*, Belluati A.** , Zanotti G.** , Tellarini D.** Caruso B.** ,
*Alma Mater Studiorum Università di Bologna, **Azienda Sanitaria Locale Ravenna

Parole chiave: *management, efficienza, flessibilità*

INTRODUZIONE: Oggi più che mai le organizzazioni sanitarie devono essere capaci di rispondere al cambiamento adattandosi alle trasformazioni della realtà in cui operano tramite la valorizzazione del personale e una gran flessibilità organizzativa.

CONTENUTI: L'unità ortopedica del presidio ospedaliero di Ravenna ha dall'aprile del 2007 ad oggi attraversato grossi cambiamenti. Nella prima fase del progetto di miglioramento 2007-2009 si è effettuata una reale separazione dell'unità operativa di Ortopedia e Traumatologia con: 1) Istituzione di una nuova U.O. di Traumatologia con responsabilità aziendale a valenza di struttura complessa, 2) Istituzione di una nuova U.O. semplice di Ortopedia, che faceva riferimento all'U.O. complessa del P.O. di Lugo. Dal 1° gennaio 2010 è in atto la seconda fase della riorganizzazione. Si è deciso di mantenere una distinzione delle due linee di produzione ortopedia e traumatologia, cercando di arrivare ad una flessibilità tale che anche senza avere una separazione dei locali, potesse comunque mantenere l'attività distinta presso la sola unità operativa di traumatologia di Ravenna. La scelta di mantenere distinte le linee di produzione per quanto riguarda la traumatologia e l'elezione garantendo per quest'ultima costanti volumi di produzione è stata resa possibile grazie ad un' accurata programmazione delle sedute operatorie; una continua crescita professionale, un ampio livello di autonomia dei professionisti; un attento e intenso programma di formazione; un particolare attenzione allo sviluppo di una forte motivazione personale per tutti i componenti dell'equipe.

Un ulteriore importante lavoro è stato finalizzato a migliorare il percorso di assistenza durante il ricovero ospedaliero, in particolare per quanto riguarda la fase di recupero successiva all'intervento e la pianificazione della dimissione. Questa fase si è concretizzata nella realizzazione del progetto PACO, che consiste nella istituzione di un reparto di post acuti a gestione infermieristica.

CONCLUSIONI: I due settori di produzione della disciplina dell'ortopedia e traumatologia rispondono a logiche organizzative diverse: la Traumatologia deve possedere caratteristiche di reattività e tempestività di cura, l'Ortopedia accessibilità e pianificazione, condizioni irrinunciabili ai fini del mantenimento di una competitività nel mercato sanitario. La modalità organizzativa con cui si può raggiungere quest'obiettivo può essere differente e comunque efficace, gli elementi fondamentali sono: una pianificazione costante dell'attività chirurgica con due percorsi distinti, un uso efficiente delle risorse ed una chiara e precisa definizione dei percorsi clinico assistenziali. Altri elementi fondamentali sono gli uomini che applicano le strategie aziendali, l'aspetto motivazionale e la formazione continua.

Tab.1 Numero interventi da registro operatorio confronto 2007-2009-2010

gen-07	187	gen-09	167	gen-10	171
feb-07	171	feb-09	164	feb-10	195
mar-07	183	mar-09	206	mar-10	223
apr-07	158	apr-09	204	apr-10	223
mag-07	172	mag-09	196	mag-10	212
giu-07	176	giu-09	198	giu-10	217
lug-07	189	lug-09	219	lug-10	229
ago-07	178	ago-09	213	ago-10	224
set-07	153	set-09	193	set-10	223
ott-07	163	ott-09	186	ott-10	207
nov-07	151	nov-09	167	nov-10	203
dic-07	165	dic-09	226	dic-10	211
Anno 2007	2046	Anno 2009	2339	Anno 2010	2538

Tab.2 Analisi comparativa (2005-2007-2008-2009 2010) dei principali dati di attività

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Degenza Ordinaria						
Posti letto	52	52	49	49	38	38
Pazienti Trattati	1651	1560	1614	1779	1853	1915
Giornate di degenza trattati	15554	16693	15648	13561	12226	11783
Degenza media trattati	9,4	10,7	9,7	7,62	6,6	6,3
Degenza media trimmata	7,62	8,04	6,83	5,46	4,65	4,58
DM preoperatoria prog	2,67	2,47	1,71	0,7	0,57	0,43
DM preoperatoria urg	4,86	4,22	3,33	2,44	1,7	1,47

MANAGEMENT DEL DOLORE POST-OPERATORIO IN DAY SURGERY

Francesca Ciralo*, Stefano Falchi°, Felicia Zaccardi*, Maria Leoni*, Catia Menghini§, Gianluca Cioni+, Elisabetta Cocchi*, Marco Geddes da Filicaia*

P. O. FI Centro - AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

**Dirigente medico DSPO FI Centro; °Direttore S. S. Anestesia P. O. Palagi; §Inf. Coordinatore Day surgery; +Referente SS. OO. P. O. Palagi*

INTRODUZIONE

La sintomatologia dolorosa post-operatoria può influenzare la dimissibilità dei pazienti in day surgery, creare disagio nel paziente ed aumentare il carico assistenziale per il personale.

Presso il Presidio Palagi del P. O. FI Centro è attiva dal 2003 una freestanding che effettua circa 8000 interventi l'anno.

Per la gestione del dolore post-operatorio sono stati adottati protocolli specifici.

Nel 2009 è stato realizzato un audit per la valutazione della rilevazione del dolore e dell'applicazione del protocollo in caso di intervento di alluce valgo. Nel 2010 è stato riproposto un nuovo audit con gli stessi criteri di selezione e campionamento.

I due audit sono stati promossi dalla Struttura Semplice di Anestesia ed organizzati e facilitati dalla Direzione Sanitaria di Presidio. Hanno partecipato alle discussioni anestesisti, ortopedici, infermieri e loro coordinatori di sala operatoria e day surgery.

CONTENUTI

In ciascun anno di rilevazione è stato selezionato un campione di 30 ricoveri con presenza nella SDO del codice di procedura chirurgica 77.5 (asportazione di borsite e correzione di altre deformità delle dita), estratti con randomizzazione casuale da un totale di 150 eleggibili nel 2009 e 230 nel 2010. Di ciascun ricovero è stata analizzata la cartella clinica con particolare riferimento al diario infermieristico ed allo schema delle prescrizioni post-operatorie.

Il campione nel 2009 è risultato composto da 30 pazienti tutte di sesso femminile ed età media 58 anni, mentre nel 2010

è risultato composto da 30 pazienti, 27 di sesso femminile, 3 di sesso maschile, ed età media 61 anni.

Dall'esame della modulistica presente in cartella clinica sono state raccolte in un data base su excel notizie relative alla rilevazione della VAS a riposo e al movimento, del blocco motorio, di sintomatologia tipo nausea, vomito, prurito, sedazione, dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria). Infine è stato rilevato se le informazioni erano seguite dalla firma di chi le forniva.

E' stato inoltre rilevato se il protocollo era menzionato in cartella, se erano rilevati i parametri vitali post-intervento, se è stata necessaria la dose rescue o la somministrazione di altri farmaci e per quale motivo, e l'ora di dimissione, importante parametro nei ricoveri di un giorno.

E' stato rilevato, nel secondo anno di audit, un miglioramento della qualità e della completezza della documentazione sanitaria compilata dal personale della degenza, a fronte di un lieve peggioramento della stessa compilata nella fase operatoria.

E' stato rilevato un bisogno formativo sulla normativa e le buone pratiche della gestione del dolore. E' stato infine proposto di revisionare ed ottimizzare procedure e modulistica attraverso la creazione di un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale.

CONCLUSIONI

L'audit è uno strumento di miglioramento della qualità. L'opportunità di una discussione, uno scambio "tra pari" ha aumentato la consapevolezza del personale su ciò che fa, come lo fa e su come documenta il proprio agire professionale.

UN MODELLO DI OTTIMIZZAZIONE PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI ELETTIVI

Coppi A*, Agnetis A*, Colombai R[^], Corsini M*, Dellino G*, Detti P*, Meloni C**, Mezzenzana M[^], Murgia G*, Porfido E[^], Pranzo M*, Veneziani A^{^^}

**Università degli Studi di Siena, [^]Azienda Usl 11 Empoli, **Politecnico di Bari, ^{^^}Azienda Usl 7 Siena*

Parole chiave

Pianificazione degli interventi, modello di ottimizzazione, sistema di supporto alle decisioni

Introduzione

La gestione di un blocco operatorio di un ospedale e la pianificazione degli interventi chirurgici sono problemi intrinsecamente molto complessi, con la presenza di molti vincoli e di incertezze relative, ad esempio, alla durata delle operazioni e al verificarsi di emergenze che devono essere affrontate immediatamente. Il livello di complessità di questi problemi può far sì che talvolta le decisioni portino a una gestione non ottimale del blocco operatorio.

Contenuti

In questo lavoro si presenta uno studio relativo alla pianificazione degli interventi in elezione di una specialista chirurgica di un ospedale di medie dimensioni. E' stato sviluppato un modello matematico di supporto alle decisioni che permette di distribuire gli interventi in lista di attesa di ogni sotto-specialistica nelle sedute operatorie preassegnate alle diverse sale operatorie nell'arco della settimana. La peculiarità di questo lavoro è che il modello tiene conto della disponibilità del chirurgo che dovrà eseguire l'intervento. Pertanto, dati in ingresso le liste di attesa, l'orario di servizio dei chirurghi e le sedute operatorie disponibili, il modello produrrà le note operatorie settimanali per ogni seduta, massimizzando l'occupazione delle sedute nel rispetto delle classi di priorità e i tempi di attesa degli interventi programmati.

Conclusioni

Anche se i risultati preliminari finora ottenuti (su dati reali forniti dall'ospedale San Giuseppe di Empoli) non consentono di trarre delle conclusioni definitive, in quanto non sono state considerate eventuali rinunce dei pazienti, il modello sviluppato mostra potenziali margini di miglioramento in termini di tasso di utilizzo delle sale operatorie, riduzione delle liste di attesa e parziale automazione del processo decisionale, con conseguenti benefici per i pazienti ed il management ospedaliero.

“UNA PROPOSTA DI VITA” SCUOLA E OSPEDALE INSIEME PER PROMUOVERE LA CULTURA DELLA VITA ATTRAVERSO LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI E LA DONAZIONE DI ORGANI

Roberto Cosentina

Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera “Ospedale di Circolo di Busto Arsizio”

Coautori: Antonio Triarico Direttore Medico P.O. Busto Arsizio - Giorgio Servadio Direttore Dipartimento Chirurgico P.O. Busto Arsizio - Emilio Lualdi Direttore Dipartimento di Emergenza Urgenza P.O. Busto Arsizio - Fabrizio Fratini Direttore Dipartimento Chirurgico P.O. Saronno - Cinzia Zaffaroni Responsabile URP Coordinatore Locale Rete HPH Azienda Ospedaliera - Claudio Merletti Dirigente Ufficio Scolastico Territoriale di Varese - Armando Gozzini Direttore Generale Azienda Ospedaliera “Ospedale di Circolo di Busto Arsizio”

Introduzione

L'incidenza di incidenti stradali è in lento decremento, ma il loro peso sociale rimane ancora molto rilevante. Tali eventi provocano meno dell'1,5% dei decessi totali annuali in Italia, ma oltre il 40% nei giovani tra i 15 e i 24 anni, costituendo la prima causa di morte.

Sul fronte della prevenzione dei comportamenti scorretti e rischiosi, l'Ufficio Scolastico Territoriale di Varese (ex Provveditorato agli Studi) ha messo a punto nel 2003 un Progetto interistituzionale a cui hanno aderito Regione, Provincia, Polizia Stradale, Vigili del Fuoco, A.S.L., Aziende Ospedaliere del territorio e l'Università dell'Insubria, dal titolo “Prevenzione degli infortuni da traffico autoveicolare - Incidenza dell'assunzione di alcool e droghe” per le classi 4^a e 5^a delle Scuole Secondarie Superiori di Varese e provincia. In tale contesto si colloca il progetto “Una proposta di vita”.

Parole chiave

Ospedale – Prevenzione – Donazione

Contenuti

Il Progetto prevede una serie di incontri per sensibilizzare i giovani rispetto ai danni che possono derivare a seguito dell'inosservanza delle regole del codice stradale e all'uso di alcool e droghe. In tal modo l'Ospedale si propone come Istituzione che, affiancandosi alla Scuola, promuove momenti di educazione alla salute. Un secondo aspetto è l'informativa inerente la legge n. 91/99 che disciplina la donazione di organi e tessuti. La “donazione” implica una visione altruistica dell'esistenza, una scelta che va verso la vita anche quando la propria viene drammaticamente interrotta.

Il Progetto, che coinvolge gli Ospedali di Busto Arsizio e Saronno, è attivo dal 2005 e ha finora coinvolto 1.407 studenti frequentanti licei, istituti tecnici e professionali del territorio: esso prevede incontri preliminari in materia di incidenti stradali e donazione di organi e tessuti nelle scuole, seguiti da momenti organizzati in Ospedale con visite guidate e dibattito. Le visite guidate, oltre a completare le informazioni trasmesse, hanno lo scopo di sollecitare le emozioni dei giovani; vengono effettuate nei reparti di pronto soccorso, rianimazione, ortopedia e traumatologia, dialisi, chirurgia generale.

I ragazzi compilano un questionario inerente i loro stati d'animo al termine delle visite guidate. Il campione analizzato è risultato soddisfatto circa le aspettative in termini di: grado di interesse (80%), aumento di riflessività sul tema (78%), elevata curiosità (48%), bassa percentuale di noia (1%).

Conclusioni

Promuovere la salute significa anche favorire la diffusione della cultura della responsabilità mettendosi attivamente al servizio del territorio secondo una logica di alleanza con le Istituzioni in esso presenti.

LA TUTELA DEGLI OPERATORI NELLA PROSPETTIVA DEL GOVERNO CLINICO: UNA PROPOSTA OPERATIVA

Costa R, Lalla M, Guida E.
ASL Na1Centro

Introduzione

Il principale obiettivo del governo clinico, rappresentato dalla creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria, richiede il potenziamento delle risorse umane che da "principale capitolo di costo per le aziende sanitarie"(FIASO -2005), possono diventare un valore aggiunto del sistema sanitario.

Difatti, nella prospettiva della responsabilità sociale delle imprese, introdotta dal D.Lgs. 231/01, le risorse umane sono considerate soggetti portatori di valori etici e morali e, come tali posti al centro dell'organizzazione del lavoro.

La tutela della loro salute risulta, pertanto, un'esigenza prioritaria, secondo una visione di management che operi promuovendo l'empowerment degli operatori.

Parole Chiave

Tutela della salute dei lavoratori, management

Contenuto

La definizione di salute, ridiscussa alla luce delle profonde trasformazioni culturali, scientifiche ed economiche della società attuale, si riassume oggi nella realizzazione di un "personale progetto esistenziale", di cui lo stato di benessere psicofisico individuato dalla riforma sanitaria del '78 non è che un aspetto.

"Si tratta di un concetto molto vasto che implica, in modo complesso, la salute fisica e psichica di una persona, il livello di indipendenza, i rapporti sociali, i valori personali e il modo di rapportarsi con le caratteristiche salienti dell'ambiente"(OMS).

L'attuale assetto normativo in tema di tutela della salute e sicurezza in ambiente di lavoro, D.Lgs 81/2008 e s.m.i, nel superamento del modello risarcitorio, riaffermando il concetto di prevenzione basato sull'approccio proattivo di analisi del rischio, affermato dalla legislazione europea, introduce alcune specificità della popolazione lavorativa:

-all'art. 1 (finalità) fa riferimento alla.... "uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati";

-all'art.28, (oggetto della valutazione), considera ... "rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, ...e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, ...nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi".

Conclusioni

Il richiamo alla promozione dell'equità di genere ed alle peculiari condizioni soggettive dei lavoratori, l'apertura alla prospettiva multiculturale e l'esplicito riferimento, nella valutazione dei rischi, allo "stress-lavoro correlato", offrono alla Direzione Sanitaria l'opportunità di coordinare la sperimentazione di innovativi modelli di organizzazione del lavoro che, attraverso l'applicazione di buone pratiche, in un "sistema di management che privilegi le competenze e le capacità di gestire relazioni ed emozioni"(Borgonovi), consentano la concreta realizzazione di diritti che risultano al momento solamente enunciati.

RISCONTRO DELLA NORMATIVA ANTI-ASSETEISTICA NEL P.O. DI GALLIPOLI NEL TRIENNIO 2008-2009-2010

Cristallo Vincenzo*, Negro Gianfranco*, Pizzileo Laura^o, Dell'Angelo Custode Egidio*

**Direzione Sanitaria di P.O.,^oDirezione Amministrativa. Parole chiave: Valutazione delle performance.*

Introduzione

La disciplina delle assenze per malattia, stabile per decenni, ha recentemente avuto un susseguirsi di novità dovute a una serie di atti normativi. Tra questi ricordiamo l'art. 21 della legge 18/6/2009 n.69, per il quale si devono pubblicare i dati relativi ai tassi di assenza di ciascuna p.a. e il D.Lgs. 150/2009 noto come "riforma Brunetta-Tremonti".

Per l'analisi empirica dell'assenteismo dei dipendenti del P.O. "Sacro Cuore di Gesù" di Gallipoli si è utilizzata la banca dati della ASL-LE. Si è ottenuto l'elenco di 547 dipendenti con contratto tipico: 252 relativi alle uu.oo. senza posti letto e 295 delle uu.oo. con posti letto. L'osservazione temporale percorre 36 mesi dal gennaio 2008 a dicembre 2010 e coinvolge 285 donne e 262 uomini.

L'indice numerico espressione del totale delle giornate (gg.) di assenza mensili per U.O. è stato ricavato sommando il congedo per malattia, il congedo straordinario e il congedo ordinario.

I singoli tassi di assenza sono stati ricavati tramite rapporti aventi come numeratore il numero di eventi registrati nella popolazione statistica considerata e come denominatore il numero totale di giorni lavorativi di quella stessa popolazione.

Contenuti

Considerando il congedo ordinario del nosocomio del 2008-09-10 si evince un'incremento delle ferie godute da marzo ad agosto e una sua caduta da settembre a novembre per avere un picco a dicembre. Nel 2008 il 35% delle ferie totali annue si è speso a luglio e agosto, nel 2009 il 32% e nel 2010 il 29%.

L'analisi del congedo straordinario nel triennio dimostra come la richiesta venga effettuata soprattutto nelle stagioni fredde e nella primavera.

Vi è un diverso andamento tra uomini e donne nell'usufruire del congedo per malattia. Le donne per ciascuna delle tre annualità hanno un tasso parziale di malattia doppio rispetto agli uomini superando il tetto del 6% gli uomini del 3%.

La quantità media di gg. di malattia godute da impiegati donna nel 2008 è 18,2 gg, nel 2009 è 23 gg, nel 2010 è 19,4 gg; dagli impiegati uomo nel 2008 è 8,66 gg, nel 2009 è 11,30 gg, nel 2010 è 9,23 gg.

E' costante nel triennio una equivalenza del godimento di gg. di malattia tra il periodo primaverile-estivo rispetto a quello invernale-autunnale e soprattutto mensilità come luglio e agosto hanno valori superiori a mensilità fredde.

Nel 2008 le gg. di malattia spese nei mesi da ottobre a marzo equivalgono a 3.828 ovvero al 51% del totale dei giorni di malattia richiesti nell'anno, nel 2009 a 4.770 gg. pari al 50%; nel 2010 a 4.130 gg. ovvero al 51%.

Conclusioni

Si deduce una spesa più giudiziosa del congedo ordinario tra il 2008-09-10 nei mesi di luglio e agosto, anche se, la medesima distribuzione è reiterata nel triennio.

La spiegazione più verosimile riguardo ai risultati dell'analisi del congedo straordinario è l'assistenza a familiari e l'aggiornamento professionale.

In alcune mensilità del triennio le curve del congedo ordinario e di malattia si sovrappongono.

Per entrambi i sessi non vi è una riduzione della quantità delle gg. di malattia godute tra il 2008 e il 2010 mentre vi è tra il 2009 e il 2010. Andrebbe valorizzato ed accentuato il ridimensionamento della spesa del congedo per malattia, osservato nell'ultimo biennio, anche negli anni avvenire in quanto i costi della sua gestione ricadono sulle policy regionali e locali.

Abbiamo dimostrato che nel P.O. di Gallipoli, anche se minima rispetto al 2009, vi è stata una riduzione del tasso totale di assenza. In ciascuna delle P.P.A.A. in Italia può trovarsi rigore ed efficienza.

SISTEMI DI CONTROLLO DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE NELL'AOU POLICLINICO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA: L'ADOZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA NELL'AREA DELL'EMERGENZA E LA VALUTAZIONE COMPARATIVA CON LA CARTELLA CLINICA

R. Cunsolo*, M. Danzi*, S. Galeano*, G. Rapisarda ^, M. Pezzino^, A. Gambera°, C. Giuffrida□, G. Carpinteri□
* Direzione Medica di Presidio PO V. Emanuele — ^ U.O. Cardiologia PO V. Emanuele -- ° Scuola per la Gestione
dei Servizi Ospedalieri e Sanitari PO V. Emanuele -- □ UOC MCAU PO V. Emanuele
Direttore Sanitario AOU Policlinico – Vittorio Emanuele di Catania: Dr Gaetano Sirna

Parola chiave

Qualità, documentazione sanitaria, identificazione pz.

Introduzione

La cartella infermieristica consente alle organizzazioni sanitarie e agli operatori, per via dei livelli di autonomia e di responsabilità acquisiti, di registrare l'esercizio delle proprie funzioni a cominciare dall'accertamento infermieristico. Un eventuale errore nella compilazione della documentazione infermieristica può compromettere lo sviluppo positivo della pianificazione assistenziale, cagionando nocimento all'utenza, soprattutto nell'ambito dell'area critica. Attraverso uno studio condotto presso alcune UU.OO. afferenti all'area dell'emergenza dell'AOU sono stati rilevati alcuni items inerenti all'appropriatezza e alle possibili imperfezioni evidenziabili nella compilazione della cartella infermieristica.

Materiali e Metodi

L'osservazione e la contestuale valutazione comparativa tra un campione di n.166 cartelle infermieristiche con le rispettive cartelle cliniche, compilate (nel trimestre Ottobre - Dicembre 2009) nell'ambito di due UU.OO. afferenti al D.E.A. del P.O. Vittorio Emanuele (di cui n.80 provenienti dalla Medicina e Chirurgia di Accettazione e D'Urgenza e n.86 dalla Cardiologia-UTIC), hanno fornito indicazioni significative riguardo la loro compilazione, comunque ispirata sul piano teorico ai principi di veridicità, completezza, correttezza formale e chiarezza nella grafia. L'analisi del campione ha rilevato soprattutto alcune criticità specie in ordine alle fasi di prescrizione – trascrizione della terapia. In particolare, è stata riscontrata una percentuale di errore del 4% (40 errori su 996 osservazioni), associabile soprattutto al farmaco prescritto dal medico in cartella clinica, ma non trascritto dall'operatore in cartella infermieristica ed al farmaco non prescritto dal medico, ma trascritto dall'infermiere.

Conclusioni

La cartella infermieristica rappresenta uno strumento appropriato alle esigenze del Nursing attuale relativamente alla responsabilità ed all'autonomia infermieristica, come strumento di tutela penale, civile, deontologica ed amministrativa, soprattutto in un contesto assistenziale complesso come l'area dell'emergenza. L'esito dello studio intrapreso, quale strumento di valutazione della qualità assistenziale e quindi dell'appropriatezza della compilazione della cartella infermieristica, evidenzia l'opportunità di adottare adeguati strumenti identificativi del pz, tra cui l'uso del braccialetto elettronico e l'adozione di strumenti documentali di rilevanza come il foglio unico di terapia.

ETICA E VOLONTARIATO: L'ESPERIENZA DI UNIVALE

*T. Cuppone, **F. Forni, M.C. Manca, ***A. Piccone

* *Direttore Sanitario Policlinico San Donato* ** *Docente corso "Un ponte per un Sorriso Univale"* *** *Segretaria e Socio Univale.*

INTRODUZIONE

Univale nasce in Valtellina nel 1990 come associazione di volontariato senza scopo di lucro, con esclusiva mission di solidarietà sociale nel campo dell'assistenza a favore di pazienti oncologici e delle loro famiglie. In particolare l'aiuto è rivolto ai bambini e comunque a coloro che, necessitando di trattamenti particolari, siano costretti ad affrontare disagi logistici e importanti impegni economici per spostarsi dalla Valle, che presenta una viabilità molto difficoltosa e un territorio interamente montano.

CONTENUTI

Negli ultimi due anni sono stati seguiti 14 pazienti in età pediatrica, tutti in cura presso centri specialistici fuori Provincia, di questi:

2 deceduti

6 terapia in corso

6 controlli periodici in corso

Principali attività di Univale:

Sostegno psicologico ai pazienti ed alle loro famiglie.

Offerta di mini appartamenti per chi risiede lontano dai centri di cura.

Consulenza per il disbrigo di pratiche amministrative (invalidità, ADI, etc).

Trasporti protetti convenzionati con CRI per consentire di raggiungere agevolmente i centri di cura.

Nel tempo Univale ha potuto osservare come i bambini siano i pazienti più fragili e maggiormente esposti a difficoltà, soprattutto quando è necessario allontanarsi da casa. L'impatto emotivo, l'impegno temporale, lo sconvolgimento dei ritmi quotidiani rappresentano per tutta la famiglia uno stress difficilmente sostenibile senza un valido supporto esterno. A tutto questo si aggiunge che buona parte dei casi seguiti sono rappresentati da bambini di famiglie extracomunitarie. Con queste premesse risulta evidente la molteplicità di problematiche, con imprescindibili risvolti etici, che si pongono all'associazione e al singolo volontario nell'intervento di aiuto. Si cita, ad esempio:

il rispetto della privacy

la corretta gestione della comunicazione

il rispetto della tipologia di trattamento terapeutico senza interferenze di sorta

il rispetto della cultura, della morale, della religiosità del paziente e della famiglia

il rispetto del paziente e/o del nucleo familiare, traumatizzato/ti dalla diagnosi

le modalità di intervento nella fase finale della malattia

il rapporto con l'ente pubblico

la distribuzione delle risorse di Univale.

CONCLUSIONI

Dopo avere attentamente rivalutato la sua mission, il contesto locale, la tipologia di assistiti, le tematiche etiche correlate all'intervento, le risorse disponibili, il Direttivo Univale ha rilevato la necessità di formare il personale volontario sul piano clinico, ma soprattutto etico e psicologico con particolare riferimento all'assistenza dell'età pediatrica. Dal mese di aprile 2011 è stato attivato il corso "Un ponte per un sorriso", che si concluderà con la fine dell'anno. I primi incontri hanno visto la partecipazione dei volontari, non solo dell'associazione, e sono già stati l'occasione per aprire un confronto sulle problematiche sopra descritte. Per quanto riguarda l'etica dell'allocazione delle risorse Univale sta conducendo una riflessione sulle priorità e sulle iniziative in essere e future.

LA CENTRALE DI STERILIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI BIELLA: VALUTAZIONE DI ALLESTIMENTO E GESTIONE

F. D'Aloia, A. Penna, B. Bragante, A. Tedesco, P. Trevisan, S. Miola, M. Rolfo, M. Raiteri, I. Grossi.

Azienda Sanitaria Locale Biella via Marconi 23 13900 Biella

Parole chiave: sterilizzazione, esternalizzazione

Introduzione

Presso l'Azienda Sanitaria Locale di Biella è in avanzata fase di completamento il Nuovo Ospedale che sarà attivato entro il 2013. In occasione dell'ultima revisione del progetto, la Direzione Aziendale ha commissionato ad un apposito gruppo di lavoro multidisciplinare, una valutazione sulle modalità di completamento e realizzazione del servizio di sterilizzazione e sull'opportunità di erogazione del servizio in modalità alternative alla gestione diretta.

Contenuti

Al fine di poter analizzare e confrontare le alternative possibili il gruppo di lavoro si è posto due obiettivi conoscitivi: definire con esattezza l'attuale servizio e stimare il dimensionamento del nuovo. La prima fase è stata quella di effettuare una ricognizione del processo di sterilizzazione dei dispositivi medici nell'attuale nosocomio al fine di quantificare con esattezza il bisogno e valutare l'impatto del trasferimento nel nuovo ospedale. Sono state analizzate le modalità organizzative adottate, le risorse impiegate, i costi. Presso l'attuale ospedale l'attività di sterilizzazione è organizzata attraverso una serie di singole unità di sterilizzazione distribuite in diversi comparti ed una frammentazione delle varie fasi del processo. Nel nuovo polo ospedaliero invece, è prevista un'organizzazione centralizzata che permetterà un elevato livello di qualità e una maggiore efficienza. Il carico di lavoro che sarà richiesto nel nuovo Polo Ospedaliero, è stato individuato in base ai dati dimensionali del progetto (n° sale operatorie, funzioni e n° di posti letto). I parametri utilizzati per la stima del dimensionamento sono stati desunti dalla letteratura e da esperienze di altre realtà: il fabbisogno in termini di unità di sterilizzazione (unità standard 30x30x60 cm) è stato calcolato considerando una media di 1,3 U.S. per intervento chirurgico, più un margine di sicurezza del 30% che tiene conto anche del fabbisogno di dispositivi medici sterili per gli ambulatori ed i reparti (tab1). Il costo del personale è stato calcolato considerando l'organico della Centrale di Sterilizzazione costituito da 1 coordinatore infermieristico, 5 infermieri professionali e 6 OSS. L'analisi è stata completata cercando di definire, relativamente al contesto locale, vantaggi e svantaggi dei vari modelli considerati: allestimento e gestione diretta, allestimento diretto e gestione esternalizzata (modello misto), realizzazione e gestione esternalizzata. In particolare è stata considerata la complessità organizzativa del servizio, la valenza "strategica" della gestione dello strumentario chirurgico, l'integrazione con le attività correlate (blocco operatorio, ambulatori, degenze), le implicazioni medico legali e la gestione delle responsabilità.

Conclusioni

La scelta del modello gestionale del servizio di sterilizzazione costituisce senz'altro un momento delicato e decisivo per l'Azienda in quanto è ampiamente riconosciuta la complessità e la difficoltà che la gestione di tale servizio comporta sia nell'outsourcing che nella gestione diretta. L'outsourcing del servizio di sterilizzazione può costituire attualmente una reale opportunità in sanità pubblica, ancora dibattuta e spesso anche controversa. La scelta circa il modello da adottare, non va vincolata a considerazioni esclusivamente economiche ma vanno tenute ben presenti anche le implicazioni organizzative e strategiche che coinvolgono i vari settori aziendali.

Tab. 1

Parametri per calcolo fabbisogno Unità Standard di sterilizzazione

n.° Sale Operatorie = 10

n.° Sale Operatorie di Day Surgery = 3

Interventi / giorno per sala Operatoria = 5

Interventi / giorno per sala Operatoria di D.S. = 10

U.S. per intervento di S.O. = 1,5

U.S. per intervento di D.S. = 0,8

n.° giorni lavorativi / anno = 260

UMANIZZAZIONE IN OSPEDALE E IL BISOGNO DI CURA E LA CURA DEI BISOGNI. L'OFFERTA ASSISTENZIALE NELL'AOU POLICLINICO-VITTORIO EMANUELE DI CATANIA

M. Danzi, S. Galeano*, S. Frasciana*, G. Condorelli[^], R. Cunsolo*

*Direzioe Medica di Presidio Vittorio Emanuele – AOU Policlinico – Vittorio Emanuele di Catania,

[^]Servizio Civile

Direttore Generale AOU Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania: Dr Armando Giacalone

INTRODUZIONE

Il tema dell'umanizzazione delle cure, intesa come attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali, risulta oggi come non mai di grande attualità.

Gli ospedali del passato, come i lazzaretti, segregavano i malati contagiosi. Oggi in ospedale si guarisce, ma la permanenza al suo interno, specie se per lunghi periodi, equivale anche ad abbandonare le abitudini quotidiane, rinunciare alle comodità casalinghe e ridurre i rapporti con il mondo esterno e le relazioni sociali. Ancora oggi, si corre il rischio che l'ospedalizzazione possa generare un decremento della qualità della vita.

La qualità ricercata nei progetti di umanizzazione è quella sull'assistenza medica, ma coinvolge anche gli ambiti del nursing infermieristico, gli aspetti alberghieri, logistici, ambientali, non senza una particolare attenzione estetica riguardo agli arredi e ai percorsi, allo snellimento della burocrazia e all'organizzazione di attività ricreative sociali personalizzate con l'attivazione di atelier dedicati. Le politiche sanitarie aziendali sono orientate all'empowerment dei pazienti e dei loro familiari nell'ambito di un patto di cura con il medico.

MATERIALI E METODI

Persone anziane, sole o affette da malattie croniche terminali soffrono spesso l'isolamento e l'indifferenza, in un ambiente ospedaliero che ha difficoltà di comunicare e di relazionarsi con i pazienti ed i loro familiari.

L'opera di umanizzazione negli ospedali parte dalla soddisfazione dei bisogni (dal francese *soin*: cura - doppiamente bisognevole di cure) del ricoverato tra i quali la creazione di un clima di ordine e di tranquillità, l'accoglienza all'ingresso dell'ospedale, l'assistenza psicosociale, la riduzione dei tempi di attesa, la creazione di un confort adeguato nelle sale di degenza, la creazione di ambienti dedicati ai giochi presso i reparti Pediatrici con la creazione di giochi atti a ridurre la sofferenza dei piccoli pazienti.

Presso l'AOU Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania, anche grazie all'azione dei volontari del Servizio Civile è stato avviato un progetto di accoglienza che riscuote apprezzamento da parte degli utenti.

CONCLUSIONI

L'umanizzazione dell'ospedale è un processo che salda etica e formazione del personale, cambiamenti strutturali ed impegno concertato verso la creazione di una cultura innovativa.

L'AOU ha già organizzato diversi "Corsi di sensibilizzazione sull'etica della responsabilità" e incontri interdisciplinari e interprofessionali, volti a favorire la partecipazione del personale a momenti formativi. Infatti, solo un approccio integrato al problema, inquadrato nelle sue molteplici dimensioni: cliniche, psicologiche e sociali consentirà di raggiungere l'obiettivo di una maggiore umanizzazione degli ospedali.

Umanizzare gli ospedali significa, in sintesi, realizzare una difficile conciliazione fra clinica e tecnologia, pietas ed efficienza, esigenze psicosociali del malato e degli operatori, limitazione delle risorse e giustizia sociale, nell'intento primario del pieno rispetto dei bisogni del malato come figura centrale dell'assistenza sanitaria.

Obiettivo "è stimolare la parte sana della persona, ironizzando sulle pratiche mediche. Così da accelerare il processo di guarigione. Il clown dottore non fa animazione, ma opera un cambiamento terapeutico usando la 'clownterapia', la magia, il gioco comico o poetico, come metafora terapeutica per far scaturire l'energia vitale del ridere come emozione-sfondo e stato alterato di coscienza".

INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO IMPLICAZIONI FORMATIVE ED ORGANIZZATIVE PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE GENERALI E SPECIALISTICHE

De Benedictis A, Gualandi R, Tartaglini D.

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

Parole chiave: infermieri neo-assunti, inserimento, competenze.

Introduzione

Da una indagine sui bisogni formativi del personale infermieristico neoassunto al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma, è risultato che il 79% del personale (57 infermiere) non ha eseguito corsi di formazione oltre alla Laurea in Infermieristica e il 72% del personale (52 infermiere) si trova alla sua prima esperienza lavorativa in ambito assistenziale infermieristico.

Si è quindi progettato ed attuato un Corso di Perfezionamento per il personale lungo 6 mesi al fine di facilitare l'inserimento del personale all'interno del Policlinico.

Contenuti

Gli interventi formativi si sono strutturati in 3 principali macroaree (conoscenza istituzione, metodologia e pratica clinica, aspetti etici, giuridici e deontologici) e si sono stabiliti in base ai risultati dell'indagine preliminare sull'autovalutazione delle competenze di base e dei bisogni formativi. Sono state utilizzate le seguenti metodologie a seconda dell'argomento: lezioni partecipate, role-playng, simulazioni, visite guidate. Gli obiettivi di apprendimento sono stati posti in relazione a conoscenze, capacità e qualità. L'efficacia della formazione è stata valutata attraverso questionari di soddisfazione anonimi.

CAMPAGNA ANTINFLUENZALE PANDEMICA E STAGIONALE: SINERGIA O INTERFERENZA?

De Candido R., Collazzo R., Masutti M., Salvador A., Dominici M.P, Cappelletti P.

Unità Gestione Rischio Clinico e Accreditamento – Centro di Riferimento Oncologico Aviano
tel. 0434 659848 / 831 – e-mail rcollazzo@cro.it, mmasutti@cro.it

Introduzione

L'adesione del personale sanitario alla vaccinazione antinfluenzale risulta scarsa in tutti i Paesi. In Italia nell'estate del 2009, in seguito alla pandemia d'influenza H1N1, il Ministero della Salute ha intrapreso una campagna d'informazione, invitando il personale a sottoporsi alla vaccinazione. Si è voluto verificare il grado di adesione alla vaccinazione antinfluenzale del personale del CRO, se la campagna per la vaccinazione pandemica ha influito sull'adesione alla vaccinazione stagionale, conoscere le motivazioni che hanno determinato l'adesione o il rifiuto alle vaccinazioni.

Parole chiave: vaccinazione, influenza, lavoratori

Contenuti

Nel 2009 lavoravano al CRO 668 persone: a tutte sono state offerte le vaccinazioni antinfluenzali stagionale e pandemica.

Al personale che si è sottoposto ad una vaccinazione è stato somministrato un questionario per rilevare le motivazioni per cui si era sottoposto a tale vaccinazione e le motivazioni di adesione/rifiuto all'altra vaccinazione. E' stata inoltre rilevata la percezione della severità dell'influenza pandemica.

I dati sono riportati in forma descrittiva della specifica esperienza locale.

Si sono sottoposte: a vaccinazione antinfluenzale stagionale 88 persone (39 maschi e 49 femmine); a vaccinazione antinfluenzale pandemica 84 persone (40 maschi e 44 femmine). Tra queste si sono sottoposte ad entrambe le vaccinazioni solo 26 persone (vedi tabella).

Il tasso di copertura vaccinale sia per l'influenza stagionale che per l'influenza pandemica è stato del 13,2%. Le persone che si sono sottoposte ad almeno un tipo di vaccinazione sono state 146, pari al 21,9% del personale, dato sovrapponibile ai vaccinati per l'influenza stagionale del 2008 (21,9%).

Solo 14 persone (su 84 vaccinati per pandemica) hanno dichiarato di rifiutare la vaccinazione stagionale; la motivazione più frequente di rifiuto è stata la convinzione che l'organismo si difenda da solo.

Tra gli 88 vaccinati per l'influenza stagionale, invece, ben 56 hanno dichiarato di rifiutare l'altra vaccinazione; la motivazione più frequente (15 casi) è stata la paura degli effetti collaterali.

La vaccinazione per l'influenza pandemica è motivata in modo uguale per tutelare sé stessi, i familiari e i pazienti; quella per la stagionale principalmente per tutelare sé stessi.

Non vi sono significative differenze nella percezione della gravità dei due tipi di influenza.

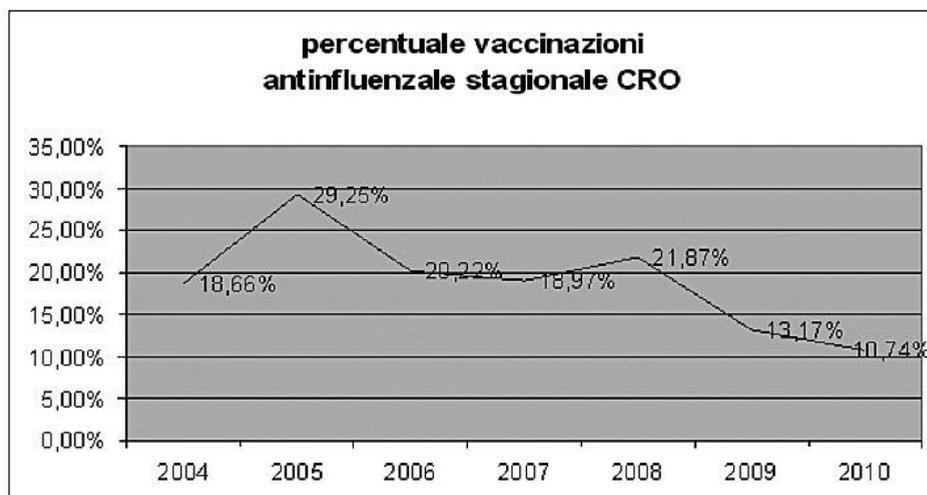
Conclusioni

L'adesione del personale del CRO alla vaccinazione antinfluenzale pandemica e a quella stagionale 2009 sono state molto basse (13,2%).

Vi è il rischio che le strategie informative sulla pandemia da virus H1N1 abbiano indotto effetti indesiderati sul tasso di adesione alla campagna vaccinale stagionale. I dati a supporto non garantiscono oltre ogni dubbio che ciò sia vero, ma la riduzione del tasso di vaccinazioni per l'influenza stagionale degli ultimi due anni (13.2% nel 2009 e 10.7% nel 2010) supportano questa ipotesi, pur con la necessità di ulteriori valutazioni.

Ciò che induce il personale del CRO a vaccinarsi è il desiderio di proteggere se stessi, i propri familiari e i pazienti.

Nel nostro contesto per aumentare l'adesione è necessario migliorare la consapevolezza dell'efficacia e della sicurezza del vaccino.



Vaccinazione antinfluenzale 2009/10		Numero vaccinati			Tasso vaccinati		
		pandemica	stagionale	ambidue	% pandemica	% stagionale	% ambidue
Qualifica	N°						
Ausiliario - OSS	87	4	5	2	4,6	5,7	2,3
Laureati sanitari	38	8	8	2	21,1	21,1	5,3
Tecnico sanitario	105	4	12	3	3,8	11,4	2,9
Infermiere	180	24	20	6	13,3	11,1	3,3
Medico	115	33	19	11	28,7	16,5	9,6
Amministr. e altro	143	14	24	2	9,8	16,8	1,4
Totale	668	84	88	26	13,2	13,2	3,9

IL MONITORAGGIO DEL SERVIZIO PER I DEGENTI DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA IN GESTIONE APPALTATA

S. De Maria La Rosa(1), V. Zanon(2), M. Ienna(3),
R. Bonaccorso(4), C. Sapienza(5), A. Marchese(6), R. Palma(7)

(1) Dirigente medico Direzione Medica di Presidio, (2) Dirigente Medico Dietologo, (3) Direttore Sanitario d'Azienda, (4) Direttore Medico di Presidio, (5) Dietista e componente commissione di vigilanza per il vitto, (6) Referente U.R.P. e componente commissione di vigilanza per il vitto, (7) Rappresentante tribunale per i diritti del malato e componente commissione di vigilanza per il vitto

Direttore Generale A.R.N.A.S. Garibaldi: Dott. A. Pellicanò

Parola chiave

Vitto, vigilanza, qualità

Introduzione

La corretta nutrizione rappresenta un elemento fondamentale di salute al punto che stati di malnutrizione sono direttamente correlabili con l'aumento sia dell'incidenza che della prevalenza di alcune patologie cronico-degenerative. La ristorazione ospedaliera è parte integrante della terapia clinica e, nel suo aspetto nutrizionale, concorre in maniera sostanziale al miglioramento della qualità del percorso clinico-assistenziale del paziente.

Tra le competenze proprie delle Direzioni Mediche di Presidio nell'ambito igienico-organizzativo, rientra a pieno titolo la sorveglianza igienico-qualitativa sulla filiera alimentare intraospedaliera e sulla ristorazione ospedaliera. Detta attività, prevista peraltro da specifiche normative regionali (DA del 20/05/1996) congiuntamente alla istituzione in ogni P.O. della Commissione di vigilanza per il vitto, rappresenta uno strumento di valutazione nell'ottica delle strategie finalizzate alla prevenzione ed al controllo di criticità nella filiera alimentare (dall'ingresso delle derrate alla somministrazione dei pasti ai degenti).

Contenuti

La Direzione Medica del Presidio Garibaldi Centro dell'A.R.N.A.S. Garibaldi di Catania, anche in collaborazione con la Commissione vitto del Presidio, espleta i propri compiti secondo un ormai consolidato "modus operandi", con attività programmata, mediamente con cadenza inferiore al mese. Tale impegno costante viene espletato attraverso la verifica ispettiva al centro di cottura, la somministrazione di un questionario di gradimento ai pazienti e la degustazione a campione degli alimenti sia al centro di cottura che al "letto del paziente".

Conclusione

L'attività di vigilanza attuata nelle sue diverse forme ha consentito nel triennio 2008 – 2010, ma anche a tutt'oggi, di monitorare il servizio erogato dalla Ditta, permettendo di intervenire in via preventiva verificando la permanenza degli standard igienici nella filiera alimentare. Inoltre, sia le valutazioni dei paziente espressi attraverso il questionario di gradimento che quelle della Commissione con la degustazione degli alimenti, sono state di notevole aiuto per tenere alta l'attenzione nella Ditta per il mantenimento degli standard bromatologici e di qualità che il servizio ha il dovere di assicurare.

VERSO L'AREA FUNZIONALE CHIRURGICA: ESPERIENZA NEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIERY (TO)

Di Legami V.1, Reale R.2, Centofanti B.3, Vola F.4, Bruzese L.5, Riccardi F.5, Novara G. 6, Messori Ioli G.7.
 1Dirigente medico – Direzione Sanitaria P.O. Chieri; 2 Responsabile Infermieristico P.O. Chieri; 3 CPSE – Direzione Sanitaria P.O. Chieri; 4 Tirocinante – S.C. Controllo di Gestione; 5 I.C.I. – ASL TO5; 6 Infermiera – Direzione Sanitaria P.O. Chieri; 7 Direttore di Presidio Ospedale di Chieri – ASL TO5 Piemonte.

Parole Chiave

Area funzionale chirurgica, riorganizzazione, intensità di cure.

Introduzione

In ASL TO5 è in corso una macro progettazione finalizzata a ridefinire l'assetto organizzativo ospedaliero, alla luce delle evidenze di letteratura e delle best practices, cui recenti disposizioni Regionali, volte all'attuazione del PRR ed in particolare al contenimento della spesa per il personale (DGR Piemonte 14-1440 del 28/01/2011), hanno contribuito con un drastico impulso.

L'ospedale per intensità di cure si va delineando quale modello organizzativo di riferimento in grado di coniugare centralità del paziente, efficacia clinica ed assistenziale ottimale, razionalizzazione delle risorse, a fronte di un impegno economico sostenibile. Il processo di riorganizzazione aziendale è orientato verso l'implementazione di questo modello nei suoi 3 ospedali.

Contenuti

Gli interventi nell'Ospedale di Chieri prevedono per l'Area Chirurgica: da un lato, l'attivazione di un' Area Funzionale Chirurgica (AFC) da 28 PL, che ospiterà sperimentalmente per 4 mesi i ricoveri ordinari chirurgici ed ortopedici e dall'altro, il trasferimento degli interventi di DS/WS chirurgica, ginecologica ed ortopedica presso altro ospedale dell'ASL. Contestualmente si valuterà l'implementazione di una struttura a bassa intensità per ricoveri medici ed eventuali trasferimenti pre-dimissione dall'AFC.

È stata analizzata l'attività dell'area chirurgica degli anni scorsi, per definire la dotazione di posti letto necessari a garantire il trattamento delle attività chirurgiche ed ortopediche non gestibili in DS/WS, che, a regime, sarà gestita presso un altro Presidio Ospedaliero. È stata analizzata la gestione delle sedute operatorie, per garantire la riduzione delle inefficienze.

I Dirigenti Infermieristici di Presidio, con le CPSE hanno curato la definizione dei criteri per l'allocazione del personale infermieristico ed OSS delle due strutture nella nuova AFC e per la ricollocazione presso altre strutture del personale in esubero, durante la sperimentazione.

Al fine di prevenire il rischio infettivo nell'AFC, ove si alterneranno degenti chirurgici ed ortopedici, sono state pianificate le seguenti attività: formazione sul campo; fornitura ed allocazione di presidi/attrezzature, per favorire comportamenti di buona pratica clinica.

Durante la sperimentazione, saranno rilevati indicatori per monitorare l'incidenza di eventi avversi e complicanze nell'AFC e confrontarla con la situazione precedente. Sarà monitorato il benessere organizzativo.

Conclusioni

Il lavoro di pianificazione della riorganizzazione e di accompagnamento al cambiamento dei professionisti coinvolti è iniziato nel mese di marzo, mentre la sperimentazione dell'AFC sarà dal 1/6 al 30/9 con un rigoroso monitoraggio da parte della Direzione di Presidio. L'analisi dei risultati costituirà la base di valutazione sia dell'applicabilità del modello organizzativo sia del processo di gestione del cambiamento per l'implementazione dello stesso nel Presidio di Chieri ed in altri contesti aziendali.

CVC: UTILIZZO DELLA METODOLOGIA HFMEA

T. Fabbri(1), M. Musolino (2), M.G. Scazzola (3), G. Nasi (4)

(1) U.O.C. Dirigente Medico UOC Valutazione Attività Strutture Sanitarie Accreditate, ASL Rm B

(2) Dott DAI UOC Qualità Aziendale e Risk Management, ASL Rm B

(3) Dott DAI UODC PSAIO, ASL Rm B

(4) Dirigente Medico Direzione Sanitaria Ospedale classificato Cristo Re

Obiettivo:

Interventi organizzativi per aumentare la sicurezza del paziente in corso di posizionamento di Catetere Venoso Centrale nel Blocco Operatorio.

Materiali e metodi:

- Attivazione di un Gruppo di Lavoro multidisciplinare
- Adozione della metodologia HFMEA

Indicatori di priorità di rischio:

In corso di posizionamento del catetere è stata effettuata la **mappatura del rischio**, mediante l'attribuzione dei punteggi in merito alla **gravità dell'errore**, alla **rilevabilità** ed alla **probabilità** di accadimento. I punti di maggiore criticità sono stati individuati nelle seguenti azioni:

- Posizionamento in paziente con criteri di forte esclusione alla procedura (S.I.R.S.E., severa coagulopatia, sepsi grave) in relazione al rapporto rischi/benefici
- Inquinamento batterico in corso di procedura
- Incidenti in corso di venipuntura
- Mancato rispetto dei tempi del controllo radiografico

Soluzioni:

Attivazione di una **check list operatoria specifica per CVC**, orientata alla sicurezza del paziente con campi utili ad **aumentare la rilevabilità dei fattori di rischio** ed identificazione della matrice di responsabilità per competenze professionali.

Insorgenza di TromboEmboliaVenosa dopo posizionamento di Cateteri venosi centrali:

La presenza di cateteri venosi centrali nelle vene succlavie e giugulari interne possono determinare la comparsa di una TEV: tale evento viene identificato mediante sistemi di imaging (ecocolorDoppler, angioTC e angiografia) in una percentuale di casi variabile fra il 27 ed il 66% dei casi, associato però ad un quadro sintomatologico clinico solo nello 0,3 – 28.3 % dei pazienti. Il rischio di un evento di EP può variare dallo 0.6 all'1.3%.

Dai dati riportati in letteratura, il GdL consiglia una profilassi con EBPM nei pazienti a rischio ed in quelli in cui il catetere vada mantenuto in sede per lunghi periodi di tempo.

La rimozione del catetere andrà effettuata, previo trattamento eparinico locale, dopo esame ad ultrasuoni.

Risultati attesi:

Incremento della rintracciabilità delle azioni e riduzione del rischio di errori in corso di posizionamento di CVC

MONITORAGGIO E ANALISI DEGLI EVENTI A “RISCHIO CLINICO” IN OSPEDALE: LE CADUTE

Rita Finotto ^{^*} - Cecilia Tonelli ^{o*}

[^] Direttore - CPS ICI^o

^{*} Direzione Funzione Ospedaliera ULSS 10 Veneto Orientale (VE)

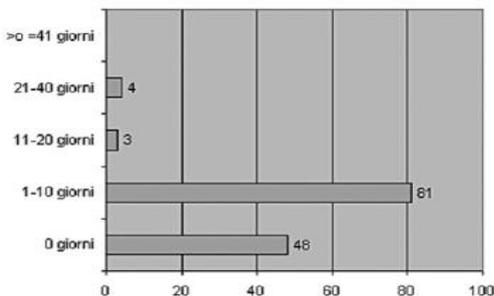
Parole chiave: Cadute, scheda segnalazione, monitoraggio

Introduzione: Le cadute rappresentano un problema di significativa importanza nell’ambito del ricovero in ospedale dei soggetti, soprattutto anziani. Una caduta accidentale, infatti, può compromettere o peggiorare la qualità della vita del soggetto riducendone la motilità ed aumentando il suo grado di dipendenza. Rappresentano, poi fonte di maggiorazione dei costi durante il ricovero, per il prolungarsi della degenza e per le necessarie procedure diagnostiche e terapeutiche, e senza dire delle spiacevoli conseguenze di ordine etico e talvolta giuridico per i sanitari coinvolti.

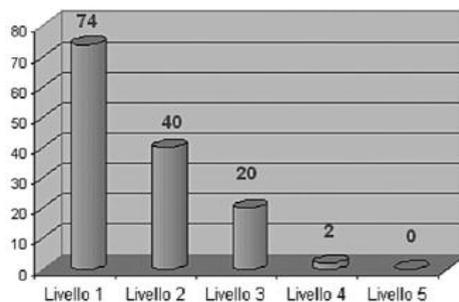
Obiettivo: monitorare le cadute avvenute all’interno dei PP.OO, individuarne le cause per predisporre azioni di correzione e prevenirne il riaccadimento nel futuro aumentando la sicurezza del paziente.

Contenuti: Monitoraggio di tutte le cadute avvenute in ospedale attraverso la compilazione da parte delle Unità Operative della *scheda di segnalazione caduta*. La scheda deve essere compilata tutte le volte che un soggetto cade sia nel caso che il soggetto abbia subito un danno, sia che non vi siano danni apparenti. La scheda oltre a raccogliere i dati anamnestici del paziente, luogo di accadimento, data e ora, è strutturata per individuare le possibili cause che hanno determinato l’evento; ossia va ad indagare se ci sono stati *fattori legati al paziente* (poca autonomia, deficit motori, confusione mentale, etc) *fattori legati agli operatori* (no supervisione, staff insufficiente,) *fattori legati al sistema* (ambiente/attrezzature inadeguate). La scheda raccoglie informazioni circa i giorni di prognosi e l’esito dell’evento. L’esito è suddiviso in 5 livelli; dalla semplice osservazione del paziente (Livello 1) alla esecuzione di esami diagn. RX,Tac (livello 2/3) fino il prolungamento delle giornate di ricovero (livello 4), per terminare con il livello 5 (decesso del paziente). I dati acquisiti dall’analisi delle schede di segnalazione si riferiscono alle cadute degli utenti nei 3 PP.OO dell’ULSS 10 Veneto Orientale nell’anno 2010. Il numero complessivo delle segnalazioni di caduta è stato di 136. La caduta è avvenuta per il 51% alla presenza di nessuno, per il 27 % alla presenza di altri utenti, il resto con famigliari ed operatori. Le cause delle cadute sono per il 92% legate alle condizioni cliniche dell’utente, il 4% legate al sistema ed il 4% agli operatori sanitari. La caduta poteva essere evitata nel 35% dei casi. L’esito dell’evento e i giorni di prognosi sono rappresentati nei grafici.

GIORNI DI PROGNOSI



ESITO EVENTO



Conclusioni

I dati elaborati vengono restituiti annualmente alle Unità Operative. Tale modo di operare permette di avere il “rientro” delle segnalazioni, di mettere in pratica le azioni correttive ma soprattutto essere di supporto agli operatori per la creazione della “cultura della sicurezza del paziente”.

Il percorso iniziato ormai cinque anni fa, è ancora lungo da percorrere.

L'AMBULATORIO OSPEDALIERO DI PREVENZIONE ONCOLOGICA E VACCINAZIONE

ML Fiorentini1, E.Bonadeo1, C.Marena1, B.Gardella2, E.Bruno2, A.Spinillo2, M.Bosio3, P.Caltagirone4

1 Direzione Medica di Presidio, 2 UOC Ostetricia e Ginecologia, 3 Direttore Sanitario Aziendale, 4 Direttore Generale Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo, Pavia.

Parole chiave: vaccinazioni in ospedale, vaccino anti-HPV, prevenzione

Introduzione

Dal gennaio 2010 la Regione Lombardia ha esteso anche alle ragazze dai 13 ai 26 anni la vaccinazione anti-HPV già offerta gratuitamente presso le ASL alle ragazze di 12 anni, invitando le strutture ospedaliere a farsene carico con ridotti oneri economici a carico del ricevente.

Presso la nostra struttura dall'autunno 2010 è attivo un ambulatorio di prevenzione oncologica e vaccinazione per la prevenzione del cervicocarcinoma dove le pazienti possono ricevere informazioni, effettuare una visita prevaccinale e la vaccinazione, monitorare gli eventi avversi ed eseguire in follow-up le visite di screening con PAP test triennale.

Contenuti

L'ambulatorio di prevenzione oncologica e vaccinazione è accessibile mediante prenotazione telefonica di una visita prevaccinale al Centro Unico Prenotazioni. Durante la visita si raccoglie l'anamnesi e si illustrano il meccanismo d'azione del vaccino, la sua sicurezza, il protocollo di sorveglianza post somministrazione e si consegna l'informativa che precede l'acquisizione del consenso. Al termine dell'incontro la ragazza può già prenotare la prima vaccinazione, la cui somministrazione è a cura di personale ostetrico con la presenza del medico. Le successive vaccinazioni sono somministrate secondo quanto previsto dalle note di registrazione del prodotto. Mediante l'ausilio di una cartella ambulatoriale informatizzata sono state raccolte le informazioni anamnestiche e cliniche delle pazienti. L'età media delle pazienti che sono state vaccinate è di 17.5 anni, tra queste il 38% è sessualmente attivo con un'età media del primo rapporto sessuale di 16.6 anni.

Il PAP test è risultato negativo nel 100% dei casi. L'abitudine al fumo di sigaretta è presente nel 20% del campione con una media di 5 sigarette/die e, in alcuni casi, si è riscontrato l'uso di cannabis. Per nessun paziente del campione si è riscontrata la presenza di malattie sessualmente trasmesse.

Conclusioni

L'adesione al programma di vaccinazione è stata completa e l'indicazione sul tipo di vaccino è stata indirizzata dalle abitudini di vita. Si è deciso di proporre il vaccino bivalente alle ragazze dopo i 16 anni sessualmente attive e fumatrici per la maggior efficacia protettiva verso ceppi oncogeni, anche sulla base dei recenti dati di protezione crociata verso HPV 31 e 52. Dai nostri dati si evince, infatti, che nella popolazione di ragazze pavesi affette da infezione da HPV il 60% delle CIN è sostenuto da HPV 16 e 18, ma vi è un 15% sostenuto da HPV 31 e 52.

Nelle ragazze non sessualmente attive è invece stato proposto il vaccino quadrivalente per la capacità di protezione anche nei confronti della condilomatosi genitale, patologia frequente nelle giovani in età tra i 15 ed i 19 anni. Vi è stata significativa adesione all'indicazione clinica con una percentuale di vaccinate leggermente superiore a favore del vaccino quadrivalente.

I risultati ottenuti incoraggiano l'attivazione di ambulatori vaccinali ospedalieri, in quanto in questi ambulatori è possibile una presa in carico del paziente stilando un percorso personalizzato. Nel nostro progetto abbiamo pianificato un ambulatorio di prevenzione oncologica dove è possibile associare la prevenzione primaria vaccinale alla secondaria con l'introduzione del PAP test dopo il primo anno dall'inizio dell'attività sessuale. Questo è un punto di forza del nostro percorso vaccinale perché è dimostrato che l'uso del solo vaccino non garantisce la protezione totale dal cervicocarcinoma.

La visita prevaccinale si è dimostrata utile nel capire le abitudini di vita degli adolescenti ed è risultata essere un momento formativo indispensabile nella prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale.

DIAGRAMMA DI FLUSSO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE-CIACCIO" DI CATANZARO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESPORTAZIONE DI CAMPIONI DI SANGUE DA CORDONE OMBELICALE PER USO AUTOLOGO

Gallucci A*, Raffaele G*, Talarico F*, Pelle N**

*Dirigenti Direzione Medica di Presidio

** Direttore Medico di Presidio

Introduzione

La conservazione del sangue da cordone ombelicale donato per uso allogeneico a fini solidaristici rappresenta un interesse primario per il Servizio Sanitario Nazionale. Con l'Accordo 29 aprile 2010 si è convenuto tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano di stabilire che l'esportazione di campioni di sangue cordonale ad uso personale (autologo) per la conservazione presso Banche operanti all'estero sia autorizzata dalla Regione o Provincia autonoma, la quale, sulla base delle proprie esigenze organizzative e operative, procede all'individuazione della struttura deputata al rilascio della autorizzazione medesima, sulla base di modalità omogenee.

Parole chiave

Appropriatezza, procedura organizzativa

Contenuti

In ottemperanza alla Delibera n°11 della Regione Calabria della seduta del 24-01-2011, con cui veniva recepito l'Accordo Stato-Regioni n° 62 del 29-04-2010 sulla regolamentazione dell'esportazione di sangue da cordone ombelicale per uso autologo presso Banche estere, la Direzione Medica di Presidio, individuata a tale scopo per l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, ha provveduto a redigere un diagramma di flusso dettagliato ai fini del rilascio, ai diretti interessati, dell'autorizzazione all'esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo. Tale procedura prevede: 1) i diretti interessati si recano presso la Direzione Medica di Presidio; 2) la stessa Direzione consegna ai soggetti interessati: il modulo di richiesta di autorizzazione; il materiale informativo prodotto dal Ministero; il modulo informativo per il counselling con indicazione a contattare il CRT Calabria; la scheda liberatoria; l'informativa sulla privacy; 3) i richiedenti riconsegnano alla Direzione Medica di Presidio: la richiesta di autorizzazione compilata e sottoscritta; i referti degli esami effettuati dalla madre; il kit di raccolta con le relative certificazioni; la documentazione relativa alla procedura di raccolta e di confezionamento fornita dalla Banca estera presso la quale verrà conservato il campione; il modulo informativo per il counselling compilato e sottoscritto; la scheda liberatoria compilata e sottoscritta; l'informativa sulla privacy compilata e sottoscritta; il modulo di avvenuto counselling presso il CRT; la ricevuta di pagamento del ticket; 4) la Direzione invia la richiesta di autorizzazione al CRT; 5) la Direzione Medica di Presidio rilascia l'autorizzazione dopo aver verificato: la negatività dei marcatori infettivologici; la conformità del dispositivo di raccolta; la conformità delle procedure di raccolta e confezionamento attestata dalla Banca estera presso la quale verrà conservato il campione; la corretta compilazione e sottoscrizione del modulo informativo per il counselling; la scheda liberatoria; l'informativa sulla privacy; il modulo di avvenuto counselling presso il CRT; la ricevuta di pagamento del ticket. A parto espletato, il personale sanitario dell'U. O. di Ostetricia ne comunica l'esito alla Direzione, attestando la conformità del confezionamento del prodotto consegnato per l'esportazione. La Direzione invia al CRT l'attestazione dell'avvenuto prelievo e di conformità del confezionamento.

Conclusioni

La presente procedura ottempera in maniera completa al compito affidato alla Direzione Medica, risultando, sin dalla sua attivazione, uno strumento utile per disciplinare il processo di rilascio dell'autorizzazione all'esportazione di sangue da cordone ombelicale.

PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI NEL NETWORK REGIONALE DELLE DISLIPIDEMIE NELLA REGIONE CAMPANIA: POTENZIALITÀ DELLA DIAGNOSTICA AVANZATA DEI PROFILI LIPIDICI

1 Marco Gentile, 2 Fabiana Rubba, 3 Francesco Verdesca, 1 Gennaro Marotta, 1 Fabrizio Jossa, 1 Marta Sodano, 1 Ersilia La Fata, 1 Luigi Maresca, 1 Maria Nunziata, 1 Stefania Ubaldi, 1 Maria Gabriella Coppola, 2 Elena Giancotti, 1 Paolo Rubba

1 *Network regionale Dislipidemie, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, AOU Federico II, Napoli*

2 *Direzione Medica di Presidio, AOU Federico II, Napoli*

3 *CEINGE, Napoli*

TEMA: Technology assessment clinico

Introduzione: La Iperlipidemia Combinata Familiare (FCHL) è una forma di dislipidemia ereditaria comune, con una prevalenza nella popolazione europea dello 0,5-2% ed associata ad un rischio molto elevato di aterosclerosi prematura. La FCHL è una malattia eterogenea dal punto di vista metabolico e genetico ed è caratterizzata da elevate concentrazioni di colesterolo e/o trigliceridi. Tale profilo lipidemico si associa frequentemente ad una riduzione delle concentrazioni di lipoproteine ad alta densità (HDL), un aumento della apolipoproteina (apo) B, un' aumentata prevalenza di lipoproteine a bassa densità (LDL) piccole, dense e aterogene.

Parole chiave: Iperlipidemia Familiare Combinata, LDL piccole e dense, appropriatezza prescrittiva

Contenuti: I difetti genetici responsabili della FCHL sono ancora sconosciuti per cui la diagnosi si basa sulla combinazione di criteri biochimici e documentazione della variabilità fenotipica intrafamiliare ad esempio la presenza all'interno di un aggregato familiare di diversi individui con fenotipi differenti. Non sempre è però possibile risalire ai dati biochimici dei parenti di primo grado in questo caso si può ricorrere alla ricerca della presenza delle LDL piccole e dense la cui presenza si riscontra nei pazienti con FCHL e che possono essere e facilmente e rapidamente identificate con il Sistema Elettroforetico Lipoprint. Con il Sistema Lipoprint possono essere risolte un massimo di 7 subfrazioni di LDL. Le subfrazioni vengono identificate come LDL-1, che è la frazione più grande, fino alla frazione LDL-7, che è la frazione più piccola e con maggiore densità. La presenza delle LDL piccole e dense viene indicata quantitativamente in termini di LDL score ovvero la frazione percentuale LDL (3-7)/LDL (1-7). Un valore percentuale di LDL score superiore a 10 mg/dL risulta associato in analisi multivariata alla Diagnosi di FCHL (Atherosclerosis 2009).

Conclusioni: La diagnostica biochimica approfondita dei profili lipidici che include il dosaggio delle sub frazione delle LDL ha quindi una valenza organizzativa precisa rispetto all'appropriatezza prescrittiva, infatti permette di discriminare in assenza di storia familiare tra una prescrizione di farmaco rimborsabile o meno con chiaro riscontro ed efficacia tanto sull'appropriatezza aziendale, quanto sulla spesa indotta a livello regionale.

APPLICAZIONE SPERIMENTALE DI INDICATORI DI VERIFICA DELLE AREE DELLA CLINICAL GOVERNANCE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DELLA SECONDA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI

Gimigliano A*, Galdieri A*, Abbate R*, Filippini A*, Di Palma MA*, Olivieri G*.

**Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliera Universitaria della Seconda Università degli studi di Napoli (AOU-SUN)*

Introduzione

Come è noto la Clinical Governance ha come obiettivo l'integrazione di tutte le attività utilizzate nella cura del paziente, promuovendo il miglioramento continuo dei processi clinico - assistenziali attraverso le sue diverse aree: ricerca e sviluppo, evidence based practice, leadership, gestione del rischio clinico ecc.

Parole chiave: Indicatori, Clinical Governance, Programmazione Strategica.

Contenuti

L'obiettivo del presente lavoro sperimentale è stato quello di pianificare ed applicare una metodologia operativa basata sull'individuazione di specifici ed appropriati indicatori di verifica, derivando dall'analisi degli stessi una Programmazione Strategica Aziendale, basata su interventi correttivi disaggregati per le varie aree.

Il fulcro della metodologia si è basato sulla predisposizione di puntuali questionari strutturati, che prevedevano una serie di domande a risposta chiusa riguardanti le principali aree della Clinical Governance; ogni area tematica indagata ha riguardato oltre alle attività mediche ed infermieristiche anche quelle gestionali ed amministrative.

Il campione rappresentativo cui somministrare i questionari è stato individuato nell'ambito dei Responsabili delle risorse e dei servizi, nonché delle principali strutture di staff delle Direzioni Generale e Sanitaria, dei Direttori di Dipartimento delle aree chirurgiche e delle singole, rispettive Unità Operative.

Ad ogni domanda di ciascuna area tematica indagata è stato attribuito un punteggio ponderato e normalizzato, pesato per ogni UU.OO., attraverso la somma dei quali è stato calcolato un punteggio globale assegnato alla singola struttura ed uno riconducibile al Dipartimento. Detti punteggi sono stati utilizzati per elaborare un'analisi quali - quantitativa volta alla pianificazione del Piano Strategico Aziendale di miglioramento.

Conclusioni

Nel periodo di tempo compreso fra novembre 2010 e febbraio 2011 sono state effettuate il 100% delle interviste programmate, successivamente, sono stati elaborati i dati che hanno messo in evidenza i punti di forza e quelli di debolezza e, quindi, è stato prodotto un report disaggregato per le singole aree della Clinical Governance dell'Azienda. Sulla base del report prodotto è stato impostato il Piano Strategico Aziendale.

In particolare le strategie di risanamento delle criticità riscontrate hanno permesso il rafforzamento delle "radici" della governance clinica (con particolare attenzione alla definizione degli obiettivi, agli indicatori di valutazione e alle azioni di miglioramento) e la definizione di meccanismi di coordinamento, di valutazione e di feedback (creazione e diffusione di una reportistica sui risultati assistenziali, maggiore attenzione sul disease management, introduzione di processi di valutazione sistematici).

In conclusione è da rilevare che l'applicazione degli indicatori utilizzati nella valutazione delle azioni di Clinical Governance in essere nell'Azienda si è dimostrata affidabile, di non difficile determinazione, di facile lettura pur se particolarmente impegnativa nella sua realizzazione. Gli autori hanno potuto rilevare un approccio positivo all'indagine da parte dei Dirigenti interessati che sono apparsi particolarmente motivati sia nella fase iniziale che nell'analisi dei dati e nella programmazione delle attività.

VERSO UN MODELLO DI ANALISI E MISURAZIONE DEL CAPITALE ETICO AZIENDALE NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Ida Grossi

Direttore Sanitario A.S.L. BI di Biella.

Arabella Fontana, Direttore Sanitario A.S.L. NO di Novara;

Franco Ripa, Esperto Programmazione e Controllo A.S.L. TO4;

Giovanna Volo, Direttore Sanitario A.S.P. di Enna;

Francesca Menegon, sociologa, S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;

Leonardo Jon Scotta, psicologo, S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;

Vincenzo Alastra, psicologo, Direttore S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI.

Parole chiave: Capitale Etico Aziendale, Modello di analisi, Formazione-intervento.

Introduzione

Nell'ambito delle attività che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali Age.Na.S. realizza per l'empowerment dei cittadini e degli operatori, l'agenzia e la A.S.L. BI di Biella hanno promosso il trasferimento dell'esperienza "Carta Etica Aziendale" - realizzata dalle Aziende sanitarie dell'Area Piemonte Nord Orientale - in altre due Regioni italiane (Puglia e Sicilia) e hanno attivato un progetto di ricerca volto alla creazione di un modello per l'analisi del Capitale Etico nelle organizzazioni sanitarie. Nell'Azienda Sanitaria il tema etico sarà sempre più centrale per lo sviluppo organizzativo e per le sfide che dovrà affrontare (individuazione delle priorità a fronte di risorse limitate, miglioramento delle condizioni di lavoro, ricerca di autentiche forme di partecipazione dell'utenza). Per fare della dimensione etica un fattore strategico è necessario dapprima far emergere la discussione interna sulle tematiche di tipo etico che caratterizzano l'organizzazione ed individuare quali sono i possibili indicatori del Capitale Etico aziendale, in modo da valutare se le azioni e i progetti attivati hanno effettivamente portato ad un miglioramento della vita lavorativa e della prestazione erogata ai cittadini.

Contenuti

1) Laboratori di formazione-Intervento sull'etica della vita lavorativa e della relazione con l'utenza, al fine di realizzare le Carte Etiche aziendali. La formazione rivolta alle risorse umane assume un'importanza strategica se è in grado di incentivare processi di maturazione di una coscienza etica fondata sul dialogo, su sentimenti di appartenenza comunitaria e sulla capacità di ascolto. In ogni azienda è stato organizzato un percorso di formazione-intervento che ha coinvolto un gruppo rappresentativo della compagine aziendale in laboratori, animati da un counselor filosofico, in cui i temi dell'etica non sono stati proposti come nozioni da interiorizzare, ma sono emersi dalle narrazioni della vita lavorativa e da stimoli di tipo artistico-letterario.

Le narrazioni e le testimonianze sono state raccolte in una Carta Etica aziendale che sarà diffusa ai dipendenti delle aziende e agli stakeholder esterni.

2) Azioni di ricerca per meglio dettagliare le dimensioni etiche, gli indicatori e la struttura generale del modello. È stata utilizzata la tecnica di ricerca qualitativa dell'intervista semi-strutturata a testimoni privilegiati.

Le interviste sono state svolte con circa 20 attori aziendali ed extra-aziendali del territorio dell'A.S.L. BI (rappresentanti delle organizzazioni sindacali, dei Consorzi dei servizi socio assistenziali, del terzo settore e del volontariato) ai quali è stato chiesto di indicare una serie di grandezze, dati, azioni ed interventi che ritengano siano legati al livello di Capitale Etico presente dell'azienda sanitaria.

I dati e le informazioni raccolte dalle interviste sono state utilizzate dal Gruppo di Ricerca per realizzare indicatori (sia di tipo comportamentale, sia di tipo economico-gestionale) validi e sostenibili al fine della creazione del modello di analisi del Capitale Etico aziendale.

Conclusioni

Sviluppo di appartenenza ed autentica motivazione all'agire professionale negli operatori grazie al percorso di formazione-intervento e alla diffusione delle Carte etiche. Definizione di un modello di analisi e misurazione del Capitale Etico aziendale trasferibile, che offra una serie di indicatori in grado di valutare e valorizzare la tensione etica dell'organizzazione e l'esito che essa produce in termini di miglioramento della qualità della vita lavorativa, dei servizi erogati e di possibili vantaggi in termini di efficienza.

PROCEDURA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL FLUSSO DEI PAZIENTI ALL'INTERNO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI DI DIO ASL 10 FIRENZE

S. Guarducci^o, A. Alessandri*, A. Appicciafuoco*, G. Bonaccorsi§,
S. Brugnoli*, E. Carucci^o, S. Naldini*

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

*Direzionale Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze

§ Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

INTRODUZIONE

Per superare le problematiche connesse alla reperibilità dei posti letto (p.l.) da parte del DEA e per standardizzare l'ammissione dei pazienti all'interno dei vari reparti di degenza (qualsiasi sia la loro provenienza), è stata ritenuta opportuna la stesura di una procedura con lo scopo di garantire a tutti i ricoveri acuti un'appropriatezza risposta assistenziale. Con questa procedura si è cercato inoltre di dare alcune direttive relative ai trasferimenti urgenti dei pazienti verso i servizi di diagnostica per immagini, trasferimenti che hanno talvolta evidenziato criticità legate alla identificazione degli operatori responsabili delle attività stesse.

Parole chiave: flussi, procedure, bed management

CONTENUTI

In procedura vengono descritte le modalità organizzative attraverso le quali si effettuano le ricognizioni dei p.l. disponibili nei vari reparti di degenza. La DSPO, attraverso il servizio di bed management gestisce il flusso di informazioni in arrivo dai reparti e comunica al DEA le disponibilità. Vengono effettuate tre rilevazioni giornaliere (ore 7 - 14 - 20) con controlli a campione.

Nel caso di trasferimento di pazienti da altro ospedale le comunicazioni dovranno tenersi esclusivamente tra i medici (e non tra altre figure professionali) dei due presidi e non saranno ammessi ricoveri fuori linea. Il medico accettante dovrà verificare la disponibilità di pl e concordare le modalità di trasferimento con il C.I.

Nel caso di necessità di ricovero emersa durante attività specialistica ambulatoriale, il medico dovrà assicurarsi della disponibilità di pl nella degenza della linea medica destinata all'attività programmata o nella degenza destinata all'accesso in urgenza e dovrà comunicare l'occupazione del pl sia al DEA che al servizio di bed management.

Per gestire al meglio l'occupazione dei pl, si è ritenuto opportuno riservare 3 pl dei 21 totali di un reparto di chirurgia d'elezione ai pazienti di area chirurgica provenienti da altri PO ed ai pazienti di Area Medica che durante la degenza hanno maturato la necessità di effettuare intervento chirurgico non differibile.

Sono state individuate modalità di trasporto verso il servizio di diagnostica per immagini differenziate per trasporti urgenti e non. I trasporti non urgenti vengono garantiti dalla Ditta della Logistica, appaltatrice del servizio in outsourcing. I trasporti urgenti (per definizione rivolti a pazienti critici o instabili) vengono richiesti dal medico del reparto che dovrà predisporre il tipo di assistenza clinica opportuna in relazione alle condizioni cliniche del paziente stesso; inoltre il medico richiedente è responsabile della preparazione all'esame diagnostico e della comunicazione con il medico radiologo. Il raccordo agocannula per la somministrazione del mezzo di contrasto dovrà essere eseguito dal medico radiologo in assenza di assistenza infermieristica.

CONCLUSIONI

La stesura della procedura contribuisce al raggiungimento degli obiettivi di standardizzazione delle attività che si svolgono all'interno di un PO, al fine di diminuire i margini di rischio clinico legati anche alle non esplicite attribuzioni di compiti e responsabilità. L'individuazione puntuale dei ruoli e relativa attribuzione di responsabilità garantisce anche la tutela professionale degli operatori.

Presenterà il lavoro la Dr.ssa Silvia Guarducci

COSTITUZIONE DEL CENTRO UNICO DI PROGRAMMAZIONE CHIRURGICA E PER L'ACCESSO AI SERVIZI DIAGNOSTICI DI CARATTERE INTERDIPARTIMENTALE PRESSO L'AZIENDA USL 8 DI AREZZO

Barbara Innocenti*, Barbara Bianconi*, Grazia Campanile, *** Mirella Rossi, Alessio Cappetti°, Federica Petrucci°, Branka Vujovic^**

**Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Ospedale S. Donato*

***Direttore Ospedale S. Donato*

****Direttore Dipartimento Infermieristico – Ostetrico Ausl 8*

°Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Firenze

^Direttore Sanitario Ausl 8

INTRODUZIONE

La Regione Toscana, con Delibera n. 638/2009, ha determinato l'istituzione in ogni ospedale/azienda dell'Ufficio di programmazione Chirurgica, con il compito di gestire in modo centralizzato il percorso chirurgico dei pazienti candidati all'effettuazione di un intervento, dall'inserimento in lista di attesa sino alla definizione della lista operatoria. L'azienda Usl 8 ha recepito le indicazioni della delibera estendendo il principio della programmazione e gestione centralizzata non soltanto al percorso chirurgico ma anche ai percorsi diagnostici (in particolare i servizi di endoscopia ed ecografia) che vedono coinvolte strutture afferenti a diversi dipartimenti aziendali.

PAROLE CHIAVE

Centrale di preospitalizzazione, percorsi interdipartimentali

CONTENUTI

Percorso chirurgico. Il modello organizzativo progettato prevede un assetto fondato su una centrale, attivata presso la Direzione di Presidio dell'Ospedale S. Donato di Arezzo, e una rete di punti di prenotazione del ricovero chirurgico, le sedi di preospitalizzazione dei singoli ospedali aziendali, funzionalmente collegate alla centrale attraverso la procedura informatizzata che permette la gestione dell'intero percorso chirurgico del paziente. Il Centro Unico, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche di presidio, costituisce uno strumento di gestione complessivo dell'attività chirurgica, comprensiva anche degli aspetti inerenti l'utilizzo efficace ed efficiente delle sale operatorie, il cui buon utilizzo è peraltro governato da regolamenti specifici all'interno dei singoli presidi. Le centrali di preospitalizzazione rappresentano il front office di ogni ospedale per il cittadino che deve eseguire un intervento chirurgico. In particolare provvedono all'accoglienza del paziente che presenta la certificazione rilasciata dallo specialista chirurgo ed al relativo inserimento dei dati nella banca dati, collaborano alla stesura delle liste operatorie in coordinamento con il Centro Unico, collaborano all'organizzazione del percorso di preospitalizzazione.

Servizi diagnostici a carattere interdipartimentale. Lo scopo è garantire il coordinamento dell'organizzazione dell'attività diagnostica interdipartimentale che, a partire dalla progettazione condivisa fra i Dipartimenti di riferimento e le Direzioni di Presidio Ospedaliero, assicuri la corretta ed omogenea pianificazione dell'offerta, la trasparente gestione delle liste di attesa, l'efficiente utilizzo degli spazi, l'efficiente utilizzo delle risorse umane, il buon uso delle tecnologie disponibili e la programmazione del loro sviluppo.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti a seguito dell'introduzione della nuova organizzazione sono:

La programmazione condivisa dell'attività e la gestione trasparente delle liste di attesa con il mantenimento dei tempi di attesa previsti dalle classi di priorità in almeno un presidio aziendale

La programmazione annuale dell'attività diagnostica interdipartimentale, comprensiva di riduzioni di attività per periodi di ferie, prevenendo le chiusure estemporanee di sedute

La gestione efficiente delle risorse, sia umane, che tecnologiche che strutturali coinvolte nei percorsi

La definizione di protocolli omogenei e condivisi a livello aziendale a garanzia di appropriatezza dei percorsi, qualità e sicurezza delle prestazioni

Il coordinamento dell'attività complessiva, sia all'interno di ogni ospedale che della rete aziendale a garanzia della condivisione delle informazioni fra gli attori coinvolti nei processi

OTTIMIZZAZIONE DELLE DEGENZE OSPEDALIERE IN UN POLICLINICO UNIVERSITARIO: CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEI POSTI LETTO

Iori T, Gualandi R, Ghinelli R, Ianni A, Petitti T, Tartaglini D, Dicuonzo G.
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

Parole chiave

Bed-management, Ospedale per acuti

Introduzione

Negli ultimi anni la figura del Bed-Manager sta emergendo come ruolo in grado di unire competenze cliniche, gestionali e logistiche nella supervisione dell'assegnazione dei posti letto in particolare nelle strutture ospedaliere per acuti.

Il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma ha attivato un Team di Ottimizzazione Ricoveri e Dimissioni (Team) al fine di gestire i ricoveri programmati e contemporaneamente la richiesta di ricoveri urgenti e di trasferimento da Pronto Soccorso da altra struttura.

Il Team è attualmente composto da un medico di Direzione Sanitaria e da tre infermiere *senjor* che operano con una disponibilità di 280 posti letto suddivisi per le principali Aree Mediche e Chirurgiche.

Nel presente lavoro è descritta l'applicazione di una serie di criteri per l'ottimizzazione delle degenze ospedaliere e l'adeguato utilizzo della "risorsa posto letto".

Contenuti

Il Team si avvale di un sistema informatico per la monitorizzazione costante della disponibilità di posto letto ed effettua una valutazione *in situ* almeno due volte al giorno, corrispondente ai turni diurni infermieristici, per verificare il livello di complessità assistenziale e gestionale presente in ogni Reparto di Degenza. Per il Team è quindi possibile conoscere in tempo reale:

la disponibilità effettiva e prevista di posto letto (posti letto disponibili e dimissioni previste);

il numero di posti letto occupato da ogni Area Specialistica;

il numero di ricoveri programmati per ogni giornata;

le criticità (assistenziali e gestionali) presenti in ogni reparto di Degenza.

I membri del Team inoltre valutano la richiesta di ricovero verificando:

l'appropriatezza del regime di ricovero;

le condizioni cliniche del paziente;

la programmazione già effettuata di procedure/interventi chirurgici;

la necessità di attivazione dei differenti Servizi (Sale Operatorie, Sale interventistiche, ecc.)

I criteri di assegnazione del posto letto sono definiti a seconda della tipologia di richiesta, in funzione dell'Area di appartenenza e della disponibilità di posto letto.

Conclusioni

L'esperienza del Team Ottimizzazione Ricoveri e Dimissioni ha permesso di gestire la domanda di ricovero all'interno di un Policlinico Universitario al fine di:

garantire l'immediata disponibilità di posto letto nel caso di ricovero urgente;

rispondere alle esigenze del territorio trasferendo pazienti da Pronto Soccorso di altre strutture ospedaliere;

garantire un utilizzo completo, continuo ed appropriato della "risorsa posto-letto" ed il mantenimento dell'efficienza (Servizi Clinici);

verificare che le Unità Operative abbiano le risorse necessarie per poter gestire il paziente in sicurezza;

bilanciare i carichi di lavoro tra le rispettive Unità Operative.

ATTIVITÀ DI STERILIZZAZIONE PRESSO L'OSPEDALE DI CIRCOLO DI VARESE

dott. Manfredi L.*, dott.ssa Giombelli MC.*, dott.ssa Iadini A.*, dott.ssa Libassi A.*, dott. Pavesi R.*, dott. Larghi A.*, Dott. Riva R.°

* Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Varese, ° Direttore Sanitario Aziendale

Introduzione

Presso l' Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese l'attività di sterilizzazione dello strumentario chirurgico è stata esternalizzata nella primavera del 2007 in coincidenza dell'avvio del Nuovo Monoblocco e il trasferimento delle attività chirurgiche nello stesso. In quell' occasione è stata affidata a una ditta esterna la gestione della nuova centrale di sterilizzazione (CdS) costruita e attrezzata con tutte le apparecchiature necessarie, costituita da 21 locali su una superficie di circa 1.150 mq e collocata al piano -2 del nuovo edificio

Parole chiave: servizi in appalto; sterilizzazione ferri chirurgici

Contenuti

Il contratto con la ditta appaltatrice prevede:

- fornitura a noleggio dello strumentario chirurgico necessario all'attività operatoria;
- gestione completa del servizio di sterilizzazione "sul posto";
- ritiro e distribuzione da e per i blocchi operatori ed i vari centri di utilizzo del materiale sporco e sterilizzato con idonei contenitori e carrelli atti a garantire la sicurezza del personale e del materiale sterile e non.

Il servizio di sterilizzazione al momento attuale serve:

1) le 20 sale del quartiere operatorio del Nuovo Monoblocco che comprende le seguenti specialità:

- Cardiocirurgia
- Chirurgia generale
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Neurochirurgia
- Ortopedia e Traumatologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Audiovestibologia
- Chirurgia spinale
- Chirurgia plastica
- Urgenze e Emergenze
- Prelievi e Trapianti di organo

presso le quali nell' anno 2010 sono stati condotti complessivamente in urgenza e in elezione 9.847 interventi chirurgici;

2) le sale operatorie della UO di Oculistica in cui sono stati effettuati 3.350 interventi chirurgici nel 2010;

3) le degenze, comprese le terapie intensive per un totale di circa 600 posti letto.

Il servizio di sterilizzazione è attivo tutti i giorni, festivi compresi, ventiquattro ore su ventiquattro. Il servizio è coordinato da un Infermiere Professionale avente funzioni di controllo e validazione di tutto il processo produttivo.

Nella CdS è operativo un sistema informatizzato di rintracciabilità del prodotto con il quale si possono verificare i dati di tutte le fasi del processo nonché identificare la fase del processo in cui il singolo strumento si trova.

Giornalmente nella CdS vengono condizionati 120 kit corrispondenti a circa 6.300 ferri chirurgici, mentre in un anno vengono processati 39.300 U.S. (unità di sterilizzazione).

La CdS è dotata di 6 autoclavi, 3 lavaferri, 2 tunnel per lavaggio, 2 lavaendoscopi, una lavazoccoli.

Conclusioni

L'attività svolta dalla CdS, dopo una iniziale fase di rodaggio, ha raggiunto un livello qualitativo elevato. Le segnalazioni effettuate dai reparti e dal quartiere operatorio del Monoblocco evidenziano una costante diminuzione dei problemi connessi alla gestione centralizzata dell'attività di sterilizzazione. Nel corso dell'anno 2010 le segnalazioni (ad es. ritardo consegna dei ferri, strumenti sporchi, errori di ricomposizione dei set, errori di confezionamento, rottura di ferri) si sono attestate su una media di 8,5 al mese. Per l'anno 2011 si ipotizza l'estensione della attività a tutto l'Ospedale di Circolo con l'assorbimento degli interventi condotti in day surgery/chirurgia a bassa complessità operativa e assistenziale (3.765 interventi nel 2010) nonché dell'attività ambulatoriale.

LA GESTIONE DEL PAZIENTE GRANDE OBESO: L'ESPERIENZA DELL' AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO (A.O.U.P.) "P. GIACCONE" DI PALERMO

* Maria Grazia Laura Marsala, ° Alberto Firenze,*Mariagrazia Morici, ^Vittorio Giuliano, **Renato Li Donni,
^ Piero Lipari, ° Luigi Aprea, ° ° Claudio Scaglione.

* *Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute – Sezione di Igiene, Università degli Studi di Palermo*

° *Direzione Sanitaria di Presidio dell'A.O.U.P."P. Giaccone" di Palermo*

° ° *Direzione Sanitaria Aziendale dell'A.O.U.P."P. Giaccone" di Palermo*

* * *Direttore Sanitario Aziendale ARNAS "Civico - Di Cristina - Benfratelli" di Palermo*

^ *P.S. e Medicina d'Urgenza dell'A.O.U.P."P. Giaccone" di Palermo*

INTRODUZIONE

L'attività clinico-assistenziale rivolta alla diagnosi e alla terapia dei pazienti con obesità grave rappresenta una problematica di importanza rilevante nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera, sia per la gravità del quadro clinico molto spesso presentato dai pazienti bariatrici, sia per gli aspetti logistico-strutturali.

PAROLE CHIAVE: chirurgia bariatrica, grande obeso

CONTENUTI

Nel mese di agosto 2010, un paziente di sesso maschile di 39anni, peso 350 kg(IBM= 95), era stato ricoverato presso il Dipartimento di Emergenza Urgenza (D.E.U.) dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (A.O.U.P.) "P. Giaccone" di Palermo, a seguito di una severa riacutizzazione della sindrome disventilatoria correlata alla sua condizione di "superobeso". Nella fase acuta, in considerazione dell'eccezionalità della sindrome clinica, sono state approntate, nei tempi necessari e in stretta collaborazione con la Direzione Sanitaria di Presidio, tutte le procedure cliniche e organizzative del caso, ottenendo la stabilizzazione del quadro clinico. Superata la fase acuta, la Direzione Sanitaria di Presidio dell'A.O.U.P. ha attivato l'iter per il trasferimento del paziente presso con l'Unità Operativa di Chirurgia Bariatrica del S. Agostino - Estense di Modena, al fine di proseguire in ambiente opportunamente attrezzato, il monitoraggio e la stabilizzazione del quadro clinico, in previsione dell'intervento chirurgico cui il paziente doveva essere sottoposto. La decisione di trasferire il paziente presso il Nuovo Ospedale Civile di Modena è nata dopo aver rilevato l'assenza in Sicilia di strutture e attrezzature ultraspecialistiche idonee per seguire il caso in questione. Per il trasporto si è utilizzata un'ambulanza speciale per grandi obesi; e poiché non era possibile in questa circostanza l'utilizzo di un volo di linea, il mezzo è stato a sua volta caricato su un aereo C130 dell'Aeronautica Militare, decollato dall'aeroporto "FALCONE - BORSELLINO" di Palermo e atterrato all'aeroporto di Bologna. Le operazioni di trasporto sono state coordinate dalla Prefettura di Palermo e il viaggio, pur complesso, si è svolto senza problemi per il paziente, che è stato assistito costantemente da due medici rianimatori e da due infermieri professionali del Dipartimento di Emergenza Urgenza dell'A.O.U.P. Infine, dal capoluogo emiliano, l'autoambulanza, è giunta al Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense di Modena dove il paziente è stato sottoposto alle cure necessarie.

CONCLUSIONI

Le Aziende ospedaliere devono dotarsi di apposite linee guida in cui poter individuare dei percorsi strutturati da adottare in situazioni di gestione e trasporto dei pazienti grandi obesi presso i centri assistenziali dedicati; alla luce di ciò, l'A.O.U.P."P. Giaccone" ha predisposto, in seguito alla delibera n. 994 del 22.11.2010, la creazione di una U.O. di Chirurgia Bariatrica nell'ambito della propria struttura.

STANDARDIZZAZIONE Percorsi Cure Palliative-Leniterapia: PROCESSI, ACCREDITAMENTO, EFFICIENZA

*A.R. Marseglia, C.Cairo ^P. Zoppi •A. Cecchi, P. Pacini, *F. Fabbrini, M.Ghelardi, M. Piazza

**Direzione Presidio ^U.O.Direzione Inf •U.O Innov e Sviluppo* Hospice Oblate e S.Felice
Azienda Sanitaria Firenze*

Parole chiave: accreditamento – standardizzazione - percorsi

Introduzione: L'ASL di FI con le 4 zone e 850.00 abitanti, ha organizzato l'assistenza per malati oncologici in fase avanzata di malattia, attraverso setting assistenziali sulla base dei bisogni del paziente e della famiglia: **consulenza, visite ambulatoriali, assistenza domiciliare, Hospice e Day Hospice e Ospedalizzazione domiciliare**. Inoltre le Unità Cure Palliative-Leniterapia (UCP-L) con 3 Hospices per un totale di 33 p.l ordinari di lungodegenza e 4 di Day –Hospice afferiscono al Dipartimento Oncologico.L'integrazione stretta con alcune Onlus finanzia sia medici palliativisti che personale infermieristico che si uniscono alla struttura pubblica per offrire ulteriori servizi nella logica che pubblico e Associazioni di volontariato collaborano insieme.

Obiettivi:Partendo dal concetto dell'unico paziente anche se in diversi percorsi assistenziali 1)accreditare il sistema nella logica dell'accreditamento per processi 2)standardizzare il percorso dei pz. elegibili per Cure Palliative e Hospices all'interno della Rete Assistenziale (Presidi Ospedalieri, Cure Primarie, Onlus)3)uniformare la documentazione sanitaria4) uniformare i criteri per la lista di attesa.

Contenuti: Nel 2009 è stato istituito il gruppo di lavoro "percorso di accreditamento Cure Palliative". Da luglio 2009 a dicembre 2010 sono stati effettuati 23 incontri alla fine dei quali è stato presentato il risultato dei lavori alla Direzione Sanitaria Aziendale e l'elaborato ha previsto un percorso principale di accesso alle C.P. con diramazioni specifiche per i quattro setting assistenziali con i relativi diagrammi di flusso.Contemporaneamente è stata prodotta una cartella clinico-assistenziale integrata condivisa dalle 4 UCP- L comprensiva di una Scheda di Terapia Unica "STU" (collaborazione tra UCP-L, SAIO e S.S. Rischio Clinico)rispettosa dei criteri della Gestione Rischio Clinico Regione Toscana.

Conclusioni: È attualmente in corso una sperimentazione di sei mesi sull'impiego della documentazione sanitaria ed in particolare della STU ed è in via di realizzazione, in collaborazione con la S.C. Comunicazione e Sviluppo Risorse Umane, la diffusione dei documenti sul sito intranet Aziendale a cui accedono anche i MMG. Inoltre è prevista una verifica dell'adesione al percorso "ideale" da parte di tutti gli operatori coinvolti per apportare, al termine della sperimentazione, correttivi e interventi di miglioramento. Risultati attesi:

- uniche modalità di accesso
- uniformità della documentazione sanitaria
- uniformità della risposta all'utente
- corretta integrazione con gli operatori della Rete

Bibliografia

D.P.C.M. 20 gennaio 2000, "Atto di indirizzo e coordinamento concernente i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative"

L.R. 996 2000

L.38 15 marzo 2010 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE NELL'ASP DI PALERMO

Mattaliano A R ^, Casiglia A °, Monterosso F *, Ricca T.**, Aragona A**, Rinaudo C °°, Varia S ***, Spatola A^^, Di Fiore M.^., Gugliotta C^^.

^ Direttore Sanitario ASP di Palermo

° Risk Manager ASP di Palermo

** Responsabile UO Qualità e Progettazione*

*** U.O. Qualità e Progettazione*

°° Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Palermo

**** Direttore DSM ASP di Palermo*

^^ Gruppo Rischio Clinico - Dipartimento Salute Mentale

Introduzione:

Il suicidio del paziente in Ospedale è stato inserito dal Ministero della Salute, per la sua gravità e la sua potenziale evitabilità, nella lista degli eventi sentinella cioè di quegli eventi di particolare gravità indicativi di un serio malfunzionamento del sistema sanitario; ed è pertanto obbligatorio segnalarli attraverso il flusso SIMES (sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità).

La gravità di questo evento e la possibilità di attivare misure idonee alla sua prevenzione impongono infatti una regolamentazione e una standardizzazione dei comportamenti degli operatori allo scopo di raggiungere l'eliminazione o quanto meno una forte riduzione della sua incidenza.

Lo scopo di questa procedura è quello di dare strumenti di lavoro e indicazioni operative agli operatori sanitari sulle modalità da adottare per prevenire e/o ridurre i suicidi e tentati suicidi dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie ospedaliere mediante apposita formazione.

Parole Chiave: prevenzione, suicidio, ospedale.

Contenuti

La presente procedura verrà applicata in fase sperimentale per un periodo di sei mesi presso alcune strutture ospedaliere dell'ASP di Palermo, per essere poi applicata a tutti i reparti.

Le attività di prevenzione iniziano con la valutazione dei potenziali fattori di rischio di suicidio già nelle prime fasi del percorso intra-ospedaliero del paziente al momento dell'anamnesi medica e infermieristica e durante l'esame obiettivo o l'osservazione.

Se in queste fasi emerge la presenza di fattori di rischio o di altri elementi suggestivi di rischio di suicidio verrà richiesta una consulenza psichiatrica che valuterà l'opportunità di trasferire il paziente presso il SPDC.

Occorre poi focalizzare i provvedimenti sull'organizzazione, in quanto nei casi in cui vi siano pazienti positivi al rischio di suicidio o che abbiano manifestato intenzioni autolesive, le caratteristiche dell'ambiente e degli spazi nonché i processi organizzativi devono mirare ad evitare il verificarsi dell'evento.

Infine la dimissione dei pazienti che hanno tentato il suicidio o sono ritenuti a rischio suicidiario, va preparata con largo anticipo, segnalando gli stessi ai servizi territoriali competenti (MMG, CSM, SERT, Servizio di Assistenza Domiciliare.), programmando loro un appuntamento al fine di garantire la continuità assistenziale; inoltre è necessario inserire nella relazione di dimissione i nominativi di un referente del reparto di dimissione e di uno psichiatra da contattare in caso di bisogno.

La corretta applicazione della procedura mediante l'utilizzo degli indicatori scelti sarà monitorata dai Direttori di U.O. e dai Direttori Medici di Presidio Ospedaliero per i ricoverati; per le altre strutture territoriali dai Direttori dei Dipartimenti o dei Distretti sanitari di riferimento.

Conclusioni

L'individuazione di indicatori in grado di segnalare precocemente i pazienti a rischio di suicidio e dei provvedimenti organizzativi da adottare nei loro confronti, costituiscono i presupposti per la piena implementazione di un sistema di sorveglianza che consenta di rilevare il rischio ed adottare le misure necessarie per la prevenzione in armonia con quanto previsto dalla specifica Raccomandazione ministeriale n°4.

PREVENZIONE DEL SUICIDIO NELL'AZIENDA ULSS 18 DI ROVIGO

Melagrani S*, Ricchiero D*, Toniolo E**, Grossi A.C**, Zanone S**, Marchetto R*, Marangon L*, Pierotti S*

* ULSS 18 Rovigo - Direzione Medica Presidio Ospedaliero

** ULSS 18 Rovigo - Dipartimento Salute Mentale

Parole chiave: Sicurezza paziente, evento sentinella, formazione

Introduzione: Il comportamento suicidiario è riconosciuto come un serio problema di sanità pubblica. Il suicidio risulta tra la seconda causa di morte nella popolazione giovanile fra i 15 e i 44 anni: in Europa circa 58.000 cittadini muoiono ogni anno per suicidio. Nella provincia di Rovigo i tassi di suicidio registrati nel quinquennio 1995-2000 sono stati di 11.2 per 100.000 abitanti, superiori alla media nazionale che registra tassi di 7.1 casi ogni 100.000 abitanti. Il suicidio e il tentato suicidio rappresentano il primo avverso segnalato in ospedale, il rischio suicidiario aumenta drasticamente nelle prime tre settimane dalla dimissione da un Ospedale. Nell'Azienda sanitaria ULSS 18 di Rovigo è stato promosso nel 2006 e implementato uno specifico Progetto per lo studio e la prevenzione del suicidio nel Polesine.

Obiettivi: Riduzione del rischio suicidiario attraverso:

- costruzione di una rete formata dalle Agenzie locali/Stakeholders del territorio della Provincia di Rovigo, che a diverso titolo hanno un ruolo nella promozione della salute mentale e nella diffusione di una cultura della prevenzione del suicidio:
- formazione degli stakeholders
- miglioramento a livello di Ospedale delle competenze e delle conoscenze degli operatori sanitari circa il rischio suicidiario, l'individuazione precoce dei segni di rischio al fine della prevenzione dell'evento sentinella:
- informazione alla popolazione generale e il supporto alle situazioni a rischio
- attivazione di 3 help line dedicate
- attivazione di un sito internet (www.perdersidanimomai.it)
- progetti di ricerca sulla diffusione dell'ideazione suicidaria nella popolazione, sui fattori di rischio e di protezione

Metodi: Il progetto si articola in due livelli: a livello di Territorio e a livello Ospedaliero. Nel Territorio si sono costituiti un Comitato Scientifico e un Comitato di Progetto con le diverse Agenzie locali/Stakeholders. I Comitati, dopo aver definito le aree di intervento considerate a maggiore rischio (adolescenti, anziani, persone che hanno già tentato il suicidio, carcerati, persone coinvolte direttamente nella crisi economica), hanno individuato le strategie di intervento specifiche per ciascuna area di rischio. Sono inoltre state promosse iniziative di coordinamento e integrazione di iniziative messe in atto dalle diverse agenzie coinvolte. A livello Ospedaliero si è proceduto alla stesura di una procedura aziendale, in recepimento della raccomandazione ministeriale n. 4 e all'avvio di un piano di sensibilizzazione e di formazione diretto al personale sanitario per lo sviluppo di competenze per il riconoscimento del rischio suicidiario e delle condizioni strutturali potenzialmente a rischio.

Risultati: Il progetto è ancora in corso. Sono stati individuati alcuni indicatori di processo e di risultato per la valutazione dei risultati del progetto:

- N. protocolli con i partner del progetto per azioni specifiche
- N. incontri sul benessere psicologico nelle scuole
- N. stakeholder formati
- N. incontri di disseminazione
- Contributi scientifici resi pubblici
- Definizione di procedure omogenee per la rilevazione dei tentati suicidi
- Valutazione dell'ideazione suicidaria, in un campione rappresentativo della popolazione,
- Consumo pro capite e numero di persone che assumono farmaci antidepressivi
- N. di suicidi e/o tentati suicidi/anno in Ospedale in base alle schede di segnalazione degli eventi sentinella e di Incident Reporting e sul territorio.

Prospettive Future: Messa a regime degli interventi di prevenzione universale, selettiva e indicata uscendo dalla fase sperimentale di progetto.

AMPLIAMENTO E RISTRUTTURAZIONE DELL'AREA CRITICA DELL'OSPEDALE DI GUASTALLA

Antonella Messori*, **Antonio Di Mare***, **Mauro Bedogni****, **Daniela Riccò*****, **Fausto Nicolini ^**
*Direzione di Presidio**, *Servizio Tecnico***, *Direttore Sanitario****, *Direttore Generale^*
Azienda USL di Reggio Emilia

Introduzione

L'Ospedale di Guastalla è un ospedale di medie dimensioni, per acuti a vocazione chirurgico oncologica, riferimento per l'urgenza chirurgica dell'area nord della provincia di Reggio Emilia. Inaugurato nel 1979, all'inizio degli anni 2000 a fronte dei limiti strutturali, impiantistici, tecnologici e dimensionali, l'Azienda USL di Reggio Emilia ha adottato un piano complessivo di ampliamento e ristrutturazione dell'esistente per rispondere alle nuove esigenze organizzative dell'assistenza ospedaliera e per adeguare la struttura ai criteri di accreditamento e al miglioramento della sicurezza, della accoglienza e della qualità alberghiera. Il progetto complessivo ha previsto un raddoppio delle superfici, da 13.000 a 26.000 mq e un investimento di oltre 40 milioni di euro già realizzati per circa il 70%. E' attualmente in corso la ristrutturazione e l'ampliamento dell'area critica. L'appalto risale al 2006 con previsione di conclusione nel 2009.

Parole chiave: Area critica, ristrutturazione, ampliamento.

Contenuti

La nuova area critica si colloca nell'area sud dell'edificio ospedaliero. Comprende due aree preesistenti che si sviluppano parallelamente: la prima collocata in un edificio ad un piano costruito nel 1980 sede della cardiologia e UTIC, la seconda è rappresentata dal piano terra del corpo principale ala sud dell'ospedale attualmente sede di Pronto Soccorso e Terapia Intensiva con 4 posti letto. Il progetto prevede la costruzione di un nuovo edificio di 1060 mq che collega i due precedenti sede di una terapia intensiva di 6 pl e di una terapia sub intensiva di 6 pl per rispondere ai bisogni del bacino d'utenza provinciale. Il nuovo Pronto Soccorso di 560 mq deriverà dalla ristrutturazione delle aree attualmente dedicate a Pronto Soccorso e Terapia Intensiva con un ampliamento ed una completa revisione del lay out distributivo per garantire percorsi differenziati, adeguati spazi di attesa, ambulatori, shock room e osservazione breve. L'edificio che ospita la cardiologia sarà oggetto di ristrutturazione impiantistica e completerà l'area critica secondo un disegno organizzativo per intensità di cura con la costituzione dell'area di assistenza intensiva a valenza polispecialistica. Le problematiche nella realizzazione derivano dalla necessità di conciliare i cantieri con il mantenimento delle attività. La realizzazione sta pertanto avvenendo per fasi. Nella prima fase verrà realizzata una soluzione che prevede nell'edificio in ampliamento 6 posti letto di terapia intensiva e un pronto soccorso provvisorio. Contestualmente si procederà a ristrutturare la cardiologia. Completata questa fase della durata di 18 mesi, da settembre 2012 si procederà alla ristrutturazione del Pronto Soccorso definitivo che richiederà circa un anno e successivamente alla riconversione del pronto soccorso provvisorio nella terapia semintensiva che sarà disponibile a inizio 2014.

Conclusioni

L'intervento descritto è certamente rilevante ai fini di innovare e qualificare l'ospedale e gli assetti organizzativi ed assistenziali. Risulta peraltro esemplificativo delle problematiche legate alla scelta di ristrutturare rispetto alla scelta di costruire ex novo. Per lo più si tratta di scelte obbligate per fattori diversi e complessi. Comporta vincoli ed impatti sulla organizzazione non sempre previsti in sede di progettazione con incremento dei costi e ritardi di realizzazione, la cui minimizzazione dovrebbe essere sempre considerata attraverso una programmazione lungimirante ed una progettazione integrata capace di prevedere i problemi e le soluzioni anziché affrontarle in corso d'opera come spesso succede.

RILEVAZIONE PRUO 2009 – P.O. S. SALVATORE DELL'AQUILA

Micolucci G.*, Mucciante M.V.*, Lepore R.*, Rossi R.**, Martinez V.**, Liris G.Q.**, Fabiani L**.

* Direzione Sanitaria - P.O. S. Salvatore dell'Aquila

** Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi dell'Aquila

Introduzione. Il Protocollo di Revisione dell'Uso dell'Ospedale (PRUO) è uno strumento utile per verificare il grado di inappropriatezza delle singole giornate di ammissione e di degenza degli ospedali per acuti; attraverso la ricerca di una serie di criteri espliciti nella documentazione clinica routinariamente disponibile, permette, inoltre, di individuare i motivi sottostanti le ammissioni e le degenze non appropriate.

L'obiettivo principale dello studio è stato quello di determinare il livello di appropriatezza generica e dell'efficacia operativa dell'ospedale e di analizzare i motivi eventualmente responsabili di un uso improprio della struttura.

Contenuti. E' stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo sulle cartelle cliniche relative ai ricoveri ordinari del I e del IV trimestre 2009. L'esclusione dei trimestri centrali è legata alle ripercussioni dell'evento sismico del 6 Aprile 2009 sull'attività ospedaliera, che in tale periodo si è svolta in situazione emergenziale, con allestimento di un'ospedale da campo. E' stato effettuato un campionamento casuale semplice e sono state esaminate complessivamente 452 cartelle cliniche su un totale di 4529 (10%), pesato per il numero di ricoveri effettuati da ogni Unità Operativa. Le unità operative coinvolte nello studio sono appartenenti al Dipartimento Chirurgico, Medico e Materno-Infantile (U.O di Ostetricia-Ginecologia, prendendo in considerazione solo le dimissioni ginecologiche).

Per la valutazione è stata usata la versione 2002 del manuale P.R.U.O. Ricoveri Ordinari.

Conclusioni. Sono state valutate nel 2009 complessivamente 3522 giornate, 452 ammissioni e 3070 degenze, con una percentuale di in appropriatezza rispettivamente del 14% e del 19%. Tra i motivi di in appropriatezza per l'ammissione l'esecuzione esami diagnostici incide per il 64%, seguita dall' attesa esecuzione intervento chirurgico (23%) e dall'esecuzione di intervento terapeutico medico (11%). Per quanto riguarda le giornate di degenza, i principali motivi di in appropriatezza sono stati: motivi riferibili all'ospedale (66%), paziente in attesa di eseguire esami (18%), motivi socio-ambientali (6%), paziente in attesa di intervento chirurgico (5%).

I dati inoltre sono stati disaggregati a livello dipartimentale e di U.O. e discussi in un apposito incontro informativo finalizzato ad evidenziare le criticità e individuare le potenziali misure correttive. Dal confronto con i dati relativi alla rilevazione PRUO condotta nel 2006 (percentuali di in appropriatezza delle giornate di ammissione e degenza rispettivamente del 29% e del 41%), emerge un trend in diminuzione dei livelli di in appropriatezza, in possibile associazione con l'efficacia del feed-back informativo annuale.

Analizzando i motivi riferibili all'ospedale, una componente importante è rappresentata dalla presenza di diari clinici a volte incompleti, di difficile lettura e non aggiornati riguardo alle terapie effettuate. Altro dato di rilievo è l'aumento dei motivi socio-ambientali (dal 3% nel 2006 al 6% nel 2009 per le giornate di degenza), a testimonianza della necessità di implementare la capacità di risposta dei servizi territoriali al fabbisogno sanitario della popolazione.

HOSPITAL MANAGEMENT OF ELDERLY PATIENTS WITH HIP FRACTURE

Miscio L*, Fusilli S*, Placentino I*, Piano G**, Di Bisceglie D*

* *Direzione Sanitaria I.R.C.C.S. "Casa Sollievo della Sofferenza", Viale Cappuccini 1, 71013, San Giovanni Rotondo*

** *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"*

Introduzione

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione intraospedaliera del paziente con frattura del collo del femore rientra nella logica strategica assistenziale più ampia che "Casa Sollievo della Sofferenza" ha come mission ossia la "Centralità del Paziente", integrata nella visione di un'assistenza intesa come percorso multidisciplinare integrato. Il punto di partenza del documento è rappresentato dall'indicatore H11 individuato dal Ministero della Salute nell'ambito del Progetto "Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali": % fratture di femore operate in 48 ore. L'intervento chirurgico tempestivo, infatti, è considerato l'opzione terapeutica migliore per questa problematica clinica e ad esso sono stati associati un minor rischio di complicanze post-operatorie, una più rapida ripresa funzionale e un benefico effetto sulla mortalità a breve e medio termine. Il documento si compone di due sezioni: la prima riassume brevemente la metodologia utilizzata e la seconda illustra il percorso elaborato.

Contenuti

In considerazione dei differenti sistemi di grading utilizzati nelle principali linee guida internazionali, il gruppo di lavoro multidisciplinare ha ritenuto di riesaminare la letteratura e adottare il sistema di grading del PNLG. Il profilo terapeutico assistenziale dell'intera fase ospedaliera del paziente con frattura del collo del femore è stato considerato come un unico processo. I confini del processo vanno dall'ingresso del paziente in Pronto Soccorso (inizio processo) alla dimissione dalla U.O. di Ortopedia (termine processo). L'input del processo è costituito dall'accesso in Pronto Soccorso di un paziente con frattura post-traumatica del collo del femore (diagnosi principale codici ICD-IX CM 820.xx). L'output del processo è costituito dalla dimissione del paziente trattato in Ortopedia. Sono stati individuati inoltre 4 sub-processi (che corrispondono alle fasi del profilo assistenziale intraospedaliero): Valutazione in Pronto Soccorso, Fase preoperatoria, Intervento chirurgico, Fase postoperatoria. Per ciascun sub-processo sono stati individuati tempi, attività specifiche e raccomandazioni. Il responsabile del processo è il Direttore Sanitario che si avvale dei responsabili dei sottoprocessi.

Conclusioni

La complessità di un sistema come quello sanitario può creare condizioni favorevoli alla variabilità, i difetti di continuità, di continuità e scarsa integrazione nella cura, tutte condizioni che facilitano la possibilità di ritardi nell'erogazione delle cure. A tal fine il PDTA rappresenta uno strumento tecnico-gestionale, metodologicamente standardizzato, che si propone di garantire la riproducibilità delle azioni, l'uniformità delle prestazioni erogate e ridurre l'evento straordinario. Nel contempo consente un costante adattamento alla realtà specifica ed una costante verifica degli aggiornamenti e dei miglioramenti. Poiché le fratture del collo del femore costituiscono un rilevante e frequente problema, date le sue conseguenze sulla qualità di vita, si è cercato di contestualizzare ed applicare, nella specifica realtà organizzativa, tutti gli aspetti dei PDTA, per garantire al paziente il miglior percorso praticabile all'interno dell'azienda sanitaria.

TITOLO: MEDIATORI CULTURALI: L'OSPEDALE COMUNICA CON TUTTI

Monti P.*, Cariboni E.** , Corti V.* , Gatti E.* , Kamaliro P.* , Proment C.* , Scaramelli R.* , Schiavo GP.* , Volpi M.*** , Folsi MF* , Pesenti E.*

* Azienda Ospedaliera della provincia di Lecco

** Les Cultures Onlus

*** Provincia di Lecco

Parole chiave: intercultura, mediazione culturale.

Introduzione: L'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco è interessata in maniera crescente dal fenomeno migratorio. La percentuale di utenti migranti è aumentata del 23% dal 2007 al 2009 raggiungendo nel 2010 un totale di 4266 utenti. La necessità di avvicinarsi al paziente e di comunicare con lui è la base su cui instaurare una relazione di cura destinata ad avere risultati positivi in termini di compliance e di efficacia. Nell'anno 2009, mediante la collaborazione con Les Cultures Onlus e confronto con ASL e Provincia, si è giunti alla formulazione di questo progetto che prosegue tuttora.

Contenuti: Il progetto introduce la figura del mediatore culturale come presenza costante che diventa parte integrante dell'equipe di assistenza e cura del paziente. I mediatori, visto il ruolo fondamentale all'interno della relazione di cura, devono essere opportunamente formati. In particolare sono stati messi in atto:
Formazione per mediatori in ambito, Materno- Infantile, Malattie Infettive, Inserimento mediatori Dipartimento Materno-Infantile: ambulatorio gravidanza a rischio, supporto durante il parto in situazioni di solitudine o difficoltà, accompagnamento nel puerperio con aggancio ai servizi territoriali
Ambulatorio di Malattie Infettive: supporto nel percorso di cura per HIV e Tubercolosi, con attenzione alla compliance e all'impatto emotivo della malattia nel background culturale del paziente
Apertura sportello presso il Pronto Soccorso dedicato all'accoglienza, orientamento e corretta informazione sull'accesso ai servizi intra ed extra ospedalieri, finalizzato all'appropriatezza e all'ottimizzazione dei percorsi

ATTIVITA' SVOLTA DAI MEDIATORI CULTURALI NELL'AMBITO DEL PROGETTO anno 2010				
Presidio	Reparto	Area mediatore	N° interventi 2010	N° utenti 2010
Lecco	Sportello informativo	Tutte/ albanese	367	276
Lecco	Ostetricia-Ginecologia-Nido	Araba	148	145
Merate	Ostetricia-Ginecologia-Nido	Araba	243	230
Lecco	Ostetricia-Ginecologia-Nido	Africa Sub-Sahariana	112	102
Merate	Ostetricia-Ginecologia-Nido	Africa Sub-Sahariana	88	81
Lecco	Malattie Infettive	Araba	35	Circa 70

La presenza dei mediatori ha una programmazione settimanale definita. Ogni intervento prevede una registrazione dell'attività effettuata con una raccolta dati sulle caratteristiche dell'utente (origine, lingua, contesto sociale, situazione amministrativa) sul bisogno espresso e sulle prestazioni offerte.

E' stata inoltre preparata e diffusa la Carta dei Servizi in 5 lingue (inglese, francese, spagnolo, arabo, albanese).

Conclusioni: Il progetto ha evidenziato che il bisogno emerso di superare la distanza linguistico-culturale con gli utenti di origine straniera può essere affrontato con l'affiancamento di un mediatore all'equipe di cura e di assistenza, e che tale mediatore, opportunamente formato, è in grado di supportare l'azione dell'equipe anche in contesti complessi. Il progetto ha inoltre permesso di raccogliere dati strutturati sull'utenza straniera dell'Azienda. Gli operatori hanno evidenziato che questo strumento permette di migliorare l'alleanza con il paziente, favorire l'aderenza terapeutica e limitare il drop out. La prospettiva prevede il passaggio dalla fase progettuale alla fase di stabilizzazione dello strumento, modulato secondo i bisogni rilevati, e ottimizzato rispetto alle risorse disponibili.

LA CARTELLA CLINICA COME INDICATORE DI QUALITÀ

Mundo A, Dario R, Laviola D, Leaci A

Direzione Medica - P.O. San Paolo ASL BARI

PAROLE CHIAVE

Cartella, qualità, indicatori

INTRODUZIONE

La cartella clinica svolge un ruolo di primaria importanza nell'ambito dei sistemi di controllo della qualità. Essa costituisce uno strumento di monitoraggio dell'attività dell'Unità Operativa rappresentando un indicatore di obiettivi assistenziali e di prevenzione dei rischi clinici. La sua corretta e completa compilazione contribuisce all'innalzamento qualitativo della performance dell'Ospedale. La raccolta dei dati e la completezza degli stessi ha poi dei risvolti rilevanti in presenza di contenziosi medico-legali.

Scopo del nostro studio è stato quello di analizzare parametri relativi alla compilazione della cartella clinica, al fine di evidenziarne le criticità e migliorare la qualità delle cure erogate al paziente.

CONTENUTI

E' stato valutato un campione casuale di 120 cartelle cliniche, relative a ricoveri eseguiti nel Presidio Ospedaliero San Paolo di Bari. Le cartelle sono state selezionate per diagnosi relative ai primi 5 DRG più frequenti dell'anno 2010 di 3 reparti medici (Medicina Interna, Gastroenterologia, Cardiologia) e 3 reparti chirurgici (Chirurgia Generale, Ortopedia, Chirurgia Toracica). Come strumento di valutazione è stata compilata per ciascuna cartella una scheda con quesiti a risposta chiusa (si/no) in cui erano riportati requisiti di compilazione (rintracciabilità, integrità, veridicità, chiarezza e completezza) e requisiti di contenuto (dati del paziente, anamnesi, esame obiettivo, diagnosi di accettazione e di dimissione, diario clinico, esami diagnostici e consulenze specialistiche, SDO, firma del consenso informato, firma del Direttore dell'U.O., lettera di dimissione al Medico di Medicina Generale (MG); per i reparti chirurgici anche la firma del consenso informato all'intervento chirurgico e la scheda anestesiologicala).

Si è osservato nel 32% dei casi anomalie nella compilazione di anamnesi, esame obiettivo, diario clinico e foglio di terapia. La SDO era presente in tutte le cartelle esaminate. Il consenso informato mancava nel 37%. Alta era la percentuale (96%) del rispetto di chiarezza, integrità e veridicità, mentre molto bassa (31%) la rintracciabilità degli operatori che avevano eseguito assistenza durante il ricovero. Nei casi sottoposti ad intervento chirurgico vi erano anomalie della scheda anestesiologicala nel 34% dei casi. Il 44% riportava la lettera di dimissione al Medico di MG e il 25% prescriveva i farmaci alla dimissione con il nome del principio attivo e non con il nome commerciale.

CONCLUSIONI

L'analisi conferma il dato della Letteratura di una bassa qualità della tenuta della cartella clinica nelle discipline chirurgiche rispetto a quelle mediche in cui viene prestata maggiore attenzione alla correttezza compilativa.

I risultati hanno evidenziato l'esigenza di migliorare alcuni aspetti nella compilazione della cartella clinica mediante:

momenti formativi per sensibilizzare gli operatori sanitari;

utilizzo di un'unica cartella, ove possibile, che integri l'attività sanitaria di tutti gli operatori;

attivazione di un sistema di verifica periodica della Direzione Medica di Presidio.

Pur non esistendo evidenze dirette che una documentazione sanitaria "di qualità" aumenti le probabilità di osservare outcome migliori, una cartella clinica leggibile e accurata ha una maggiore probabilità di ridurre gli errori e di aumentare l'integrazione fra i diversi setting assistenziali. La cartella clinica informatizzata potrebbe essere lo strumento per la realizzazione di questi obiettivi.

PROCEDURA ORGANIZZATIVA PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA KLEBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRESISTENTE

Nicola Nicolotti°, Gennaro Capalbo§, Anna Laura Scanu+, Teresa Spanu#, Giovanni Fadda^, Walter Ricciardiç, Andrea Cambieri*

* Direttore Sanitario. Policlinico Universitario "A. Gemelli" – Roma

§ Dirigente Medico di Direzione Sanitaria. Policlinico Universitario "A. Gemelli" – Roma

+ Dirigente Biologo di Direzione Sanitaria. Policlinico Universitario "A. Gemelli" – Roma

Professore Associato. Istituto di Microbiologia. Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma

^ Professore Ordinario. Direttore Istituto di Microbiologia. Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma

ç Professore Ordinario. Direttore dell'Istituto di Igiene e della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma

° Medico in Formazione Specialistica. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Istituto di Igiene. Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma

Parole chiave: Klebsiella pneumoniae, multiresistenza, procedura

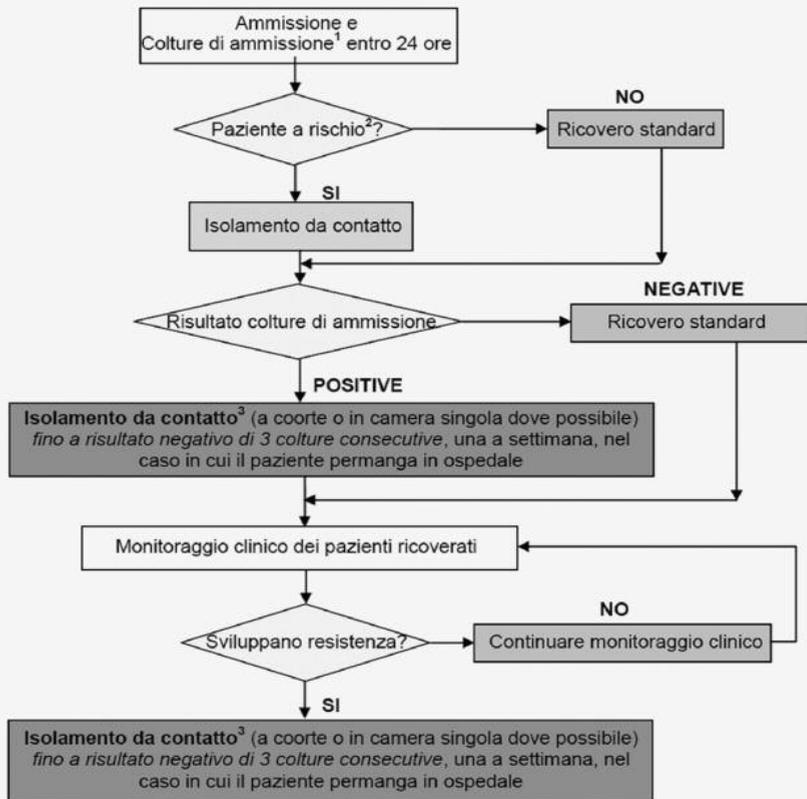
Klebsiella pneumoniae è un batterio gram-negativo che può causare gravi infezioni quali polmoniti, broncopolmoniti, infezioni urinarie, sepsi/batteriemie, infezioni cutanee (ferite, ulcere, decubiti) e meningiti.

Nelle strutture ospedaliere, le infezioni da *Klebsiella* si verificano in particolar modo tra i malati critici sottoposti a procedure invasive e/o ventilazione meccanica. Fattori che favoriscono lo sviluppo di infezioni da *Klebsiella* sono rappresentate da: presenza di cateteri arteriosi o venosi, chirurgia addominale d'urgenza, prolungata permanenza in terapia intensiva, uso di ventilatori, durata del ricovero, precedente assunzione di antibiotici e ricovero in case di riposo. L'infezione e/o la colonizzazione da *Klebsiella* avviene tramite contatto e sovente le mani del personale sanitario ne rappresentano il vettore. È isolabile in acqua ma non si diffonde attraverso l'aria.

Sono conosciute due principali forme di resistenza ai β -lattamici: la resistenza alle ossiminocefalosporine mediata principalmente da β -lattamasi a spettro esteso (ESBL), e la resistenza ai carbapenemici, mediata principalmente da carbapenemasi, in particolare da enzimi tipo VIM e KPC (*Klebsiella pneumoniae* Carbapenemase). Recentemente in Grecia (2008) sono stati poi isolati ceppi resistenti ai carbapenemici e alla colistina. In Italia sono stati segnalati epidemie intraospedaliere causate da enzimi KPC-2. Le polimixine rappresentano l'ultima opzione per il trattamento delle infezioni causate da ceppi multiresistenti. Le infezioni causate da batteri resistenti sono associate ad alti tassi di mortalità e morbilità.

Per tali motivi, presso il Policlinico Universitario "A. Gemelli" è stata progettata ed introdotta, basandosi su una attenta revisione della letteratura, una procedura organizzativa per il controllo delle infezioni nosocomiali da *K. pneumoniae* multiresistente in reparti ad alto rischio. Tale procedura, di seguito illustrata graficamente, prevede la ricerca dei microrganismi su campioni prelevati all'ammissione, l'isolamento preventivo dei pazienti a rischio, il rispetto scrupoloso delle misure di isolamento da contatto e il lavaggio giornaliero (*daily baths*) dei pazienti con clorexidina al 2%.

**PROCEDURA ORGANIZZATIVA PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI
DA KLEBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRESISTENTE**



NOTE A MARGINE:

1. **Colture di ammissione:** tamponi rettali e stomie gastrointestinali.
2. **Paziente a rischio:** emodializzati, tracheostomizzati, con stomie gastrointestinali, con precedente storia di germi MDR (MRSA e klebsiella pneumoniae ESBL e resistente ai carbapenemi) e provenienti da altre strutture sanitarie.
3. **Misure di isolamento da contatto,** a coorte (collocamento del paziente con altri pazienti che presentano positività allo stesso microrganismo) o in camera singola dove possibile.
4. Intensificare le opere di pulizia ambientale.
5. Scrupoloso rispetto del **lavaggio delle mani** con sapone medicato o a base di clorexidina.
6. **Lavaggio giornaliero dei pazienti** (fino a sopra la mandibola) con **clorexidina**, limitatamente ai pazienti con colonizzazione/infezione da klebsiella pneumoniae ESBL o resistente ai carbapenemi.
7. Nessuna limitazione, previo avviso alle strutture di destinazione, al trasferimento.

OSPEDALE REGIONALE DI AOSTA, CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO, 2007-2010

Roberto Novati, Giancarlo Vigo°, Marisa Mastaglia, Maria Grazia Canta, Rita Ippolito, Chiara Galotto.
Direzione Sanitaria ospedaliera, °Farmacia ospedaliera, Azienda Usl Valle d'Aosta. rnovati@ausl.vda.it

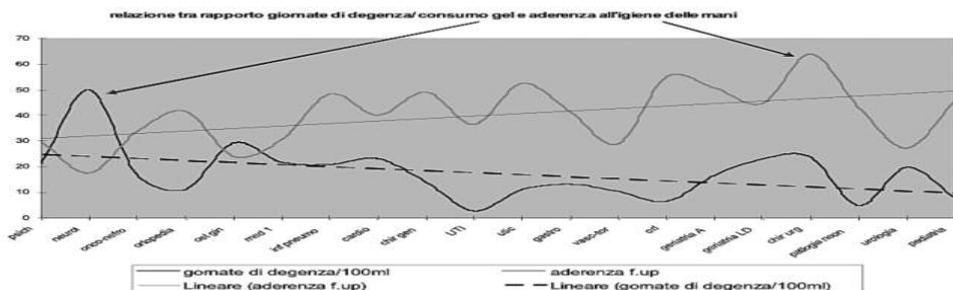
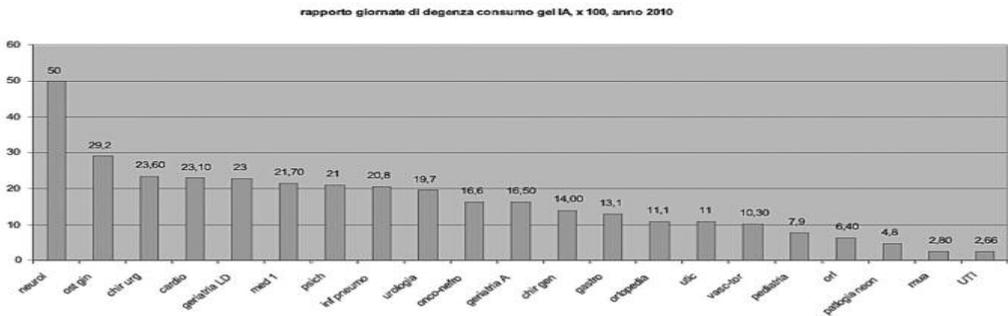
Introduzione: il consumo di gel idroalcolico è considerato un buon indicatore di igiene delle mani nelle organizzazioni sanitarie. Obiettivo di questo lavoro è stato monitorarne l'uso nel quadriennio 2007-2010, vale a dire prima e dopo l'implementazione dell'igiene delle mani a seguito della campagna OMS Clean care is Safer Care. Parole chiave: gel idroalcolico/ Igiene delle mani

Contenuti: il consumo di gel è aumentato di più di venti volte: da 45,8 litri nel 2007 a 919,4 litri nel 2010, tuttavia in modo piuttosto disomogeneo tra i diversi reparti. In particolare, il trend è in salita in 7/11 reparti a più alto consumo (63,6%) e in 4/11 a minore consumo (36,6%). Per il 2010 abbiamo inoltre analizzato il rapporto tra giornate di degenza e consumo di gel ricavandone un indicatore standardizzato per attività. (Fig. 1) Come atteso l'indice è stato migliore in area critica (5,31) seguita da area chirurgica (media 16,32, range 6,4-29,2) e da area medica (media 21,4, range 7,9-50). Infine abbiamo osservato una relazione inversa tra l'indicatore proposto e l'aderenza all'igiene delle mani, misurata nel contesto della campagna OMS. (Fig. 2).

Conclusioni:

I consumi ospedalieri di gel idroalcolico in Ospedale regionale di Aosta sono in crescita netta ma fortemente disomogenea tra i diversi reparti/servizi. Ciò ci consente di intervenire in modo mirato sui reparti / servizi meno "virtuosi", mediante le note strategie multi modali. La correlazione tendenziale osservata tra consumi ed aderenza conferma la bontà del metodo di sorveglianza dell'igiene delle mani adottato ma andrà verificata nel tempo L'analisi periodica del consumo di gel è uno strumento incompleto di sorveglianza igienica tuttavia preciso ed estremamente semplice da attuare. Restano da verificare le correlazioni tra consumi di gel e:

- a- prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza
- b- circolazione dei germi multi resistenti



CHANGE MANAGEMENT - APPLICAZIONE SPERIMENTALE DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 150/2009 NELL'AMBITO DELLA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE ORGANIZZATIVE ED INDIVIDUALI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DELLA SECONDA UNIVERSITÀ DI NAPOLI

Olivieri G*, Abbate R*, Galdieri A*, Filippini A*, Gimigliano A*, Setola AA*, Sica G*, Olivieri MA*.

*Direzione Sanitaria -Azienda Ospedaliera Universitaria della Seconda Università degli studi di Napoli (AOU-SUN)

Parole chiave: Valutazione, Performance, Change Management

Introduzione

Com'è noto, il D.Lgs. 150/09 disciplina il sistema di valutazione dei dipendenti delle Amministrazioni Pubbliche, al fine di assicurare una migliore organizzazione del lavoro, elevati standard qualitativi ed economici delle funzioni e dei servizi attraverso la valorizzazione dei risultati delle *performance* organizzative ed individuali.

Contenuti

La gestione e lo sviluppo delle risorse umane, elemento strategico e fattore critico di successo in tutte le organizzazioni produttive e ancor di più in quelle che erogano servizi, rappresenta il punto critico di qualsiasi sistema e il principale determinante del *change management*. Pertanto, ritenendo di fondamentale importanza il momento della valutazione, in attesa dell'adeguamento regionale al Decreto, anche per effetto del Piano di Rientro a cui è sottoposta la Regione Campania, e al fine di preparare adeguatamente il sistema per l'introduzione a regime di quanto previsto per il 2011, si è concordato, sentito il CIVIT, di avviare sperimentalmente presso l'AOU della SUN, quanto previsto dal Decreto.

Nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance, deputato al monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni è stata formalizzata la procedura operativa che ha previsto, tra l'altro, l'utilizzo di specifiche schede con un sistema di valutazione "a cascata" in coerenza con l'impianto delle responsabilità organizzative. Tutto il personale è stato informato sulle modalità e finalità della valutazione, con negoziazione della definizione e dell'assegnazione degli obiettivi individuali e di struttura, dei risultati attesi e dei rispettivi indicatori per il processo di valutazione.

Le *schede di valutazione* hanno previsto diversi *item* per ciascuna area di valutazione individuata:

- Area delle competenze generali, tecnico-specialistiche e dei comportamenti
- Area degli obiettivi individuali
- Area del contributo individuale al raggiungimento degli obiettivi di struttura

Per la valutazione, è stata utilizzata una scala pentenaria dove il n.5 indica il massimo livello e il n.1 una *performance* inadeguata, con i corrispettivi premi da erogare.

Conclusioni

Dall'analisi dei risultati, sono emersi punti di forza, quali la partecipazione attiva del valutato all'intero processo, la condivisione degli obiettivi individuali, l'esplicitazione del proprio contributo agli obiettivi di struttura, la comunicazione dei risultati della valutazione con un colloquio di feed-back, ma anche criticità che hanno consentito di migliorare alcuni aspetti del sistema di valutazione per il 2011, quali la distribuzione dei risultati secondo una modalità gaussiana, l'assegnazione diversificata degli obiettivi individuali e l'individuazione di specifiche aree strategiche.

In conclusione, l'introduzione del sistema di valutazione della *performance* ha evidenziato la complessità del cambiamento organizzativo, che ha richiesto l'utilizzo costante di tutti gli strumenti a disposizione: comunicazione, formazione e gestione del percorso decisionale e che ha visto l'esigenza di istituire un gruppo di lavoro aziendale quale supporto operativo capace di interfacciarsi con le strutture coinvolte e con la Direzione Strategica. L'esperienza ha dimostrato tempi tecnici non brevi di messa a regime di tale sistema, in considerazione che si tratta soprattutto di cambiamento delle modalità operative e gestionali, visto, talvolta, come minaccia e non come opportunità.

L'ADOZIONE DEL MODELLO TOTAL QUALITY MANAGEMENT, UN'ESPERIENZA NEL BLOCCO OPERATORIO "V. TRANCANELLI"

Orlandi W.*; Bogni D.**; Morcellini R.***; Moretti E.****; Ontari G.^; Pioppo M.^.; Severini D.^^; Zucconi M.^^^
 *Direttore Generale ** Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera, *** Responsabile Qualità e Comunicazione Dipartimento Professioni Sanitarie, **** Responsabile Infermieristico Gestione Risorse Umane, Organizzazione ed Accessi Blocchi Operatori, ^ Responsabile FAD e Formazione D.Lgs. 81/2008 Dipartimento Professioni Sanitarie, ^.^ Direttore Direzione Medica Ospedaliera, ^.^.^ Dirigente Medico Responsabile Qualità Blocco "Trancanelli", ^.^.^.^ Responsabile Sicurezza e Risk Management Dipartimento Professioni Sanitarie.

INTRODUZIONE: Da mezzo secolo ormai letteratura di tutto il mondo parla di Qualità Totale (Total Quality) rivoluzionando il modello organizzativo delle imprese, volto a conseguire la qualità attraverso controlli non solo sui prodotti, ma anche sui processi (Total Quality Management – TQM). Il modello TQM permette la misura della performance aziendale attraverso la misurazione degli approcci (cioè le modalità adottate dall'Organizzazione in relazione agli obiettivi e alle politiche definite), dei benefici e dei risultati conseguiti. L'esperienza presenta l'adozione del modello TQM nella complessa realtà di un Blocco Operatorio di medie dimensioni.

PAROLE CHIAVE: Total Quality Management – TQM, Blocchi Operatori, Accredimento Istituzionale.

CONTENUTI: Nel 2009 il nuovo Blocco Operatorio "V. Trancanelli" dell'Azienda Ospedaliera di Perugia ha ottenuto l'Accreditamento Istituzionale dalla Regione Umbria (basato sulla norma UNI EN ISO 9001:2000), con validità triennale. In seguito, per mantenere e migliorare il livello delle prestazioni e nel contempo garantire la sicurezza dei pazienti, oltre alla "soddisfazione" degli stakeholder si è passati alla sperimentazione del modello organizzativo TQM. Questo passaggio rappresenta una svolta importante nella gestione della qualità del Blocco Operatorio, stimolando un atteggiamento nuovo degli operatori verso il lavoro e verso i pazienti, in altre parole una cultura della qualità nell'Organizzazione. Per realizzare questo passaggio, oltre ad una formazione specifica sul TQM rivolta al personale, sono stati individuati alcuni indicatori di processo e di esito che sono stati monitorizzati per tutto il 2010 (tabella 1) e lo saranno per tutto il 2011.

RISULTATI

INDICATORI	Area di riferimento	Indicatore	Dato misurato	Standard
Mortalità perioperatoria	Esito del trattamento chirurgico	N° di pazienti morti nelle prime 48 ore dopo intervento chirurgico/ N° di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico	0,2%	< 0,5%
Decessi in sala operatoria nei pazienti programmati fino ad ASA III	Corretta valutazione preoperatoria dei pazienti ad alto rischio	N° decessi sul totale pazienti programmati fino ad ASA III	2	≤ 2/anno
Infezioni della ferita chirurgica	Sicurezza e controllo delle infezioni del sito chirurgico	N° ferite chirurgiche infette/ N° interventi laparotomici	5,7%	< 5%
Interventi laparoscopici riconvertiti in open	Esito del trattamento chirurgico	N° interventi laparotomici riconvertiti /totale interventi laparoscopici	4,5%	< 2%
Reinterventi chirurgici	Esito del trattamento chirurgico	N° reinterventi / totale interventi	3 %	2 %
Pazienti trasferiti in terapia intensiva non previsti	Corretta programmazione e valutazione dei malati in fase preoperatoria	N° pazienti trasferiti in terapia intensiva non programmati / n° totale trasferiti in terapia intensiva	3,5%	< 2%

Tabella 1
dati relativi al 2010

CONCLUSIONI

Il percorso che ha portato a conseguire l'accreditamento istituzionale ha permesso la diffusione della cultura della qualità a tutti gli operatori del Blocco Operatorio. Attraverso l'adozione del modello TQM gli operatori possono trasferire la cultura della qualità nel quotidiano del proprio lavoro. Ciò produce un tangibile vantaggio relativamente all'appropriatezza delle prestazioni rese, alla sicurezza del paziente ed alla soddisfazione degli operatori. Risulta però fondamentale proseguire con il monitoraggio degli indicatori, anche se ciò può comportare qualche difficoltà d'ordine gestionale, al fine di consolidare il successo raggiunto. La nostra piccola esperienza ha confermato che il TQM può essere considerato uno degli specifici strumenti di gestione delle Organizzazioni complesse, per garantire un successo durevole.

IL MANAGEMENT ATTRAVERSO LA COMUNICAZIONE TRA PROFESSIONISTI E IL COINVOLGIMENTO DELLA PERSONA ASSISTITA

Dr. Vincenzo Pantusa Direttore Sanitario – Roberta Torri Infermiera Coordinatrice

Struttura: Istituto Clinico Città di Brescia

Parole chiave: Poliambulatorio, Management, Processo.

Introduzione

Il Poliambulatorio è un esempio di organizzazione complessa al cui interno si sviluppa un processo gestionale mediante il quale si cerca di *identificare, analizzare, quantificare, monitorare, eliminare e comunicare* i rischi clinici associati all'attività sanitaria per rendere il management delle attività e delle relazioni efficace, efficiente e **soddisfacente**. Primo movente dell'attività è rappresentato dalla persona assistita che nell'ambito di un poliambulatorio ospedaliero rappresenta in scala ridotta uno spaccato della nostra società civile con varie sfaccettature.

Contenuti: analisi costante e condivisa delle possibili criticità

Il personale sanitario ha il compito, vista la tipologia dell'utenza, di modulare l'approccio sanitario, pur mantenendo costanti i comportamenti, per garantire la massima attenzione non solo alla prestazione richiesta, ma a tutto ciò che può derivare in termini di rischio clinico. Standardizzare i processi è una conditio sine qua non per assicurare un alto livello qualitativo oltre che un requisito indispensabile per dar vita ad una buona governance di un poliambulatorio multifilati. **Il controllo del processo si ottiene tramite la rilevazione continua degli eventi, l'analisi condivisa e attraverso la disponibilità dei professionisti al cambiamento.** Individuare indicatori, semplici da misurare e monitorare, ma efficaci nell'evidenziare le criticità interne all'organizzazione e diversificarli secondo le necessità, facilita la ricerca di soluzioni logistiche robuste e idonee che, nella fase di implementazione, hanno dato prova di funzionare come valido sistema per favorire la diffusione e la conoscenza dei dati rilevati, attenuando e/o eliminando problemi gestionali percepiti o reali e come strumento efficace nel favorire l'acquisizione di competenze e abilità organizzative.

Indicatori per aree di indagine

Prericoveri - Monitoraggio degli esami radiografici con l'obiettivo di azzerare quelli già eseguiti dal paziente di recente. **Un esame radiografico ripetuto senza reale necessità comporta un danno al paziente in rapporto all'inutile esposizione a dosi di raggi x.** Benché una radiografia del torace esponga il corpo a basse dosi di raggi il valore aumenta in funzione della distribuzione temporale ravvicinata.

Endoscopia Digestiva- Monitoraggio della corretta preparazione intestinale con l'obiettivo di ridurre al di sotto del 2% gli esami colonoscopici non eseguiti o interrotti per scorretta preparazione. Un esame non eseguito comporta un danno al paziente in rapporto a: **mancata diagnosi, stato d'ansia per il prolungarsi dell'attesa, assunzione di altra preparazione intestinale, ripetizione dell'esame e ulteriore sedazione, perdita di tempo e spreco di denaro.**

Logista Anatomia Patologica - Sorveglianza continua attraverso la registrazione della congruità dei campioni e la correttezza dati paziente con l'obiettivo di ricondurre sotto l'1% le non conformità. Un campione non idoneo o un'errata identificazione comportano un grave danno al **paziente in rapporto all'impossibilità di far diagnosi o di far diagnosi sul paziente sbagliato.**

Conclusioni

L'errore più facile in cui incorrere è di ritenere che, data una soluzione, essa sia sempre valida e non sia più necessario verificarla soprattutto in un poliambulatorio che rappresenta una delle *massime espressioni di organizzazione dinamica ed evolutiva in sanità, tenuto conto di tutta quell'attività di ricovero ricondotta ad ambulatoriale.*

Vero punto di forza della nostra organizzazione è la comunicazione tra professionisti che si realizza mediante istruzioni operative e procedure, di cui sono autori e che concorrono ad uniformare i comportamenti e a creare uno standard culturale. La valorizzazione delle risorse umane e delle professioni, tramite scelte condivise è strumento complementare alla best practice, alle innovazioni organizzative e al raggiungimento di quell'equilibrio di squadra dei protagonisti della salute. Tutto questo può e deve avvenire solo attraverso una semplificazione amministrativa e una trasparenza dei cicli di performance verso le istituzioni e i cittadini.

STRATEGIE DI PRIMO SOCCORSO NEL CONTESTO OSPEDALIERO

Renato Pascotto*, Fabiana Rubba, Beniamino Pascotto*, Danila d'Andrea, Luisa De Matteo, Salvatore Panico**, Elena Giaccotti

Direzione Medica di Presidio AOU Federico II

** Chirurgia Pediatrica PO SS Annunziata, ASL Na1 Centro*

*** Officina Cochrane, Napoli*

Parole chiave: primo soccorso, organizzazione, contesto

INTRODUZIONE

Lo scopo del lavoro è quello di focalizzare aspetti peculiari delle strategie di primo soccorso applicabili in ambito ospedaliero, basandosi anche sulla gestione delle emergenze in ambito militare e civile.

CONTENUTI: La ricerca delle prove è stata svolta in più database internazionali: Cochrane library, PUBMED, EMBASE, Federico II University Open Archive.

Le prove sono state valutate secondo i criteri EPOC da due revisori indipendenti.

Gli scenari di emergenza e le necessità organizzative relative sono stati analizzati alla luce delle evidenze.

La revisione delle prove ha rilevato che:

l'Organizzazione e il giusto coordinamento hanno impatto maggiore sulla sopravvivenza rispetto alle più idonee pratiche cliniche applicate;

la definizione di **CHI fa COSA, DOVE e QUANDO** aiuta i sistemi complessi e semplifica gli snodi organizzativi soprattutto nelle emergenze:

1. di fatto la registrazione delle azioni e degli interventi facilita l'organizzazione in casi di emergenza
2. la definizione delle modalità di trasporto influenza la prognosi in casi di emergenza
3. la definizione del data base informativo con selezione ex ante dei dati da trasmettere risulta prioritaria per qualunque organizzazione di emergenza:

- data tempo, posto dell'incidente;
- nome della persona che ha subito l'incidente;
- gli eventi immediatamente precedenti.

Una revisione sistematica dei dati collezionati dalle procedure di primo soccorso ha permesso di focalizzare l'Health Executive, così come gli aspetti prioritari da tenere in mente negli scenari di emergenza.

CONCLUSIONI Un appropriato sistema di primo soccorso può dipendere dall'analisi degli eventi ma va realizzato secondo gli scenari del contesto operativo di riferimento. L'Health Executive rappresenta il core di procedure valido oltre il contesto.

Table 1. Health and Safety Executive ABC

A Airway

place your hand on the casualty's forehead and gently tilt the head back; lift the chin with two fingertips.

B Breathing

Look, listen and feel for normal breathing for no more than 10 seconds

- look for chest movement;
- listen at the casualty's mouth for breath sounds;
- feel for air on your cheek. If the casualty is breathing normally:
- place in the recovery position;
- get help;
- check for continued breathing.

If the casualty is not breathing normally:

- get help;
- start chest compressions (see CPR).

C CPR

lean over the casualty and with your arms straight, press down on the centre of the breastbone 45 cm, then release the pressure;

repeat at a rate of about 100 times a minute;

after 30 compressions open the airway again;

pinch the casualty's nose closed and allow the mouth to open;

take a normal breath and place your mouth around the casualty's mouth, making a good seal;

blow steadily into the mouth while watching for the chest rising;

remove your mouth from the casualty and watch for the chest falling;

give a second breath and then start 30 compressions again without delay;

continue with chest compressions and rescue breaths in a ratio of 30:2 until qualified help takes over or the casualty starts breathing normally

Table2. Health and Safety Executive

Severe bleeding

apply direct pressure to the wound;

raise and support the injured part (unless broken); apply a dressing and bandage firmly in place

Broken bones and spinal injuries

If a broken bone or spinal injury is suspected, obtain expert help. Do not move casualties unless they are in immediate danger.

Burns

Burns can be serious so if in doubt, seek medical help. Cool the affected part of the body with cold water until pain is relieved. Thorough cooling may take 10 minutes or more, but this must not delay taking the casualty to hospital.

Certain chemicals may seriously irritate or damage the skin. Avoid contaminating yourself with the chemical. Treat in the same way as for other burns but flood the affected area with water for 20 minutes. Continue treatment even on the way to hospital, if necessary. Remove any contaminated clothing which is not stuck to the skin.

Eye injuries

All eye injuries are potentially serious. If there is something in the eye, wash out the eye with clean water or sterile fluid from a sealed container, to remove loose material. Do not attempt to remove anything that is embedded in the eye. If chemicals are involved, flush the eye with water or sterile fluid for at least 10 minutes, while gently holding the eyelids open. Ask the casualty to hold a pad over the injured eye and send them to hospital

IL LAVAGGIO DELLE MANI: ANALISI DELLA CARICA BATTERICA DELLE MANI ATTRAVERSO LA COMPARAZIONE TRA LAVAGGIO SOCIALE VS NEBULIZZAZIONE DI SOLUZIONE ALCOLICA

G.Patriarca°, S.Mieli°, A. Midolo°, P. Granata*, G. Drago**

°Servizio Infermieristico P.O. "Guzzardi" Vittoria

°S.C. Patologia Clinica P.O. "Guzzardi" Vittoria

*Direttore Sanitario Aziendale ASP 7 Ragusa

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

Key Word: infezioni ospedaliere, hand hygiene, hand hygiene and nosocomial infection

Background: Le evidenze esistenti in letteratura suggeriscono una differenza sostanziale tra il cosiddetto "lavaggio sociale", caratterizzato dall'uso di acqua e sapone, e l'utilizzo di prodotti di base alcolica, soprattutto in termini di efficacia nell'azione battericida, ma anche come minore tempo richiesto nell'impiego. L'uso efficace delle soluzioni alcoliche, richiede una procedura tecnica di massaggio e frizionamento al fine di coprire omogeneamente le mani, processo che in alcuni contesti, in cui i ritmi di lavoro intensi e l'accesso eterogeneo degli utenti, necessita di una metodica tempestiva e routinaria, nell'asepsi delle mani.

Disegno dello studio: è stato eseguito nel pronto soccorso dell'Ospedale di Vittoria (Ragusa), con 35.000 accessi annuali, dove è stato collocato un apparecchio a nebulizzazione automatica. E' stato avviato, un monitoraggio e registrazione, in orario diurno, dell'adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori, sia in termini di frequenza, che di modalità di disinfezione. Si è proceduto ad una comparazione tra carica batterica delle mani baseline, e successivamente, raffrontando la carica batterica del lavaggio sociale versus la nebulizzazione di soluzione alcolica con dispenser meccanico. Sono stati valutati con una scheda predisposta, dei feedback per quanto riguarda l'uso e l'inserimento nella routinarietà lavorativa del presidio.

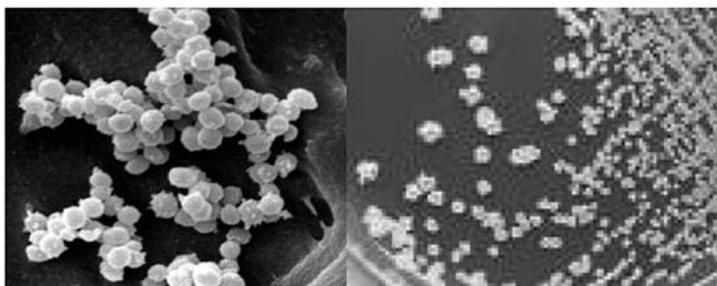
Materiali e metodi: lo studio è stato condotto in due giornate, per sintesi giorno 1 (G1) e giorno 2 (G2), in cui nel primo giorno si è proceduto ad un'analisi baseline, per conoscere la flora batterica delle mani dell'operatore sanitario scelto nello studio. In seguito al lavaggio sociale delle mani, per sintesi definito tempo 0 h (T0), si è proceduto ad un'analisi della carica batteriologica, ripetuto a tempo 2 h (T2) ed infine a tempo 4 h (T4). In seconda giornata G2, si è proceduto con lo schema già predisposto in G1, sostituendo il lavaggio sociale con un nebulizzatore di soluzione alcolica, prevedendo la tecnica di disinfezione standardizzata. Il prelievo, un tampone cutaneo effettuato sui polpastrelli delle dita, sul palmo e negli spazi interdigitali della mano dell'operatore, viene inviato al laboratorio e si procede con la semina. La lettura della crescita batterica viene effettuata in automatismo completo per 24h ogni 20 minuti circa.

Risultati: L'assenza totale di nocardia, in seconda giornata, con nebulizzazione di soluzione alcolica, rispetto alla presenza omogenea con il lavaggio sociale, testimonia l'incidenza rilevante della metodica del presidio in uso, al fine di contribuire all'abbattimento della carica batterica delle mani.

Conclusione: L'intervento di un presidio di nebulizzazione alcolica, coadiuvato da una metodica corretta di detersione delle mani, contribuisce all'abbattimento della carica batterica, rendendo più sicure le attività assistenziali degli operatori sanitari.

STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS

NOCARDIA



LA VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA SULLA PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA, L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Pioppo M.*; Bologni D.**; Bucaneve G.***; Casciarri G.****; Morcellini R.*****; Orlandi W.^

* Direttore Direzione Medica Ospedaliera, ** Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera, *** Responsabile del Centro Regionale Farmacovigilanza, **** Infermiera Direzione Medica Ospedaliera, ***** Responsabile Qualità e Comunicazione Dipartimento Professioni Sanitarie, ^ Direttore Generale – AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

INTRODUZIONE

Presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, è stato eseguito un percorso di validazione interna delle Le Linee Guida del PNLG sull' Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto – (2008). Dopo circa un anno dalla loro approvazione è stata organizzata, una prima valutazione retrospettiva su un campione di cartelle riferite ad interventi chirurgici programmati. I risultati di questa prima rilevazione, sono stati utilizzati come base iniziale di discussione con tutte le Unità Operative e per la definizione di percorsi organizzativi comuni che si sono concretizzati nella elaborazione dell' Istruzione Operativa per la somministrazione dell'antibiotico profilassi nei blocchi operatori.

PAROLE CHIAVE: Profilassi Antibiotica, aderenza alle linee guida, prevenzione infezioni della ferita chirurgica

CONTENUTI

Dopo due mesi dall'applicazione dell'istruzione operativa e dopo un anno dalla prima rilevazione è stata eseguita una nuova verifica sulle cartelle cliniche. I risultati sono stati messi a confronto.

E' stata effettuata una revisione delle cartelle cliniche relative agli interventi chirurgici eseguiti nel mese di febbraio 2010 e messa a confronto con un campione di cartelle del mese di febbraio 2011. Per ogni intervento chirurgico esaminato è stata compilata una scheda di raccolta dati specificatamente approntata e si è proceduto al riscontro dell' avvenuta esecuzione della profilassi antibiotica in accordo con le linee guida aziendali.

RISULTATI

Le cartelle cliniche valide valutate sono state 115, nella prima valutazione e 111 nella seconda.

I risultati messi a confronto:

Tra la prima e la seconda rilevazione sono evidenti dei miglioramenti per gli aspetti legati ad una diversa organizzazione del lavoro come ad esempio il rispetto dei tempi di esecuzione.

Tabella 1. Distribuzione dei ricoveri valutati secondo applicazione linea guida

SECONDO LG	PRIMA Rilevazione N° Cartelle (%)	SECONDA rilevazione N° Cartelle (%)
S	50 (43%)	71* (64%)
N	65 (57%)	40 (36%)
TOTALE	115	111

N: Non secondo linee guida; S: Secondo linee guida,

* 26 casi in cui 16 casi trattamento prolungato oltre le 24 ore – 10 casi Ortopedia profilassi concessa temporaneamente per interventi in cui non richiesta

Tabella 2. Cause di non rispetto delle linee guida

CAUSA DI NON RISPETTO DELLA LINEA GUIDA

	PRIMA RILEVAZIONE Nr. DI CASI (%) * (62 sottoposti a profilassi)	SECONDA RILEVAZIONE Nr. DI CASI (%) * (49 sottoposti a profilassi)
Farmaco diverso da quello indicato	34 (55%)	20 (34%)
Posologia diversa da quella indicata	11 (18%)	6 (10%)
Tempi non rispettati	25 (40%)	11 (19%)
Durata oltre le 24 h	18 (29%)	22 (37%)

* in un caso possibili più errori contemporaneamente

CONCLUSIONI

I risultati dimostrano come, in ambito chirurgico, rimane ancora alto il livello di non aderenza alle linee guida della profilassi antibiotica nella chirurgia programmata.

Le cause di inappropriatazza sono fondamentalmente riassumibili in due principali categorie di errori:

a) errori da non conoscenza /non voluta applicazione delle linee guida, b) errori da non corretta applicazione delle linee guida. L'audit clinico rimane uno strumento efficace per aumentare il livello di aderenza alle linee guida dei professionisti. E' necessario però molto tempo e interventi ripetuti e costanti per giungere a risultati ottimali.

SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE NELL'AZIENDA SANITARIA FIORENTINA

Anna Poli*, Lucia Settesoldi**

* *Direttore Rischio Infettivo Ospedaliero, Direzione Sanitaria Aziendale, Azienda Sanitaria Firenze*

** *Coordinamento aziendale Infezioni Ospedaliere, Azienda Sanitaria Firenze*

Parole chiave: Clostridium difficile, precauzioni di isolamento, sorveglianza epidemiologica.

Introduzione Le infezioni da *C. difficile* sono considerate la principale causa delle epidemie di diarrea in ambiente ospedaliero. Con l'obiettivo di mettere a punto un efficace sistema di sorveglianza e prevenzione, il Coordinamento aziendale Infezioni Ospedaliere dell'Azienda Sanitaria di Firenze, comprendente cinque presidi ospedalieri, ha redatto un anno fa una procedura aziendale.

Contenuti Le modalità di Sorveglianza e Prevenzione sono state formalizzate all'interno della Procedura Aziendale, la quale è stata accompagnata dalla costruzione e implementazione di vari strumenti operativi, come opuscoli informativi per il paziente e i familiari, reminder per il personale sanitario, una checklist per i coordinatori infermieristici, e una scheda per l'indagine epidemiologica, inoltre è stato costruito un Data Base utilizzando Epi Info®.

Dal 1° Gennaio al 30 Giugno 2010 sono stati diagnosticati e notificati 109 casi di *C. difficile*, con incidenza di 8,6 casi/10.000 giorni-paziente.

La segnalazione dei casi è stata effettuata per 87 pazienti da reparti afferenti all'area medica, per 5 da quella chirurgica, per 9 dall'area intensiva, mentre 8 notifiche provenivano da altro (servizi di emodialisi, Dea, ecc.).

In relazione alla provenienza dei pazienti 79 casi sono giunti dal domicilio, mentre 30 da un altro luogo di cura, di cui: 12 da RSA, 6 da altro ospedale dell'area fiorentina, 12 da altro ancora (Presidi Ospedalieri extra ASF, Case di cura).

L'analisi dei fattori di rischio ha messo in evidenza che, oltre all'età, i maggiori fattori sono una terapia antibiotica in atto ed un ricovero nei tre mesi precedenti.

Fra le misure di controllo adottate nel 59,6% dei casi è stato attuato un isolamento funzionale, nel 29,4% una stanza singola con bagno dedicato, nel 8,3% è stato fatto un isolamento di coorte.

Un corretto approccio all'igiene delle mani è stato valutato tramite la disponibilità di prodotti per la frizione alcolica e di detergente antisettico per il lavaggio con acqua: nel 91,7% dei casi era presente sia un detergente con antisettico (clorexidina al 4%), sia gel alcolico al letto del paziente.

In base all'indagine epidemiologica è stato possibile definire come infezioni sicuramente correlate all'assistenza 42 casi (38,5%), mentre in 67 casi (61,5%) la sintomatologia o era presente all'ammissione in ospedale oppure è insorta entro le 48 ore dal ricovero.

Conclusioni L'attività di sorveglianza svolta non soltanto sulla trasmissione delle notifiche, assunte come indicatore quantitativo di esito, ma anche sulle schede di indagine epidemiologica, come strumenti per rilevare indicatori di processo, ha permesso di valutare l'intero sistema di controllo delle infezioni da *C. difficile*, dalla correttezza della prescrizione antibiotica, all'applicazione delle precauzioni di isolamento, all'igiene delle mani, alla disinfezione ambientale fino ai percorsi informativi e educativi. Inoltre ha evidenziato quali ambiti necessitano di ulteriori analisi, come le criticità emerse in relazione a pazienti provenienti da strutture assistenziali extraospedaliere come le RSA.

MONITORAGGIO SUL GRADO DI SODDISFAZIONE DEI SERVIZI AFFIDATI IN OUTSOURCING PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE-CIACCIO" DI CATANZARO

Raffaele G*, Gallucci A*, Talarico F*, Tripodi L°, Pelle N**

* *Dirigenti Medici Direzione Medica di Presidio*

** *Direttore Medico di Presidio*

° *Ufficio Infermieristico Direzione Medica di Presidio*

Introduzione

I servizi ospedalieri affidati in outsourcing, rappresentato una svolta dal punto di vista qualitativo per un'Azienda Ospedaliera che deve affrontare esigenze di tipo sia organizzativo che economico. In quest'ottica l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" ha esternalizzato da tempo i servizi di Pulizia, Raccolta e smaltimento dei Rifiuti, Disinfestazione, Noleggio dispensatori igienici, Trasporto materiali biologici, farmaci e presidi medico-chirurgici, Lavanolo, Fornitura tessuti sterili e Ristorazione. L'Outsourcing implica necessariamente una forma di monitoraggio della performance dei vari servizi al fine del miglioramento continuo delle prestazioni rese da terzi.

Parole chiave

Esternalizzazione, monitoraggio

Contenuti

La Direzione Medica di Presidio monitorizza la performance dei servizi affidati in outsourcing accertando il grado di soddisfazione, per ciascuno dei servizi affidati in outsourcing, attraverso un'indagine conoscitiva che svolge semestralmente, in collaborazione con i Caposala e Capotecnici dell'Azienda anche al fine di valutare attentamente e mettere in atto interventi appropriati su eventuali disservizi/carenze verificatisi. Lo strumento utilizzato per lo svolgimento del succitato monitoraggio è rappresentato da una scheda di valutazione suddivisa in otto sezioni (una per ogni servizio affidato ad esterni). All'interno di ciascuna sezione vi sono 2 variabili principali di verifica: il giudizio, con 4 opzioni disponibili (scarso, sufficiente, buono, ottimo) e la segnalazione carenze o suggerimenti in cui i Caposala/Capotecnici delle UU.OO. evidenziano gli eventuali disservizi/carenze verificatisi e contestualmente propongono suggerimenti per la risoluzione dei problemi riscontrati nell'erogazione delle varie prestazioni. La scheda di valutazione viene inviata a tutti i Caposala/Capotecnici alla fine di ogni semestre. I giudizi pervenuti da parte delle varie UU.OO., vengono sia riportati in forma grafica (globalmente e singolarmente per ogni servizio), sia messi a confronto con le precedenti rilevazioni al fine di verificarne l'andamento. Gli eventuali giudizi negativi vengono evidenziati nel dettaglio e fatti pervenire ai responsabili delle ditte dei servizi in questione al fine di mettere in atto, in maniera collaborativa, tutti quegli interventi utili a migliorare l'efficienza dei servizi erogati.

Conclusioni

La realizzazione di tale indagine semestrale consente oltre che di ottenere un dato costante del reale andamento dei vari servizi affidati in outsourcing, anche di apportare quelle modifiche necessarie al miglioramento della qualità delle prestazioni rese. Il grado di soddisfazione del personale delle varie UU.OO. è indice fedele della qualità dei singoli servizi affidati ad esterni. L'adesione all'indagine, costantemente riportata, del 100% dei Caposala/Capotecnici delle UU.OO., afferenti all'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, consente, alla Direzione Medica, di avere non solo una visione ampia e generale del trend dei servizi affidati in outsourcing ma anche un quadro specifico e puntuale con possibilità di interventi correttivi "mirati".

LA METODOLOGIA DEL BENCHMARKING A SUPPORTO DEL MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE IN UN SERVIZIO OSPEDALIERO

Raggi F*, Ciotti E**, Caruso B ***, Dall'Olimi E*

* Azienda Usl di Imola

** Alma Mater Studiorum Università di Bologna

*** Azienda Usl di Ravenna

Parole chiave: *Benchmarking, Governo Clinico, Management*

Introduzione

In una cornice di governo clinico, adottare pratiche di *benchmarking* può rivelarsi un valido supporto alla gestione di un'organizzazione sanitaria. Può infatti favorire il miglioramento delle *performance* cliniche ed organizzative, orientando le scelte aziendali. Il sistematico confronto con l'esterno, supportato da una metodologia chiara, stimola comportamenti orientati all'apprendimento ed al cambiamento, promuovendo il rinnovamento della cultura aziendale, secondo i precetti delle *learning organizations*.

L'obiettivo della presente ricerca è quello di predisporre un modello di analisi per valutare la produzione e la struttura organizzativa di due servizi ospedalieri, nello specifico due radiologie, che sia da supporto nella pianificazione aziendale di attività e nella gestione delle risorse assegnate.

Contenuti

Il *benchmarking* rappresenta un processo strutturato di indagine, che richiede l'individuazione di parametri di confronto con realtà aziendali che eccellono nella gestione di specifici processi, al fine di definire le *best practices* da trasferire ed adattare nel proprio tessuto organizzativo.

Come scelta di fondo sono state selezionate due realtà confrontabili, in termini di tipologia di attività svolte e di dimensioni, definendo quale riferimento il valore rappresentato dalla media regionale.

I dati di attività scelti ed elaborati provengono in massima parte dai flussi informativi regionali, mentre quelli relativi al personale sono di pertinenza delle singole aziende partecipanti.

Il periodo di riferimento è il biennio 2009 -2010, per consentire una iniziale valutazione dei trend aziendali, ma anche un puntuale raffronto interaziendale.

I dati hanno consentito di elaborare un'analisi quantitativa delle prestazioni erogate nei vari setting assistenziali, rapportandoli alla struttura organizzativa del servizio ed ai relativi processi gestionali.

Tab 1: I DATI RACCOLTI

- Analisi quantitativa delle prestazioni erogate in favore di pazienti ambulatoriali esterni e ricoverati
- Tempo d'attesa e indici di performance per pazienti esterni
- Tempo di erogazione e di refertazione per pazienti ricoverati
- Struttura delle agende di prenotazione
- Utilizzo di meccanismi di controllo dei tempi d'attesa
- Dati di presenza del personale.

Conclusioni

La rendicontazione finalizzata a scopi prevalentemente amministrativi è soggetta a numerosi limiti, a difficoltà interpretative e talvolta impossibilità di confronto per la struttura stessa del dato.

D'altro canto, nell'ambito di un processo di miglioramento, la definizione ed il monitoraggio degli indicatori rappresenta uno dei momenti più delicati dell'intero ciclo di lavoro, nell'eterna ricerca di un accettabile compromesso tra la significatività e la misurabilità del parametro scelto. Ciò detto, le analisi di realtà comparabili supportano la Direzione Medica nel mandato di promuovere il cambiamento organizzativo in un approccio di miglioramento continuo. Come noto infatti le raccomandazioni cliniche sono adottate più facilmente dai clinici, rispetto a quelle organizzative, le quali impattano quotidianamente sul metodo di lavoro suscitando resistenza al cambiamento, sostenuta talvolta da una strenua autoreferenzialità.

È compito della Direzione Medica favorire la comprensione dello strumento in un clima collaborativo e concretizzare l'occasione di crescita e miglioramento.

MISURARE IN MODO CONTINUO LA QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E L'APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (GRC) PER IMPLEMENTARNE L'ADESIONE E MIGLIORARE LE PERFORMANCE DEI SERVIZI

Pier Daniel Ruggiero

Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

Parole chiave: documentazione sanitaria, monitoraggio qualità, gestione rischio clinico

Introduzione

Monitoraggio continuo della qualità della documentazione sanitaria ed della corretta gestione del rischio clinico, attraverso una check list cartacea di raccolta dati e la realizzazione di un software per l'informatizzazione dei dati.

Contenuti

Predisposizione della "Procedura Aziendale di gestione della cartella clinica"

Requisiti: tracciabilità e rintracciabilità, chiarezza, accuratezza e appropriatezza, veridicità, attualità, pertinenza, completezza e struttura cartella clinica: struttura modulare con parte generale comune e moduli specifici di U.O.

Percorso formativo sulla "Procedura Aziendale di gestione della cartella clinica" destinato a tutto il personale medico e infermieristico delle U.O. di degenza

Valutazione adesione alla procedura attraverso 3 cicli di audit con definizione check List condivisa, criteri minimi di qualità, indicatori e standard di riferimento, con strutturazione di specifico software su server aziendale

Assegnazione alle UO di degenza di specifici Obiettivi di Budget su

- corretta compilazione della documentazione sanitaria compreso il consenso informato

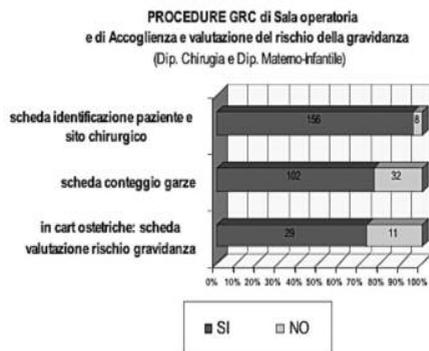
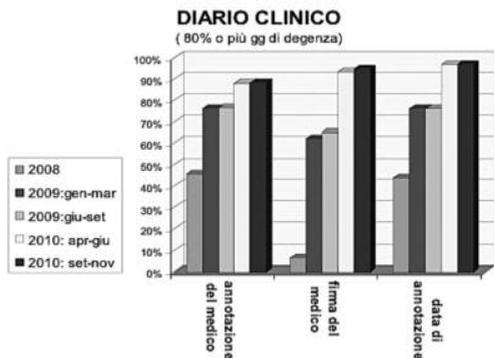
- applicazione delle procedure di GRC di sala operatoria (verbale operatorio in cartella, scheda identificazione paziente e sito chirurgico e conta garze), scheda accoglienza e valutazione rischio in gravidanza, valutazione rischio cadute, valutazione del rischio di lesioni da pressione.

Raccolta, elaborazione dati e produzione report

Incontri di presentazione/discussione con operatori dei risultati ottenuti

Conclusioni

Miglioramento qualità cartella clinica e consenso informato ma non raggiungimento degli standard attesi in alcuni ambiti clinici Per le procedure GRC, di recente adozione, rapido adeguamento agli standard in modo particolare per la sala operatoria.



LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELL' ASL TO3 DALLA PARTE DEL CITTADINO: L'AUDIT CIVICO

Sacco R*, Minniti D*, Papalia R**, Giacometti M*, Battaglio T***, Peretti M, Marforio P, Dore M^^

* Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli (TO)

** Università degli Studi di Torino – Dipartimento di Sanità Pubblica

*** SC Pianificazione qualità e gestione del rischio clinico delle attività sanitarie

^ Università degli Studi di Torino – Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche

^^ Direzione Sanitaria ASL AT

^^ ^Direttore Dipartimento Area Medica OO.RR. Rivoli (TO)

INTRODUZIONE

Con l'*Audit* Civico le organizzazioni civiche e di volontariato promuovono la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi delle Aziende Sanitarie e possono cogliere le istanze prioritarie da portare ai livelli decisionali della pianificazione sanitaria, perché si trasformino in attività concordate da monitorare e valutare nella più assoluta trasparenza. L'aspetto che caratterizza l'*Audit* Civico è il ruolo assunto dal cittadino. Nella maggior parte delle metodologie di valutazione della qualità in sanità, il cittadino è "interrogato", "ascoltato"; in questo caso ricopre un ruolo attivo partecipando alla rilevazione dei dati ed alla valutazione dei risultati.

PAROLE CHIAVE: audit – valutazione - cittadino

CONTENUTI

L'*Audit* Civico integra tre approcci metodologici: l'analisi civica, le normative che sostengono la partecipazione dei cittadini a valutare i servizi e le procedure della qualità. Nel giugno 2009 Cittadinanzattiva Regione Piemonte ha siglato una convenzione con l'AReSS per usare tale strumento in tutte le ASL e ASO della Regione, la cui applicazione è terminata nel Dicembre 2009. A febbraio 2010 è stata completata l'elaborazione informatica e l'analisi dei dati. A marzo sono iniziati i rapporti a livello di singola azienda e, in Sede Regionale, è stato prodotto un report definitivo. Per ottenere una valutazione oggettiva delle attività dell'ASL, sono state individuate tre componenti che valutano in più dimensioni, tramite unità di misura, la qualità assistenziale:

L'orientamento ai cittadini da parte delle aziende sanitarie

L'impegno dell'Azienda Sanitaria nel promuovere alcune "politiche" di particolare rilievo sociale e sanitario.

Il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali

Mediante il calcolo dell'Indice di Adeguamento agli Standard (IAS) è stato possibile fornire informazioni sui fattori e sulle componenti considerate.

L'ASL TO3 nel complesso ha ottenuto un risultato eccellente. "Il coinvolgimento dei cittadini nelle politiche aziendali" ha raggiunto i risultati migliori (IAS=100).

All'interno della prima componente ha ottenuto i valori più elevati il fattore "Personalizzazione delle cure, il rispetto della privacy, e l'assistenza ai degenti" (IAS=87).

Nella seconda componente il fattore "Malattie Croniche e Oncologia" ha ottenuto il valore massimo (IAS=100), seguito dal fattore "Sicurezza dei pazienti" (IAS=96).

Nella terza componente entrambi i fattori ("Funzionamento degli Istituti di Partecipazione" e "Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/Azienda") hanno riportato il valore massimo (IAS=100).

Nella Tab.2 si riportano i fattori con i migliori punteggi: IAS.

CONCLUSIONI

L'*Audit* Civico conferma che è possibile integrare gli aspetti tradizionali di mobilitazione e di intervento delle organizzazioni di cittadini con uno sviluppo "disciplinare" delle capacità di elaborare dati e di produrre interpretazioni e valutazioni. Grazie al contributo del *benchmarking*, le informazioni raccolte hanno permesso di fare luce su fenomeni trascurati e di promuovere azioni di miglioramento. Infatti, all'interno dell'ASL TO3, è stato possibile:

- potenziare la capacità delle organizzazioni dei cittadini di interloquire con la Direzione Sanitaria;
- promuovere cambiamenti concreti e, spesso, a basso costo;
- rendere più "trasparente" la gestione dell'Azienda Sanitarie nei confronti dei cittadini.

LA GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI IN AMBIENTE OSPEDALIERO ATTRAVERSO L'USO DEL BLOSSIDO DI CLORO

E. Sasdelli¹, R. Belgiovine², S. Dottori³, R. Mariani⁴

¹ Biologo collaboratore ARPA-ER/Az. Osp.-Univ di Bologna Policl. S. Orsola-Malpighi,

² Infermiere D.M.O. Az. Osp.-Univ di Bologna Policl. S. Orsola-Malpighi,

³ Tecnico di Laboratorio Microbiologia Legionella ARPA-ER/Sez.BO,

⁴ Biologo c/o Laboratorio Microbiologia Legionella ARPA-ER/Sez.BO).

Legionella pneumophila è un microrganismo ambientale ubiquitario in grado di colonizzare gli impianti di distribuzione di acqua ad uso potabile e di causare infezioni nell'uomo con picchi di letalità, in casi nosocomiali, fino al 50% (polmonite comunemente chiamata "legionellosi"). Il biossido di cloro come disinfettante degli impianti idrici ospedalieri riduce sensibilmente il rischio da legionellosi.

Parole chiave. *Legionella* spp., biossido di cloro.

Contenuti. Presso l'Az. Osp.-Univ. di Bologna, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi gli impianti idrici sanitari sono soggetti a monitoraggio microbiologico. A partire da novembre 2009 tale controllo è stato intensificato ai fini di una gestione risolutiva del rischio legionellosi, fino ad allora contenuto attraverso l'uso di filtri assoluti terminali. La ricerca di *Legionella* spp. è iniziata da un Padiglione (A) dove è stata riscontrata la presenza ubiquitaria del microrganismo in concentrazioni tra 8'500 UFC/L e 110'000 UFC/L. Successivamente la ricerca si è estesa anche ad un altro Padiglione (B) dove le concentrazioni spaziavano tra 1'600 UFC/L e 18'000 UFC/L. I range di valori individuati hanno comportato l'attuazione di procedure di bonifica (Linee Guida-G.U. n.103 del 05/05/2000). Tra le tecniche di bonifica valutate, si è individuato l'uso del biossido di cloro, una sostanza ossidante, prodotta *in loco*, dosata e miscelata con l'acqua con un potere biocida esteso a batteri, spore batteriche e alghe; in concentrazioni fino a 0.2 mg/L non altera organoletticamente l'acqua.

Presso entrambi i Padiglioni sono stati installati degli impianti di disinfezione a biossido di cloro. I campioni di acqua pre e post installazione sono stati prelevati da punti critici della rete ed ognuno di essi è stato sottoposto ad analisi di laboratorio mediante ricerca quali-quantitativa di *Legionella* spp. secondo il metodo ufficiale pubblicato sulla G.U. del 5/05/2000.

I valori percentuali di contaminazione di *Legionella* spp. a seguito della messa a regime dell'impianto presso il Padiglione A mostrano un andamento decrescente nel tempo. Il 23/02/2010 viene registrato un valore percentuale di positività superiore a quello precedente, dato attribuibile probabilmente ad un evento puntiforme di distacco di *biofilm* microbico dall'interno delle tubazioni per l'azione disincrostante del disinfettante stesso.

Il decorso dei valori presso il Padiglione B invece, mostra un abbattimento dei valori percentuali di contaminazione rapidamente successivo alla messa in funzione dell'impianto di disinfezione. Questo risultato è stato raggiunto grazie ad una attività di *flussaggio* di acqua calda con cadenza settimanale tale da permettere al disinfettante di raggiungere tutte le estremità della rete stessa, ivi compresi eventuali "rami morti" ed erogatori terminali dismessi. Inoltre presso tale impianto è stato abbinato alla produzione e al dosaggio del prodotto un sistema di telecontrollo per un costante monitoraggio del funzionamento dell'apparecchiatura installata.

Conclusioni. L'efficacia dell'azione disinfettante del biossido di cloro viene incrementata da una puntuale attività di *flussaggio*, soprattutto in corrispondenza di "rami morti" della rete idrica. La completa tracciabilità del sistema ha consentito la sorveglianza delle azioni intraprese e la immediata disponibilità ad eventuali azioni correttive.

L'abbattimento dei valori di contaminazione di *Legionella* spp. ha inoltre permesso in queste realtà di ridurre l'uso dei filtri assoluti terminali, laddove consentito dai termini delle Linee Guida.

L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SI LEGA AL " CARE PATHWAY "

T.Brocca *A.R. Marseglia,^ Pierluigi Tosi

*Direttore Dipartimento del farmaco * Coordinatore Dip Ospedalieri ^ Direttore Sanitario Aziendale
Azienda Sanitaria Firenze*

Parole chiave: appropriatezza –cartella clinica informatizzata- farmaci

Introduzione: Il PSR 2008-2010 della Toscana individua l'appropriatezza come la condizione indispensabile per un' adeguata programmazione sanitaria che tenga conto della domanda di salute, dei bisogni reali e dei criteri di sostenibilità economica. Rilevante è l' appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche a livello territoriale. Questo aspetto, che vede coinvolti in primo luogo i MMG come "prescrittori", è ritenuto dagli stessi essere influenzato dalle indicazioni alla dimissione dall'ospedale. Le "care Pathway" sono piani di assistenza multidisciplinari che descrivono, in modo dettagliato, le fasi essenziali di uno specifico problema clinico e i progressi attesi nel decorso clinico; sarebbe fuorviante analizzare separatamente la prescrizione dal percorso assistenziale del paziente.

Metodi: Il gruppo di lavoro, ha preso in esame le dimissioni ordinarie effettuate dai reparti di medicina e cardiologia nel primo semestre 2010 e le prescrizioni farmaceutiche territoriali del periodo ottobre 2009- settembre 2010. La cartella clinica informatizzata, predisposta con i piani di assistenza multidisciplinari ("care Pathway") prevede anche la registrazione della lettera di dimissione rendendo, quindi, agevole la valutazione delle indicazioni prescrittive del medico ospedaliero alla dimissione del paziente. I criteri di valutazione delle relazioni di dimissione sono stati:

Completa identificazione del paziente; N° SDO; Corretta identificazione del reparto; Fascia o Nota Aifa corretta e coerente con l'indicazione dei farmaci a carico SSN, Fascia C per i farmaci a carico del paziente, Verifica farmaci off-label, rRapporto con diagnosi all'ingresso, alla dimissione e percorso clinico del paziente.

Sono stati valutati i principi attivi prescritti ed utilizzati prima e dopo il ricovero ospedaliero e confrontato l'ultimo farmaco erogato prima del ricovero con il primo erogato dopo la dimissione.

Conclusioni: I risultati evidenziano che, di norma, il ricovero non comporta modifiche nel trattamento terapeutico territoriale. Lo studio dimostra come l'informatizzazione della cartella clinica e, nella fattispecie della lettera di dimissione, sia uno strumento che permette analisi rapide e complete delle prescrizioni prima, durante e dopo la dimissione. Allo stato attuale, infatti, senza informatizzazione sarebbe difficile avere a disposizione personale sufficiente per l'esame di una quantità di dati così elevata. I risultati sono stati oggetto di discussione con i direttori dei reparti esaminati nella rilevazione e con rappresentanti dei MMG. Lo studio sarà completato dalla revisione di un campione cartaceo delle cartelle cliniche, attualmente in corso di svolgimento. Questa seconda fase permetterà un'analisi più accurata dell'appropriatezza prescrittiva, consentendo di valutare meglio la scelta della molecola in relazione alle caratteristiche cliniche del paziente e ai percorsi integrati di cura

CONTROLLO DELLA CONTAMINAZIONE DA AGENTI ANTINEOPLASTICI PER GLI OPERATORI ADDETTI ALLA LORO PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE IN OSPEDALE

Antonio Triarico

Direttore Medico P.O. di Busto Arsizio

Coautori: Carlo Castelletti - Responsabile U.O. Farmacia; Andrea Bocchieri - Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione e Medicina del Lavoro; Elisabetta Rossin - Farmacista Dirigente U.O. Farmacia; Roberto Cozzolina - Direttore Sanitario; Armando Gozzini - Direttore Generale

Parole chiave

antiblastici, contaminazione, misure

Contenuti

I farmaci antiblastici, agendo direttamente sul patrimonio genetico, possono provocare l'insorgenza di tumori (soprattutto leucemie) in lavoratori professionalmente esposti (I.A.R.C., International Institut for Research on Cancer).

Durante tutte le fasi del processo di manipolazione, il controllo della contaminazione si rende necessario poiché questi principi attivi cancerogeni sono comunemente e quotidianamente manipolati in ospedale al fine della preparazione delle chemioterapie da somministrare ai pazienti.

L'Unità Farmaci Antiblastici (U.F.A.) è stata progettata presso il Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio nel corso del 2006 e messa quindi a regime nel 2008 come articolazione della Farmacia Aziendale.

Gli obiettivi raggiunti nel tempo sono stati i seguenti:

- conformità alla normativa tecnica, farmaceutica e di igiene sanitaria;
- incremento della sicurezza degli operatori e dei pazienti;
- abbattimento dei valori di contaminazione degli operatori;
- riduzione delle scorte e delle dosi di farmaco consumate;
- informatizzazione della prescrizione e della preparazione dei farmaci;
- tempestiva e corretta segnalazione degli errori al fine del miglioramento continuo;
- consolidamento della sinergia fra Strutture aziendali (Farmacia, Ingegneria Clinica, Servizio Prevenzione e Medicina del Lavoro, Direzione Medica, Ufficio Tecnico, SITRA, Ufficio Qualità).

Le Unità Operative coinvolte sono: Oncologia, Pneumologia, Medicina, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Nefrologia, Malattie Infettive.

Dalla data di apertura del Servizio ad oggi sono stati concordati con i Medici Specialisti oltre 400 protocolli terapeutici per 1600 pazienti. Il numero di terapie allestite per anno è pari a circa diecimila.

Le misure di contaminazione, per gli operatori esposti a farmaci chemioterapici, vengono effettuate sui seguenti principi attivi farmacologici per i quali sono disponibili procedure di misura standardizzate: Ciclofosfamide; Cisplatino; 5-Fluoruracile.

Le misure venivano effettuate già prima della centralizzazione in U.F.A. e pertanto sono disponibili dati dell'efficacia della revisione del processo avvenuta nel biennio 2007-2008 e del suo miglioramento nel biennio successivo 2009-2010. Le misure sono organizzate con cadenza annuale in ogni Unità Operativa e sono eseguite in "giornate tipo" - ossia di pieno carico di lavoro - dal Servizio Prevenzione Protezione e Medicina del Lavoro.

I dati numerici delle misure acquistano particolare importanza poiché sono riferibili a singole fasi e a singoli momenti del flusso di lavoro. Dati e valutazione concorrono ad aggiornare le cartelle sanitarie di rischio degli operatori, congiuntamente alle schede personali di manipolazione.

La tabella riporta sintesi dell'esito delle indagini svolte dal 2007 al 2010:

Indagini quadriennali eseguite per le misure di inquinamento da farmaci chemioterapici negli ambienti di lavoro

** Fase di preparazione (n° non conformità su n° campioni totali)*

Unità Operativa	2007	2008	2009	2010
Oncologia D.H.	11 su 15	<i>non più eseguita</i>	<i>non più eseguita</i>	<i>non più eseguita</i>
U.F.A.	<i>non esistente</i>	2 su 27	0 su 21	0 su 30

** Fase di somministrazione (n° non conformità su n° campioni totali)*

Unità Operativa	2007	2008	2009	2010
Oncologia D.H.	5 su 9	1 su 6	0 su 15	0 su 15

I dati evidenziano sia il beneficio immediato derivante dalla centralizzazione della fase di preparazione che, nel tempo, il consolidamento dell'abbattimento dei livelli di contaminazione degli operatori esposti.

Conclusioni

La centralizzazione del processo di manipolazione dei farmaci chemioterapici è un processo consapevole e sistematico che consente di conseguire risultati tangibili.

Il sistema gestionale della qualità e della sicurezza che è stato associato alla centralizzazione ha permesso di monitorare e raggiungere adeguati livelli di garanzia della qualità sia del prodotto farmaceutico sia del servizio assistenziale atteso per la tutela dei pazienti.

TECHNOLOGY ASSESSMENT MULTIDIMENSIONALE IN AZIENDA OSPEDALIERA: COME NASCE UN TESTO UNICO PER ARMONIZZARE LE COMMISSIONI AZIENDALI DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE DA ACQUISIRE

Vitale A*, Borsotti M**, Mitola B*, Vigna I*, Malvasio P*

*Direzione Medica di Presidio ** Direzione Sanitaria d'Azienda - Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino

Parole chiave: Valutazione delle tecnologie sanitarie, integrazione tra Commissioni, appropriatezza

Introduzione: Presso l'AO Ordine Mauriziano-Torino sono attive 4 Commissioni di valutazione per acquisizioni di materiale sanitario e/o di competenza sanitaria:

Health Technology Assessment, Dispositivi Medici, Point of Care Test, Farmaci

Le Commissioni, costituite e formalizzate con delibere aziendali (recepimento direttive Regione Piemonte), emettono parere tecnico su richieste di acquisizioni/introduzione di tecnologie sanitarie materiali (dispositivi medici, elettromedicali, farmaci, POCT) e immateriali (procedure, PDTA). Per definire campi di attività delle Commissioni e ambiti di intervento è stato necessario elaborare una procedura (testo unico) che espliciti e sintetizzi il ruolo delle diverse Commissioni per integrare loro attività e evitare duplicazioni/ sovrapposizioni.

Contenuti. Obiettivi: Condividere e stabilire fasi delle richieste di acquisizione da parte di reparti/servizi e relative procedure di autorizzazione all'acquisto, nel rispetto delle procedure già esistenti (regolamenti HTA, CDM, POCT, CFI), integrandosi con le stesse. Promuovere dialogo tra Commissioni e coordinamento delle loro attività. Definire iter delle richieste di acquisizione di tecnologie sanitarie e relativo processo di valutazione

Metodi: Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare-multiprofessionale (DMPO, SITRO, Provveditorato, Farmacia). Organizzazione riunioni. Condivisione/elaborazione documento definitivo via mail. Revisione esterna. Approvazione Direzione Generale

Risultati: Documento finale si articola in 2 componenti

organizzazione/ gestione dei flussi per inviare richieste di acquisizioni da operatori sanitari a strutture aziendali competenti, modalità di approvazione di richieste

Oggetto della procedura sono tutti i casi di richiesta di acquisizione per dispositivi medici (dm), presidi medico chirurgici, dispositivi di protezione individuale, dm diagnostici in vitro, dm impiantabili attivi, dm chirurgia mini-invasiva/elettrochirurgia, dm sistema nervoso/midollare, dm protesici/prodotti osteosintesi, apparecchiature sanitarie elettromedicali.

Si distinguono diversi casi:

materiale non in uso c/o AO (CDM), materiale in uso c/o AO, di cui è necessaria sostituzione per usura/obsolescenza, dm già in uso c/o AO-gia' oggetto di contratti di fornitura in corso (contratti scaduti/ in scadenza: necessaria stesura capitolato speciale di gara), donazioni e/o comodato d'uso gratuito di apparecchiature tecnico-sanitarie o tecnico-economali, farmaci/specialità medicinali non presenti in azienda (CFI), alte tecnologie o innovazioni ad elevato impatto in termini clinici, organizzativi, strutturali/impiantistici, economici (HTA)

Si definiscono:

modalità comunicazione/interazione tra Commissioni, tempistiche/programmazione temporale, modello richiesta, carattere tecnico di pareri forniti dalle Commissioni (inviati a Direzione Aziendale per acquisizione effettiva di tecnologia sanitaria oggetto della richiesta, in base a priorità aziendali), indicatori (n° acquisizioni richieste secondo modalità corrette, n° acquisizioni autorizzate non redatte secondo modalità previste da procedura, % acquisizioni valutate per autorizzazione da SSCC che conducono procedura).

Conclusioni

La procedura ha delineato i rapporti tra Commissioni Aziendali e ha sancito i percorsi dei flussi di richieste per acquisizioni, riducendo disservizi/criticità in approvvigionamento di tecnologie sanitarie, ottimizzando tempi di valutazione e relativa acquisizione, garantendo appropriatezza e aderenza alle evidenze scientifiche.

PROGETTO DI SEGNALETICA MODULARE OSPEDALE SAN DONATO AREZZO

Branca Vujovic #; Alessio Cappetti *; Barbara Innocenti §; Barbara Bianconi §; Lucia Grazia Campanile §; Luca Marzi ^; Marzia Sandroni °; Sabina Palleggi ** e Enrico Desideri ##

Direttore Sanitario AUSL8 Arezzo

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

§ *Direzione di Presidio San Donato - AUSL8 Arezzo*

^ *Progettista esterno*

° *Comunicazione e Marketing AUSL8 Arezzo*

** *Ufficio Tecnico AUSL8 Arezzo*

Direttore Generale AUSL8 Arezzo

Introduzione

L'ospedale di Arezzo è organizzato su una tipologia a corpo quintuplo concentrata particolarmente complessa che da sempre crea ad utenti e visitatori difficoltà nel raggiungere il servizio di proprio interesse a causa dei numerosi ingressi e percorsi alternativi presenti.

Il progetto per la nuova segnaletica, fortemente voluto dalla Direzione Generale anche su sollecitazione della Conferenza dei Sindaci, quindi si è basato sulla creazione di un sistema di orientamento e wayfinding, omogeneo e coordinato che da una parte aiutasse l'utente a riconoscere adeguatamente i percorsi e gli ambienti che formano l'offerta socio assistenziale del Presidio Ospedaliero, e dall'altra agevolasse i vari settori operativi dell'Azienda Sanitaria, nell'organizzazione dei flussi di accesso ai vari settori funzionali operativi dei blocchi che definiscono l'edificio, definendo una strategia comunicativa capace di semplificare e garantire facilità d'accesso a un quadro esigenziale allargato di fruitori.

Parole chiave

wayfinding, segnaletica

Contenuti

A seguito di confronti con i vari attori dell'organizzazione aziendale sanitaria (dalla direzione medica di presidio agli uffici tecnici, all'URP e alla direzione sanitaria) il progetto si è articolato secondo un approccio per processi suddiviso in 4 fasi principali.

La prima denominata fase conoscitiva, nella quale è stato sviluppato il rilievo ambientale, l'analisi delle categorie d'utenza e del sistema degli accessi e dei flussi.

La seconda denominata fase interpretativa, nella quale sono stati interpretati i dati valutando le criticità con la conseguente predisposizione di scenari progettuali d'intervento.

La terza in cui è stato predisposto il progetto della cartellonistica ed installati cartelli di test per valutare l'efficacia dell'ubicazione e della tipologia degli apparati di segnaletica previsti.

Il Quarto, che ha riguardato la realizzazione dei cartelli esecutivi con la quantificazione dei costi sia per le nuove forniture e posa in opera che per l'aggiornamento della cartellonistica esistente.

E' in corso di realizzazione un "corso di aggiornamento" con l'obiettivo di istruire i futuri referenti che gestiranno il sistema di segnaletica, sulla metodologia per eseguire i necessari aggiornamenti ed implementazioni alla quale il sistema sarà inevitabilmente sottoposto nel suo utilizzo.

Conclusioni

Il sistema è scaturito da un attento lavoro di un team interdisciplinare che si è confrontato assiduamente verificando e valutando le scelte operate dai progettisti, garantendo così quella "qualità" che la Regione Toscana stessa attraverso la propria indagine "... wayfinding Health care visit card" ha riconosciuto come una delle migliori tra le aziende valutate, convinta che il sistema di wayfinding sia il primo biglietto da visita che un'azienda sanitaria evoluta debba garantire ai propri utenti, in linea con le politiche dell'accesso che la Regione Toscana da tempo sta promuovendo.

L'AUDIT CIVICO PER VALUTARE E MIGLIORARE LE PERFORMANCE PARTENDO DAL PUNTO DI VISTA DEI CITTADINI

Zucconi M.*, Amico M.**, Esposito L.***, Morcellini R.^, Ruffini F.^^, Pioppo M.^^^, Orlandi W.^^^^

* Responsabile Sicurezza e Risk Management Dipartimento Professioni Sanitarie, **Responsabile Umanizzazione ed Accoglienza Dipartimento Professioni Sanitarie. *** Responsabile Ufficio Relazioni Pubbliche. ^ Responsabile Qualità e Comunicazione Dipartimento Professioni Sanitarie. ^^ Informatico, Ufficio Controllo di Gestione e Servizio Informativo. ^^^Direttore Direzione Medica Ospedaliera, ^^^^^Direttore Generale.

INTRODUZIONE

l'Assessorato alla Sanità della Regione Umbria, con il Piano Sanitario Regionale 2009-2011, ha stabilito di rendere operativo in tutte le Aziende ospedaliere e sanitarie regionali il progetto "Audit Civico" promosso da Cittadinanzattiva in collaborazione con il Ministero della Salute.

L'Audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche al fine di dare centralità al punto di vista del cittadino nell'organizzazione dei servizi sanitari e di promuovere forme efficaci della loro partecipazione alla gestione dei servizi sanitari pubblici.

PAROLE CHIAVE: Partecipazione dei cittadini, benchmarking, miglioramento continuo della qualità.

CONTENUTI

L'Audit civico ha previsto l'indagine di tre **componenti** dell'azione delle aziende sanitarie:

l'orientamento ai cittadini (accesso alle prestazioni, rispetto dell'identità personale, culturale e sociale ecc.);
l'impegno dell'azienda nel promuovere alcune "politiche" di particolare rilievo sociale e sanitario (sicurezza dei pazienti, strutture e degli impianti, malattie croniche e oncologia gestione del dolore, prevenzione);
il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali (attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti, altre forme di partecipazione e interlocuzione cittadini/azienda sanitaria).

L'indagine delle 3 componenti è avvenuta attraverso:

lo svolgimento di sopralluoghi presso alcune strutture e la loro osservazione;

la richiesta di informazioni, a mezzo somministrazione questionari, alla direzione generale e alla direzione sanitaria.

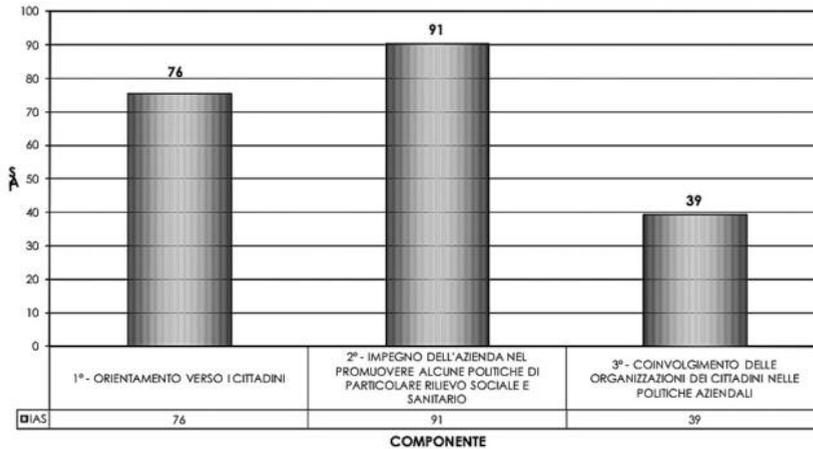
RISULTATI

Dall'indagine condotta, presso l'**Azienda Ospedaliera di Perugia**, è emerso un **IAS* medio complessivo pari a 77 (tabella 1)**, che in base alla tabella di classificazione è da considerarsi discreto. Con questo punteggio è stata l'Azienda Ospedaliera di Perugia ad ottenere i migliori risultati tra le sei aziende umbre.

<i>Tabella 1</i> RISULTATI COMPLESSIVI DELL'INDAGINE	
COMPONENTI INDAGATE	INDICE IAS*
"Orientamento verso i cittadini"	IAS pari a 76, quindi DISCRETO
"Impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario"	IAS pari a 91, quindi ECCELLENTE
"Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali"	IAS pari a 39, quindi SCADENTE
IAS MEDIO COMPLESSIVO	IAS medio complessivo pari a 77

*L'IAS è l'indice di adeguamento agli standard presi in considerazione

COMPONENTI PRINCIPALI-AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA



CONCLUSIONI

I risultati emersi dall'indagine, evidenziano punti di forza, ma anche casi di non conformità agli standard come in materia di partecipazione dei cittadini nell'organizzazione e valutazione dei servizi sanitari. È stato predisposto in interazione tra AOPG e associazioni dei volontari il Piano di consolidamento e miglioramento. L'Audit civico non può evidentemente esaurire l'azione delle organizzazioni dei cittadini e di malati per il miglioramento dei propri servizi sanitari, né sostituire certificazioni, sistemi di assicurazione della qualità o procedure di accreditamento ma, essendo una procedura di valutazione basata su criteri omogenei e comparabili, si propone inoltre di creare un contrappeso alla diversificazione dei diritti dei cittadini e degli standard dei servizi sanitari.

RAPID RECOVERY IN ORTOPEDIA: un'opportunità per i pazienti e per l'organizzazione ospedaliera

Bacelli S. *, Scaccia F. *, Fedele V. **

* Direzione Medica di Presidio- ASUR Marche Zona Territoriale n. 5 PP.OO. Jesi

** Direttore Medico di Presidio - ASUR Marche Zona Territoriale n. 5 PP.OO. Jesi

INTRODUZIONE

In un'ottica che metta al centro dell'attenzione e dei processi sanitari il paziente, a partire da Gennaio 2010 e a tutt'oggi, presso l'Unità Operativa di Ortopedia dei Presidi Ospedalieri di Jesi, è in corso la sperimentazione di un percorso di rapid recovery per i pazienti che si sottopongono ad intervento chirurgico di artroprotesi di anca. Tale percorso consiste nella formazione di pazienti e familiari, su base volontaria, prima del ricovero, sia in merito all'intervento e sia soprattutto relativamente al decorso postoperatorio ed ai tempi di ripresa. Il corso è tenuto dagli stessi operatori, ortopedici, fisioterapisti, anestesisti ed infermieri che successivamente avranno in cura il paziente. In questo modo si crea un rapporto sinergico di fiducia tra utente ed addetti ai lavori. Inoltre il paziente acquisisce maggiore consapevolezza del proprio percorso clinico-riabilitativo e ne diventa protagonista. Ci si attende che questa scelta determini vantaggi anche dal punto di vista organizzativo. Il presente lavoro si pone come obiettivo quello di valutare se l'adesione al rapid recovery determini una riduzione della degenza media e un aumento della modalità di dimissione verso il proprio domicilio per il proseguimento del percorso riabilitativo.

CONTENUTI

Sono stati presi in considerazione i ricoveri di elezione per artroprotesi di anca (primo impianto) del primo semestre 2010, attraverso la revisione di cartelle cliniche e schede di dimissione ospedaliera. Sono state quindi confrontate le caratteristiche, la degenza media e la modalità di dimissione dei pazienti che volontariamente avevano intrapreso il percorso di rapid recovery rispetto a quelle dei pazienti che invece avevano optato per un ricovero standard.

Nel periodo considerato sono stati effettuati 94 interventi: di questi, 52 erano inseriti nel percorso di rapid recovery. Nell'intero campione, l'età media è risultata pari a 70 anni, la distribuzione per genere evidenzia una prevalenza del sesso femminile (69%), la degenza media è di 9 giorni e la dimissione al domicilio è stata rilevata nel 46% dei casi.

Nella tabella è riportato il confronto fra il gruppo dei pazienti che ha aderito al percorso di rapid recovery rispetto al gruppo che ha invece optato per un ricovero standard.

Tabella. Caratteristiche dei pazienti appartenenti ai due gruppi

	RAPID RECOVERY SI 52 pazienti	RAPID RECOVERY NO 42 pazienti
Età media	68 (±12) anni	71 (±13) anni
Genere	35% Maschi 65% Femmine	26% Maschi 74% Femmine
Degenza media	8.7 (±2.6) giorni	9.4 (±3.6) giorni
Modalità di dimissione	52% Ordinaria a domicilio 48% Presso altra struttura	38% Ordinaria a domicilio 62% Presso altra struttura

Come evidenziato, il gruppo di coloro che ha aderito al percorso di rapid recovery ha fatto registrare una minore età media ed una durata della degenza leggermente inferiore. Relativamente alla dimissione, nel gruppo dei rapid recovery è maggiore la percentuale dei dimessi a domicilio per la prosecuzione del percorso riabilitativo.

CONCLUSIONI

Seppur in misura contenuta, i risultati di questa breve analisi sono sicuramente incoraggianti. La tematica è meritevole di ulteriori approfondimenti che prendano in analisi altri outcome, quali il tempo di ripresa per le varie attività (camminare, guidare la macchina). Una ripresa precoce delle normali abitudini sarebbe auspicabile, comporterebbe infatti sia minori disagi per paziente e familiari evitando o limitando la comparsa di complicanze, nonché un conseguente risparmio anche in termini economici.



Prevenzione in ospedale: promozione di una corretta alimentazione presso l'Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta.

E. Boccalone*, R. Capriello*, P. Boccalone*

*Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano – Caserta, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero



Tra le linee guida per la promozione di interventi preventivi nei luoghi di lavoro trovano senz'altro spazio interventi di promozione di corretti stile di vita alimentari. Per tale motivo durante gli anni 2008-2009 sono stati presi in carico dall' Ambulatorio di Dietetica e Nutrizione Clinica, afferente alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, 50 dipendenti dell'Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta.

Tutti i soggetti presentavano a t_0 (prima visita) valori di BMI > 35 Kg/m², glicemia > 158 mg/dL, colesterolo tot. > 300 mg/dL, colesterolo HDL < 39 mg/dL, trigliceridi > 350 mg/dL e circonferenza vita > 105 cm. (Figura 1)

Tutti i soggetti (68% donne con età media 48,6 anni, 32 % uomini con età media 56,3 anni) sono stati trattati con dieta ipocalorica, ipolipidica, normoproteica all'85% del loro fabbisogno calorico giornaliero.

Il 90% dei soggetti ha seguito il programma dietetico mostrando calo ponderale di oltre il 15% dopo il sesto mese (t_1). (Figura 2)

Il 60% dei soggetti continua ad essere seguito dal suddetto ambulatorio. Dall'anamnesi svolta è stata rilevata la costante cattiva abitudine alimentare in tutti i dipendenti esaminati, che si mostrava nel non rispettare né la distribuzione razionale dei pasti nel corso della giornata né il contenuto calorico degli stessi. Il dover "turnare" per lavoro ha portato i soggetti in esame a pasti veloci e non equilibrati. Ci si è proposti di iniziare uno studio più accurato e dettagliato insieme all'U.O.S Sorveglianza Sanitaria al fine di limitare i danni di tali cattive abitudini e stili di vita.



Figura 1



Figura 2

Applicazione della metodologia dell'audit per la valutazione della qualità della gestione del dolore post-operatorio nell'intervento in day surgery di alluce valgo.

Francesca Ciruolo*, Stefano Falchi†, Felicia Zaccard†, Maria Leon†, Catia Menghini†, Gianluca Clon†, Elisabetta Cocchi†, Marco Geddes da Fillosa*

P. O. Fi Centro - AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

*DSPO Fi Centro, †S. S. Anestesia P. O. Palagi; ‡Inf. Coordinatore Day surgery; †Referente SS. OO. P. O. Palagi

INTRODUZIONE

La sintomatologia dolorosa post-operatoria può influenzare la dimissibilità dei pazienti in day surgery, creare disagio/discomfort nel paziente ed aumentare il carico assistenziale per il personale.

Presso il Presidio Palagi del P. O. Fi Centro è attiva dal 2003 una freestanding che effettua circa 8000 interventi l'anno in regime di day surgery o di chirurgia ambulatoriale.

Per la gestione del dolore post-operatorio sono adottati protocolli specifici. Nel caso dell'intervento per alluce valgo di norma il protocollo adottato è quello previsto per dolore "forte".

Nel 2009 è stato realizzato un audit per la valutazione della rilevazione del dolore e dell'applicazione del protocollo, ripetuto nel 2010 con gli stessi criteri di selezione e campionamento.

I due audit sono stati promossi dalla Struttura Semplice di Anestesia ed organizzati e facilitati dalla Direzione Sanitaria di Presidio. Hanno partecipato alle discussioni anestesisti, ortopedici, infermieri e loro coordinatori di sala operatoria e day surgery.

METODOLOGIA

In ciascun anno di rilevazione è stato selezionato un campione di 30 ricoveri in day surgery con presenza nella scheda di dimissione ospedaliera del codice di procedura chirurgica 77.5 (asportazione di borsite e correzione di altre deformità delle dita), estratti con randomizzazione casuale da un totale di 150 eleggibili nel 2009 e 230 nel 2010. Di ciascun ricovero è stata analizzata la cartella clinica con particolare riferimento al diario infermieristico ed allo schema delle prescrizioni post-operatorie.

Audit 2009

Il campione è risultato composto da 30 pazienti tutte di sesso femminile ed età media 58 anni.

Reaudit 2010

Il campione è risultato composto da 30 pazienti, 27 di sesso femminile, 3 di sesso maschile, ed età media 61 anni.

Dall'esame della modulistica presente in cartella clinica sono state raccolte in un data base su excel notizie relative alla rilevazione della VAS a riposo e al movimento, del blocco motorio, di sintomatologia tipo nausea, vomito, prurito, sedazione, dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria). Infine è stato rilevato se le informazioni erano seguite dalla firma di chi le forniva.

E' stato inoltre rilevato se il protocollo in uso era menzionato in cartella, se erano rilevati i parametri vitali post-intervento, se è stata necessaria la dose rescue o la somministrazione di altri farmaci e per quale motivo, e l'ora di dimissione, importante parametro nei ricoveri di un giorno.

	VAL	VALG	VALG MEDIO	VALG ALTO	VALG BASSO	VALG ALTO BASSO						
2009	100%	100%	25%	20%	65%	25%	90%	93%	0%	95%		
2010	90%	85%	53%	53%	53%	53%	90%	90%	93%	85%		
2009	43%	43%	3,3%	0%	0%	0%	13,3%	13,3%	0%	0%		
2010	30%	30%	26,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	0%	26,7%		
2009	60%	56,7%	0%	0%	0%	0%	10%	10%	0%	60%		

	esecuzione protocollo	documenti del post intervento	documentazione del decorso				
2009	76,7%	13,3%	40,0%	10,0%	6,7%	13,3%	83,3%
2010	90,0%	30,0%	26,7%	3,3%	3,3%	20,0%	96,7%

DISCUSSIONE

La discussione degli audit si è svolta in due fasi. La prima ha riguardato la segnalazione degli eventuali errori attivi e latenti evidenziali nella gestione clinico-assistenziale del dolore e del decorso post-operatorio e nelle condizioni organizzative contingenti e generali. E' stato rilevato, nel secondo anno di audit, un miglioramento della qualità e della completezza della documentazione sanitaria compilata dal personale della degenza, a fronte di un lieve peggioramento della stessa compilata nella fase operatoria.

Nella seconda fase delle discussioni sono state avanzate proposte di miglioramento, iniziative da intraprendere e raccomandazioni.

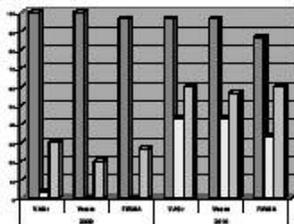
E' stato rilevato un bisogno formativo sulla normativa e le buone pratiche della gestione del dolore con la proposta di organizzare una giornata di formazione, poi effettivamente organizzata nel 2011 dalla Direzione Sanitaria di Presidio. E' stato proposto di revisionare ed ottimizzare procedure e modulistica creando un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale e valutando la possibilità di inserire la documentazione nella cartella informatizzata in uso.

CONCLUSIONI

L'audit è uno strumento di miglioramento della qualità. L'opportunità di una discussione, uno scambio "tra pari" ha aumentato la consapevolezza del personale su ciò che fa, come lo fa e su come documenta il proprio agire professionale.

Ci sono ancora margini importanti di miglioramento, in particolare a carico della fase operatoria.

Il valore aggiunto di questa esperienza è, ed è stato favor potuto utilizzare un setting informale per approfondire problematiche cliniche, organizzative e documentali, apportando un contributo sostanziale in termini di qualità. E nel 2011 è già in agenda il prossimo audit!





Riscontro della normativa anti-assenteistica nel P.O. di Gallipoli nel triennio 2008-2009-2010.

Cristallo Vincenzo*, Pizzileo Laura**, Negro Gianfranco*, Dell'Angelo Custode Egidio*

*Direzione medica di Presidio,**Direzione amministrativa.



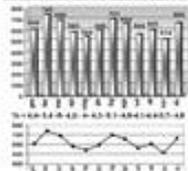
ASL LE

Introduzione

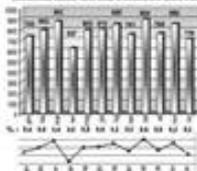
La disciplina delle assenze per malattia, stabile per decenni, ha recentemente avuto un susseguirsi di novità dovute a una serie di atti normativi. Tra questi ricordiamo l'art. 21 della legge 18/6/ 2009 n.69, per il quale si devono pubblicare i dati relativi ai tassi di assenza di ciascuna p.a. e il D.Lgs. 150/2009 noto come "riforma Brunetta-Tremonti".

Per l'analisi empirica dell'assenteismo dei dipendenti del P.O. "Sacro Cuore di Gesù" di Gallipoli si è utilizzata la banca dati della ASL-LE. Si è ottenuto l'elenco di 547 dipendenti con contratto tipico: 252 relativi alle uu.oo. senza posti letto e 295 delle uu.oo. con posti letto. L'osservazione temporale percorre 36 mesi dal gennaio 2008 a dicembre 2010 e coinvolge 285 donne e 262 uomini. L'indice numerico espressione del totale delle giornate (gg.) di assenza mensili per U.O. è stato ricavato sommando il congedo per malattia, il congedo straordinario e il congedo ordinario. I singoli tassi di assenza sono stati ricavati tramite rapporti aventi come numeratore il numero di eventi registrati nella popolazione statistica considerata e come denominatore il numero totale di giorni lavorativi di quella stessa popolazione.

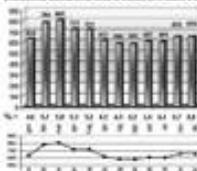
Dimensione mensile ferie godute (2008-2010) uomini e donne



Dimensione mensile ferie godute (2008-2010) uomini e donne



Dimensione mensilità ferie di malattia (2008-2010) uomini e donne



Periodo	Uomini	Donne	Totale
2008	18,2	23	20,6
2009	8,66	11,30	10,0
2010	9,23	19,4	14,3

Contenuti

Considerando il congedo ordinario del nosocomio del 2008-09-10 si evince un'incresione delle ferie godute da marzo ad agosto e una sua caduta da settembre a novembre per avere un picco a dicembre. Nel 2008 il 35% delle ferie totali annue si è speso a luglio e agosto, nel 2009 il 32% e nel 2010 il 29%.

L'analisi del congedo straordinario nel triennio dimostra come la richiesta venga effettuata soprattutto nelle stagioni fredde e nella primavera.

Vi è un diverso andamento tra uomini e donne nell'usufruire del congedo per malattia. Le donne per ciascuna delle tre annualità hanno un tasso parziale di malattia doppio rispetto agli uomini superando il tetto del 6% gli uomini del 3%.

La quantità media di gg. di malattia godute da impiegati donna nel 2008 è 18,2 gg, nel 2009 è 23 gg, nel 2010 è 19,4 gg; dagli impiegati uomo nel 2008 è 8,66 gg, nel 2009 è 11,30 gg, nel 2010 è 9,23 gg. E' costante nel triennio una equivalenza del godimento di gg. di malattia tra il periodo primaverile-estivo rispetto a quello invernale-autunnale e soprattutto mensilità come luglio e agosto hanno valori superiori a mensilità fredde.

Nel 2008 le gg. di malattia spese nei mesi da ottobre a marzo equivalgono a 3.828 ovvero al 51% del totale dei giorni di malattia richiesti nell'anno, nel 2009 a 4.770 gg. pari al 50%; nel 2010 a 4.130 gg. ovvero al 51%.

Conclusioni

Si deduce una spesa più giudiziosa del congedo ordinario tra il 2008-09-10 nei mesi di luglio e agosto, anche se, la medesima distribuzione è reiterata nel triennio.

La spiegazione più verosimile riguardo ai risultati dell'analisi del congedo straordinario è l'assistenza a familiari e l'aggiornamento professionale.

In alcune mensilità del triennio le curve del congedo ordinario e di malattia si sovrappongono.

Per entrambi i sessi non vi è una riduzione della quantità delle gg. di malattia godute tra il 2008 e il 2010 mentre vi è tra il 2009 e il 2010. Andrebbe valorizzato ed accentuato il ridimensionamento della spesa del congedo per malattia, osservato nell'ultimo biennio, anche negli anni avvenire in quanto i costi della sua gestione ricadono sulle policy regionali e locali.

Abbiamo dimostrato che nel P.O. di Gallipoli, anche se minima rispetto al 2009, vi è stata una riduzione del tasso totale di assenza. In ciascuna delle PP.AA in Italia può trovarsi rigore ed efficienza.

IL MONITORAGGIO DEL SERVIZIO PER I DEGENTI DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA IN GESTIONE APPALTATA

S. De Maria La Rosa⁽¹⁾, V. Zanon⁽²⁾, M. Ienna⁽³⁾, R. Bonaccorso⁽⁴⁾, C. Sapienza⁽⁵⁾, A. Marchese⁽⁶⁾, R. Palma⁽⁷⁾

⁽¹⁾Direttore medico Direzione Medica di Presidio, ⁽²⁾Direttore Medico Dietologo, ⁽³⁾Direttore Sanitario d'Azienda, ⁽⁴⁾Direttore Medico di Presidio, ⁽⁵⁾Dietaista e componente commissione di vigilanza per il vitto, ⁽⁶⁾Referente U.R.P. e componente commissione di vigilanza per il vitto, ⁽⁷⁾Rappresentante tribunale per i diritti del malato e componente commissione di vigilanza per il vitto

Sorveglianza igienico-qualitativa sulla ristorazione ospedaliera

Febbraio 2008 - Novembre 2010

"ATTORI": Direzione Medica di Presidio - Commissione di vigilanza per il vitto

OBIETTIVO

Soddisfazione del paziente e mantenimento degli standard bromatologici e di qualità che il servizio di ristorazione ha il dovere di assicurare



La ristorazione ospedaliera è parte integrante della terapia clinica e, nel suo aspetto nutrizionale, concorre in maniera sostanziale al miglioramento della qualità del percorso clinico-assistenziale del paziente.

Modalità operative dell'attività di vigilanza

Verifiche strutturali ed igienico sanitarie al centro di cottura

- > Il locale arrivo merci
- > Il deposito alimenti
- > La tenuta delle frigorifere e verifiche compatibilità delle temperature
- > I locali di preparazione
- > I locali di cottura
- > I locali di confezionamento
- > I locali di lavaggio stoviglie e contenitori

La degustazione dal vitto

- > Al centro di cottura, dopo che i pasti sono stati confezionati
- > Nel reparto di destinazione, dopo essere stati veicolati con i carrelli termorefrigerati

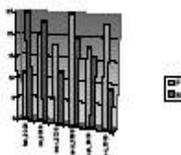
Somministrazione del questionario di gradimento ai pazienti

- > Gusto
- > Aspetto
- > Temperatura
- > Quantità

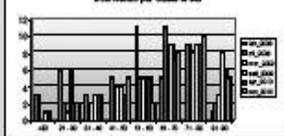


Tipologia campioni pazienti intervistati

Distribuzione per sesso del campione di pazienti intervistato

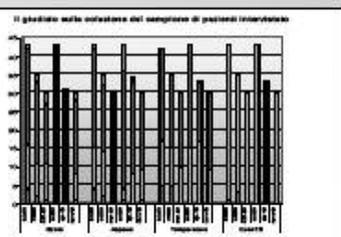


Contorno della distribuzione dei campioni di pazienti intervistato per classi di età

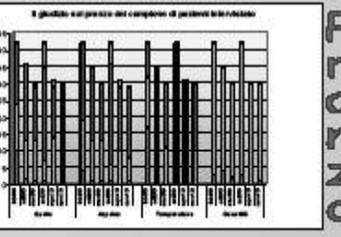


Risultati questionari di gradimento

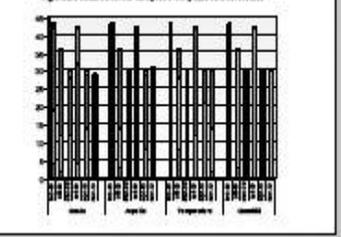
UO - ON - OCU



UO - ON - OCU



UO - ON - OCU



ALCANTO

La attività di vigilanza ha consentito nel triennio 2008 - 2009, ma anche a tutt'oggi, di mantenere l'averito seguito dalla OAU, permettendo di mantenere la via paritetica verificando la permanenza degli standard igienici nella filiera alimentare.

Il miglioramento della qualità percepita da parte dei pazienti si è evidenziato anche tramite la valutazione dei questionari dei pazienti in cui la soddisfazione complessiva del servizio è passata dal quasi 85% del febbraio 2008 al 94% del novembre 2010.



HFMEA CVC



The End

Obiettivi:

Interventi organizzativi per aumentare la sicurezza del paziente in corso di posizionamento di Catetere Venoso Centrale nel Blocco Operatorio.

Materiali e metodi:

- Attivazione di un Gruppo di Lavoro multidisciplinare
- Adozione della metodologia HFMEA.

Indicatori di priorità di rischio:

In corso di posizionamento del catetere è stata effettuata la **mappatura del rischio**, mediante l'attribuzione dei punteggi in merito alla **gravità dell'errore**, alla **rilevabilità** ed alla **probabilità** di accadimento. I punti di maggiore criticità sono stati individuati nelle seguenti azioni:

- Posizionamento in paziente con criteri di forte esclusione alla procedura (S.I.R.S.E., severa coagulopatia, sepsi grave) in relazione al rapporto rischi/benefici
- Inquinamento batterico in corso di procedura
- Incidenti in corso di venipuntura
- Mancato rispetto dei tempi del controllo radiografico

Soluzioni:

Attivazione di una **check list operatoria specifica per CVC**, orientata alla sicurezza del paziente con campi utili ad **aumentare la rilevabilità dei fattori di rischio** ed identificazione della matrice di responsabilità per competenze professionali.

Risultati attesi:

Incremento della rintracciabilità delle azioni e riduzione del rischio di errori in corso di posizionamento di CVC

Insorgenza di TromboEmboliaVenosa dopo posizionamento di Cateteri venosi centrali:

La presenza di cateteri venosi centrali nelle vene succlavie e giugulari interne possono determinare la comparsa di una TEV: tale evento viene identificato mediante sistemi di imaging (ecocolorDoppler, angioTC e angiografia) in una percentuale di casi variabile fra il 27 ed il 66% dei casi, associato però ad un quadro sintomatologico clinico solo nello 0,3 – 28,3 % dei pazienti. Il rischio di un evento di EP può variare dallo 0.6 all'1.3% .

Dai dati riportati in letteratura, il GdL consiglia una profilassi con EBPM nei pazienti a rischio ed in quelli in cui il catetere vada mantenuto in sede per lunghi periodi di tempo.

La rimozione del catetere andrà effettuata, previo trattamento eparinico locale, dopo esame ad ultrasuoni.



www.aslromagnabologna.it

T. Fabbrini (1)
M. Muscolupo (2),
M.G. Scorzola (3),
G. Nizza (4)

(1) U.O.C. Diagnostica
Medica U.O.C. Radiologia
Aree di Cura e Servizi
Aree di Cura, A.S.L. Romagna B

(2) Direzione U.O.C. Qualità
Assistenziale e Paz.
Management, A.S.L. Romagna B

(3) Direzione U.O.C.
PSAIO, A.S.L. Romagna B

(4) Diagnostica Medica
Diagnostica Servizi in osp.
diagnostica Diagnostica

Verso un modello di Analisi e Misurazione del Capitale Etico Aziendale nelle organizzazioni sanitarie

Aziende coinvolte:

A.S.L. BI
A.S.L. NO
A.O.U. Maggiore della Carità di Novara
A.S.L. VC
A.S.L. VCO
Direzioni delle Aziende Sanitarie della Regione
Puglia
Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

Ricerca finanziata da 

OBIETTIVI:

1. Piattaforma etica condivisa da diverse Aziende Sanitarie italiane

Rinforzo della cultura etica nelle organizzazioni sanitarie di diverse aree nazionali (Piemonte, Puglia e Sicilia) attraverso la realizzazione di una piattaforma etica condivisa, a partire dalla quale implementare strumenti operativi a beneficio della qualità della vita lavorativa degli operatori e della prestazione erogata all'utenza, grazie allo sviluppo di identità, appartenenza ed autentica motivazione all'agire professionale.

2. Modello di analisi e misurazione della Cultura Etica Aziendale

Attivare un Gruppo di Ricerca che, anche sulla base dell'esperienza di riflessione etica avviata con il progetto, arrivi a:

- Definire le dimensioni etico-organizzative attraverso le quali il Capitale Etico Aziendale si esprime e si concretizza;
- Per ogni dimensione, definire una serie di comportamenti organizzativi e di indicatori misurabili e predisporre un modello di analisi del Capitale e della Cultura Etica in un'organizzazione sanitaria.



METODI:

1. Laboratori di formazione-Intervento per la realizzazione di Carte Etiche Aziendali

- La formazione rivolta alle risorse umane delle Aziende Sanitarie assume un'importanza strategica di assoluto rilievo nella misura in cui è in grado di sostenere ed incentivare processi di maturazione di una coscienza etica fondata sul dialogo, su sentimenti di appartenenza comunitaria e sulla capacità di ascolto.
- Per tali motivi è stato espressamente scelto di organizzare in ogni Azienda un percorso di formazione-intervento che ha coinvolto un gruppo rappresentativo della compagine aziendale in laboratori etici, animati da un counselor filosofico, in cui i temi dell'etica non sono stati proposti come nozioni da interiorizzare, ma sono emersi dalle narrazioni della vita lavorativa e da stimoli di tipo artistico-letterario.
- Le narrazioni e le testimonianze sono state raccolte in una Carta Etica Aziendale che sarà diffusa ai dipendenti delle Aziende e agli stakeholder esterni.

2. Azioni di ricerca per un modello di analisi e misurazione della cultura etica aziendale

- Al fine di meglio dettagliare le dimensioni etiche, gli indicatori e la struttura generale del modello, si sono utilizzate tecniche di ricerca qualitativa, quali l'intervista semi-strutturata a testimoni privilegiati.
- Tali interviste sono state svolte con circa 20 attori aziendali ed extra-aziendali (organizzazioni sindacali, Consorzi dei servizi socio assistenziali, terzo settore, volontariato) del territorio dell'ASL BI ai quali è stato chiesto di indicare, dal loro punto di vista, una serie di grandezze, dati, azioni ed interventi che ritengano siano legati al livello di Capitale Etico presente nell'azienda sanitaria.
- I dati e le informazioni raccolte dalle interviste sono state utilizzate dal Gruppo di Ricerca per realizzare indicatori (sia di tipo comportamentale, sia di tipo economico-gestionale) validi e sostenibili al fine della creazione del modello di analisi del Capitale Etico Aziendale.



AUTORI

Ida Grossi, Direttore Sanitario A.S.L. BI di Biella;
Arabella Fontana, Direttore Sanitario A.S.L. NO di Novara;
Franco Ripa, Esperto Programmazione e Controllo A.S.L. TO4;
Giovanna Volo, Direttore Sanitario A.S.P. di Enna;
Francesca Manegon, sociologa, S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;
Leonardo Jon Scotta, psicologo, S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;
Vincenzo Alastra, psicologo, Direttore S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI.

CONTATTI:

IDA GROSSI,
Direttore Sanitario A.S.L. BI
Via Marconi 23, 13900, Biella
Telefono: 015 3503797, Fax: 015 3503914
ida.grossi@aslbi.piemonte.it

Costituzione del Centro Unico di Programmazione Chirurgica e per l'accesso ai Servizi Diagnostici di carattere Interdipartimentale presso la Azienda Usl 8 di Arezzo

Barbara Innocenti*, Barbara Bianconi*, Grazia Campanile**, Mirella Rossi***, Alessio Cappetti*, Federica Petrucci*, Branka Vujovic^

*Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Ospedale S. Donato - Azienda Usl 8 Arezzo
 **Direzione Presidio Ospedaliero S. Donato - Arezzo
 ***Cattedra di Anestesiologia - Ospedale S. Donato - Arezzo
 ^Cattedra di Specializzazione in Igigie e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Firenze
 ^Cattedra di Sanità Asai 8 Arezzo

INTRODUZIONE

La gestione dei sistemi sanitari vede oggi il miglioramento della qualità e della sicurezza quale elemento fondante nella prospettiva del *governo clinico integrato*. La chirurgia, per volumi di attività e per complessità intrinseca di tutte le procedure ad essa correlate, richiede azioni e comportamenti pianificati e condivisi, finalizzati a prevenire l'occorrenza di incidenti peroperatori e la buona riuscita degli interventi.

La Regione Toscana, con Delibera n. 638/2009, ha determinato l'istituzione in ogni ospedale/azienda dell'**Ufficio di programmazione Chirurgica**, con il compito di gestire in modo centralizzato il percorso chirurgico dei pazienti candidati all'effettuazione di un intervento, dall'inserimento in lista di attesa sino alla definizione della lista operatoria. L'azienda Usl 8 ha recepito le indicazioni della delibera estendendo il principio della programmazione e gestione centralizzata non soltanto al percorso chirurgico ma anche ai percorsi diagnostici (in particolare i servizi di endoscopia ed ecografia) che vedono coinvolte strutture afferenti a diversi dipartimenti aziendali. In quest'ultimo caso lo scopo è garantire il coordinamento dell'organizzazione dell'attività diagnostica interdipartimentale che, a partire dalla progettazione condivisa tra i Dipartimenti di riferimento e le Direzioni di Presidio Ospedaliero, assicuri:

- la corretta ed omogenea pianificazione dell'offerta
- la trasparente gestione delle liste di attesa con l'obiettivo del contenimento dei tempi di attesa
- l'efficiente utilizzo degli spazi
- l'efficiente utilizzo delle risorse umane e della loro formazione professionale
- il buon uso delle tecnologie disponibili e la programmazione dei loro sviluppi

IL PERCORSO CHIRURGICO

Il **modello organizzativo** progettato prevede un assetto fondato su una centrale, attivata presso la Direzione di Presidio dell'Ospedale S. Donato di Arezzo, e una rete di punti di prenotazione del ricovero chirurgico, le **sedì di preospedalizzazione dei singoli ospedali aziendali**, funzionalmente collegate alla centrale attraverso la procedura informatizzata che permette la gestione dell'intero percorso chirurgico del paziente (Fig. 1).

Il Centro Unico, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche di presidio, costituisce uno strumento di gestione complessiva dell'attività chirurgica, comprensiva anche degli aspetti inerenti l'utilizzo efficace ed efficiente delle sale operatorie, il cui buon utilizzo è peraltro governato da regolamenti specifici all'interno dei singoli presidi.



Fig. 1 - Organizzazione del Centro Unico in rete con le centrali di programmazione

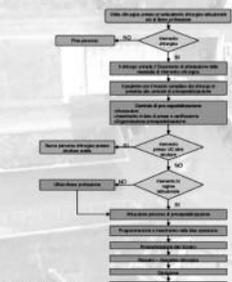


Fig. 2 - Flussogramma del percorso del paziente chirurgico

Il Centro Unico si fa carico di garantire la piena funzionalità delle componenti organizzative e tecnologiche necessarie per consentire ai diversi attori di svolgere il loro ruolo:

- manutenzione delle liste di attesa
- gestione della disponibilità delle sale operatorie aziendali e dei relativi spazi temporali con attribuzione programmata delle sedute ai diversi gruppi chirurgici sulla base della domanda e della consistenza delle relative liste di attesa
- valutazione e applicazione di metodi per il miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie, in collaborazione con le Direzioni mediche di Presidio e le strutture di Assistenza Infermieristica Ospedaliera;
- monitoraggio della domanda, della consistenza della lista di attesa e dei relativi tempi di attesa
- raccordo con le centrali di preospedalizzazione per il monitoraggio complessivo del sistema

Le centrali di preospedalizzazione rappresentano il front office di ogni ospedale per il cittadino che deve eseguire un intervento chirurgico (Fig. 2). In particolare:

- provvedono all'accoglienza del paziente che presenta la certificazione rilasciata dallo specialista chirurgo ed al relativo inserimento dei dati nella banca dati
- collaborano alla stesura delle liste operatorie in coordinamento con il Centro Unico
- collaborano all'organizzazione del percorso di preospedalizzazione.

PERCORSI DIAGNOSTICI INTERDIPARTIMENTALI

Relativamente ai percorsi diagnostici interdipartimentali il Centro Unico ha i seguenti compiti:

- Effettuare la pianificazione annuale dell'attività di concerto con i Diretori dei Dipartimenti in congruità con gli obiettivi assegnati alle strutture nella contrattazione di budget e alle risorse disponibili
- Effettuare, di concerto con le Direzioni di Presidio, la verifica mensile della programmazione della turnistica dei medici stiliata da un responsabile indicato dai Diretori di Dipartimento per l'accertamento della congruità con la pianificazione dell'attività
- Effettuare la verifica periodica della congruità dell'attività svolta rispetto alla programmazione effettuata, sia relativamente all'attività istituzionale che libero professionale intramoenia
- Pianificare, in collaborazione con i Diretori di Dipartimento, l'attribuzione di sedute in produttività aggiuntiva quando prevista
- Collaborare con i Diretori di Dipartimento, di concerto con le Direzioni di Presidio, per la stesura di protocolli specifici che richiedono la condivisione di risorse formalmente assegnate a strutture diverse
- Convocare incontri periodici con i Diretori di Presidio e con i Diretori di Dipartimento interessati per la verifica del buon andamento dell'organizzazione e l'analisi di eventuali criticità emerse
- Sovrintendere al coordinamento generale dell'organizzazione e programmazione dell'attività svolta in tutti gli ospedali aziendali (Fig. 3)



Fig. 3 - La Zona Operativa per l'Arezzo (ZO) in rete con le centrali di preospedalizzazione

RISULTATI

I risultati ottenuti a seguito dell'introduzione della nuova organizzazione sono:

- La programmazione condivisa dell'attività e la gestione trasparente delle liste di attesa con il mantenimento dei tempi di attesa previsti dalle classi di priorità in almeno un presidio aziendale
- La programmazione annuale dell'attività diagnostica interdipartimentale, comprensiva di riduzioni di attività per periodi di ferie, prevenendo le chiusure estemporanee di sedute
- La gestione efficiente delle risorse, sia umane, che tecnologiche che strutturali coinvolte nei percorsi
- La definizione di protocolli omogenei e condivisi a livello aziendale a garanzia di appropriatezza dei percorsi, qualità e sicurezza delle prestazioni
- Il coordinamento dell'attività complessiva, sia all'interno di ogni ospedale che della rete aziendale a garanzia della condivisione delle informazioni fra gli attori coinvolti nei processi

Autore: Barbara Innocenti, Barbara Bianconi, Grazia Campanile, Mirella Rossi, Alessio Cappetti, Federica Petrucci, Branka Vujovic. Edizione: 2010. Copyright: Azienda Usl 8 Arezzo. Tutti i diritti sono riservati. È vietata espressamente la ristampa o l'uso non autorizzato senza permesso scritto dalla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero S. Donato di Arezzo. Per informazioni e richieste di copia, scrivere a: Direzione Medica di Presidio Ospedaliero S. Donato di Arezzo, Via S. Donato 1, 52012 Arezzo, Tel. 0572/434343, Fax 0572/434344, Email: dmp@asl8.it



Azienda Ospedaliera di Perugia

LA VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA SULLA PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA, L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA



Università degli Studi di Perugia

M. Pioppo; D. Bologni; G. Bucaneve; G. Casciarri; R. Morcellini, W. Oriandi
AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

INTRODUZIONE

Presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, è stato eseguito un percorso di validazione interna delle le Linee Guida del PNLG sull' Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto - (2008). Le nuove raccomandazioni sono "active" dal mese di Giugno 2009. Dopo circa un anno dalla loro approvazione, è stata organizzata, una prima valutazione retrospettiva su un campione di cartelle riferite ad interventi chirurgici programmati. I risultati di questa prima rilevazione, per quanto limitati, sono stati utilizzati come base iniziale di discussione con tutte le Unità Operative e per la definizione di percorsi organizzativi comuni che si sono concretizzati nella elaborazione dell' Istruzione Operativa per la somministrazione dell'antibiotico profilassi nei blocchi operatori.

PAROLE CHIAVE

Profilassi Antibiotica, aderenza alle linee guida, prevenzione infezioni della ferita chirurgica

MATERIALI E METODI

Dopo due mesi dall'applicazione dell'istruzione operativa

e dopo un anno dalla prima rilevazione è stata eseguita una nuova verifica sulle cartelle cliniche. I risultati sono stati messi a confronto.

E' stata effettuata una revisione delle cartelle cliniche relative agli interventi chirurgici eseguiti nel mese di febbraio 2010 e messa a confronto con un campione di cartelle del mese di febbraio 2011.

Per ogni intervento chirurgico esaminato è stata compilata una scheda di raccolta dati specificatamente approntata.

CONCLUSIONI

I risultati dimostrano come, in ambito chirurgico, rimane ancora alto il livello di non aderenza alle linee guida della profilassi antibiotica nella chirurgia programmata nella maggior parte delle UU.OO. valutate.

Le cause di inappropriattezza sono fondamentalmente riassumibili in due principali categorie di errori:

- a) errori da non conoscenza /non voluta applicazione delle linee guida,
- b) errori da non corretta applicazione delle linee guida.

L'audit clinico rimane uno strumento efficace per aumentare il livello di aderenza alle linee guida dei professionisti. E' necessario però molto tempo e interventi ripetuti e costanti per giungere a risultati ottimali.

si è proceduto al riscontro dell' avvenuta esecuzione della profilassi antibiotica in accordo con le linee guida aziendali.

In particolare è stato valutato:

- se la profilassi fosse o meno stata eseguita in accordo con le indicazioni delle linee guida;
- se, nel caso di esecuzione della profilassi, il farmaco scelto e la posologia utilizzata, fossero quelle indicate dalle linee guida;
- se e come si era provveduto al rispetto dei tempi di esecuzione della profilassi (30-60 minuti prima dell'intervento);
- se il trattamento antibiotico utilizzato in profilassi era stato protratto per più giorni dopo l'intervento.

RISULTATI

Le cartelle cliniche valide valutate sono state 115, nella prima valutazione e 111 nella seconda.

I risultati messi a confronto:

Tabella 1. Distribuzione dei ricoveri valutati secondo applicazione linea guida

SECONDO LG	PRIMA Rilevazione N Cartelle (%)	SECONDA rilevazione N Cartelle (%)
S	50 (43%)	71* (64%)
N	65 (57%)	40 (36%)
TOTALE	115	111

N: Non secondo linea guida; S: Secondo linea guida, * 20 casi in cui il caso trattamento protragge oltre le 24 ore - 10 casi Ortopedia profilassi concessa temporaneamente per interventi in cui non richiesta

Tabella 2. Cause di non rispetto delle linee guida

CAUSA DI NON RISPETTO DELLA LINEA GUIDA	PRIMA RILEVAZIONE Nr. DI CASI (%) * (62 sottoposti a profilassi)	SECONDA RILEVAZIONE Nr. DI CASI (%) * (49 sottoposti a profilassi)
Farmaco diverso da quello indicato	34 (55%)	20 (34%)
Posologia diversa da quella indicata	11 (18%)	6 (10%)
Tempi non rispettati	25 (40%)	11 (19%)
Durata oltre le 24 h	18 (29%)	22 (37%)

* In un caso possibili errori contemporaneamente

Tra la prima e la seconda rilevazione sono evidenti dei miglioramenti per gli aspetti legati ad una diversa organizzazione del lavoro come ad esempio il rispetto dei tempi di esecuzione.

Rimane ancora molto alto il numero di casi in cui il trattamento antibiotico viene proseguito oltre le 24 ore.

PREVENZIONE DEL SUICIDIO NELL'AZIENDA ULSS 18 DI ROVIGO

Melagrani S, Ricchiero D, Toniolo E, Grossi A.C, Zanone S, Marchetto R, Marangon L, Pierotti S

INTRODUZIONE

Il comportamento suicidario è riconosciuto come un serio problema di sanità pubblica: il suicidio risulta tra la seconda causa di morte nella popolazione giovanile fra i 15 e i 44 anni, in Europa circa 58.000 cittadini muoiono ogni anno per suicidio. Nella provincia di Rovigo i tassi di suicidio registrati nel quinquennio 1995-2000 sono stati di 11,2 per 100.000 abitanti, superiori alla media nazionale che registra tassi di 7,1 casi ogni 100.000 abitanti. Il suicidio e il tentato suicidio rappresentano il primo avvento avverso segnalato in ospedale, il rischio suicidario aumenta drasticamente nelle prime tre settimane dalla dimissione da un Ospedale. Nell'Azienda sanitaria ULSS 18 di Rovigo è stato promosso nel 2006 e implementato uno specifico Progetto per lo studio e la prevenzione del suicidio nel Polesine.

OBIETTIVI

Riduzione del rischio suicidario attraverso:

- la costruzione di una rete formata dalle Agenzie locali/Stakeholders del territorio della Provincia di Rovigo, che a diverso titolo hanno un ruolo nella promozione della salute mentale e nella diffusione di una cultura della prevenzione del suicidio;
 - la formazione degli stakeholders
 - il miglioramento a livello di Ospedale delle competenze e delle conoscenze degli operatori sanitari circa il rischio suicidario, l'individuazione precoce dei segni di rischio al fine della prevenzione dell'evento sentinella;
 - l'informazione alla popolazione generale e il supporto alle situazioni a rischio;
 - attivazione di 3 help line dedicate e attivazione di un sito internet www.polesinestudentiroma.it
- progetti di ricerca sulla diffusione dell'ideazione suicidaria nella popolazione, sui fattori di rischio e di protezione

METODI

Il progetto si articola in due livelli: a livello di Territorio e a livello Ospedaliero. Nel Territorio si sono costituiti un Comitato Scientifico e un Comitato di Progetto costituito dalle diverse Agenzie locali/Stakeholders (Comitati, dopo aver definito le aree di intervento considerate a maggiore rischio (adolescenti, anziani, persone che hanno già tentato il suicidio, carcerati, persone coinvolte direttamente nella crisi economica), hanno individuato le strategie di intervento specifiche per ciascuna area di rischio. Sono inoltre state promosse iniziative di coordinamento e integrazione di iniziative messe in atto dalle diverse agenzie coinvolte.

A livello Ospedaliero si è proceduto alla stesura di una procedura aziendale, in recepimento della raccomandazione ministeriale n. 4, all'avvio di un piano di sensibilizzazione e di formazione diretto al personale sanitario per lo sviluppo di competenze per il riconoscimento del rischio suicidario e delle condizioni strutturali potenzialmente a rischio.

RISULTATI

Il progetto è ancora in corso. Sono stati individuati alcuni indicatori di processo e di risultato per la valutazione dei risultati del progetto fra cui:

- N. protocolli con i partner del progetto per azioni specifiche
- N. incontri sul benessere psicologico nelle scuole
- N. stakeholder formati
- N. incontri di disseminazione
- Contributi scientifici resi pubblici
- Definizione di procedure omogenee per la rilevazione dei tentati suicidi
- Valutazione dell'ideazione suicidaria, in un campione rappresentativo della popolazione.
- Consumo pro capite e numero di persone che assumono farmaci antidepressivi
- N. di suicidi e/o tentati suicidi/anno in Ospedale in base alle schede

PROSPETTIVE FUTURE

Messa a regime degli interventi di prevenzione universale, selettiva e indicata uscendo dalla fase sperimentale di progetto.



**MONITORAGGIO SUL GRADO DI SODDISFAZIONE
DEI SERVIZI AFFIDATI IN OUTSOURCING
PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE-CIACCIO" DI CATANZARO**



Raffaele G*, Gallucci A*, Talarico F*, Tripodi L°, Pelle N**

* Dirigenti Direzione Medica di Presidio

** Direttore Medico di Presidio

Ufficio Infermieristico Direzione Medica di Presidio

INTRODUZIONE

I servizi ospedalieri affidati in outsourcing rappresentano una svolta dal punto di vista qualitativo per un'Azienda Ospedaliera che deve affrontare esigenze di tipo sia organizzativo che economico. In quest'ottica l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" ha esternalizzato da tempo i servizi di Pulizia, Raccolta e smaltimento dei Rifiuti, Disinfestazione, Noleggio dispensatori igienici, Trasporto materiali biologici, farmaci e presidi medico-chirurgici, Lavanolo, Fornitura tessuti sterili e Ristorazione. L'Outsourcing implica necessariamente una forma di monitoraggio della performance dei vari servizi al fine del miglioramento continuo delle prestazioni rese da terzi.



La Direzione Medica di Presidio monitorizza la performance dei servizi affidati in outsourcing accertando il grado di soddisfazione, per ciascuno dei servizi affidati in outsourcing, attraverso un'indagine conoscitiva che svolge semestralmente, in collaborazione con i Caposala e Capotecnici dell'Azienda anche al fine di valutare attentamente e mettere in atto interventi appropriati su eventuali disservizi /carenze verificatisi.



CONTENUTI

Lo strumento utilizzato per lo svolgimento del succitato monitoraggio è rappresentato da una scheda di valutazione suddivisa in otto sezioni (una per ogni servizio affidato ad esterni). All'interno di ciascuna sezione vi sono 2 variabili principali di verifica: il giudizio, con 4 opzioni disponibili (scarso, sufficiente, buono, ottimo) e la segnalazione carenze o suggerimenti in cui i Caposala/Capotecnici delle UU.OO. evidenziano gli eventuali disservizi/carenze verificatisi e contestualmente propongono suggerimenti per la risoluzione dei problemi riscontrati nell'erogazione delle varie prestazioni.

La scheda di valutazione viene inviata a tutti i Caposala/Capotecnici alla fine di ogni semestre. I giudizi pervenuti da parte delle varie UU.OO. vengono sia riportati in forma grafica (globalmente e singolarmente per ogni servizio), sia messi a confronto con le precedenti rilevazioni al fine di verificarne l'andamento. Gli eventuali giudizi negativi vengono evidenziati nel dettaglio e fatti pervenire ai responsabili delle ditte dei servizi in questione al fine di mettere in atto, in maniera collaborativa, tutti quegli interventi utili a migliorare l'efficienza dei servizi erogati.

AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE-CIACCIO"
CATANZARO

AREA PULIZIA, RACCOLTA E SMALTIMENTO RIFIUTI
SEZIONE DI PULIZIA DEI SERVIZI

GIUDIZIO

SEGNALAZIONE CARENZE O SUGGERIMENTI

MONITORAGGIO SODDISFAZIONE

SEGNALAZIONE CARENZE O SUGGERIMENTI



CONCLUSIONI

La realizzazione di tale indagine semestrale consente oltre che di ottenere un dato costante del reale andamento dei vari servizi affidati in outsourcing, anche di apportare quelle modifiche necessarie al miglioramento della qualità delle prestazioni rese. Il grado di soddisfazione del personale delle varie UU.OO. è indice fedele della qualità dei singoli servizi affidati ad esterni. L'adesione all'indagine, costantemente riportata, del 100% dei Caposala/Capotecnici delle UU.OO., afferenti all'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, consente alla Direzione Medica di avere non solo una visione ampia e generale del trend dei servizi affidati in outsourcing ma anche un quadro specifico e puntuale con possibilità di interventi correttivi "mirati".

La gestione del rischio legionellosi in ambiente ospedaliero attraverso l'uso del biossido di cloro

E. Sestelli*, R. Belgiovine*, S. Dottori*, R. Mariani*
 * Collaboratore ARPA-ER/Jz. Osp. Univ. di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi, 2 O.M.C. Az. Osp. Univ. di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi, 3 Laboratorio Microbiologia Legionella ARPA-ER/Sec. 01, 4 Laboratorio Microbiologia Legionella ARPA-ER/Sec. 02

IL NEMICO: *Legionella pneumophila* è un microrganismo ambientale ubiquitario in grado di colonizzare gli impianti di distribuzione di acqua potabile e di causare infezioni nell'uomo con picchi di letalità fino al 50% in casi nosocomiali (polmonite comunemente chiamata "legionellosi").

L'ARMA: Il biossido di cloro è una sostanza ossidante, prodotta in loco che viene dosata e miscelata con l'acqua come disinfettante. Ha un potere biocida esteso a batteri, spore batteriche e alghe; in concentrazioni fino a 0,2 mg/L non altera organoletticamente l'acqua.

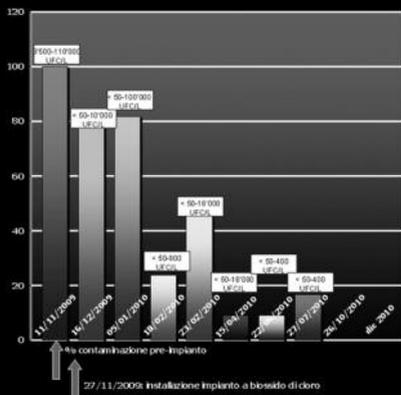
LA SITUAZIONE INIZIALE:

- > Fino a novembre 2009 il rischio legionellosi è stato arginato tramite l'uso di filtri assoluti terminali.
- > La ricerca di *Legionella* spp. è iniziata da un Padiglione (A) dove è stata riscontrata la presenza ubiquitaria del microrganismo in concentrazioni tra 8'500 UFC/L e 110'000 UFC/L.
- > Successivamente la ricerca si è estesa anche ad un altro Padiglione (B) dove le concentrazioni spaziavano tra 1'600 UFC/L e 18'000 UFC/L.
- > I range di valori individuati hanno comportato l'attuazione di procedure di bonifica (Linee Guida-G.U. n.103 del 5/05/2000).

I RISULTATI:

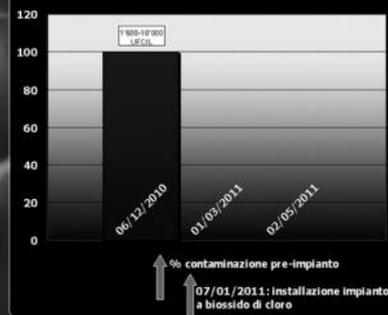
- > Presso entrambi i Padiglioni sono stati installati degli impianti di disinfezione a biossido di cloro.
- > I campioni di acqua pre e post installazione sono stati prelevati da punti critici della rete ed ognuno di essi è stato sottoposto ad analisi di laboratorio mediante ricerca quali-quantitativa di *Legionella* spp. secondo il metodo ufficiale pubblicato sulla G.U. del 5/05/2000.
- > I valori percentuali di contaminazione di *Legionella* spp. a seguito della messa a regime dell'impianto presso il Padiglione A mostrano un andamento decrescente nel tempo. Il 23/02/2010 viene registrato un valore percentuale di positività superiore a quello precedente, dato attribuibile probabilmente ad un evento puntiforme di distacco di *biofilm* microbico dall'interno delle tubazioni per l'azione disincrostante del disinfettante stesso.

PERCENTUALI VALORI POSITIVI DI *Legionella* spp. c/o Padiglione A



- > Il decorso dei valori presso il Padiglione B invece, mostra un abbattimento dei valori percentuali di contaminazione rapidamente successivo alla messa in funzione dell'impianto di disinfezione. Questo risultato è stato raggiunto grazie ad una attività di *flussaggio* di acqua calda con cadenza settimanale tale da permettere al disinfettante di raggiungere tutte le estremità della rete stessa, ivi compresi eventuali "rami morti" ed erogatori terminali dismessi.
- > Inoltre presso tale impianto è stato abbinato alla produzione e al dosaggio del prodotto un sistema di telecontrollo per un costante monitoraggio del funzionamento dell'apparecchiatura installata.

PERCENTUALI VALORI POSITIVI DI *Legionella* spp. c/o Padiglione B



LE CONCLUSIONI:

- > L'efficacia dell'azione disinfettante del biossido di cloro viene incrementata da una puntuale attività di *flussaggio*, soprattutto in corrispondenza di "rami morti" della rete idrica.
- > La completa tracciabilità del sistema ha consentito la sorveglianza delle azioni intraprese e la immediata disponibilità ad eventuali azioni correttive.
- > L'abbattimento dei valori di contaminazione di *Legionella* spp. ha inoltre permesso in queste realtà di ridurre l'uso dei filtri assoluti terminali, laddove consentito dai termini delle Linee Guida.



Azienda Ospedaliera
Ospedale di Circolo di Busto Arsizio
Busto Arsizio - Varese - Inail



" CONTROLLO DELLA CONTAMINAZIONE DA AGENTI ANTINEOPLASTICI PER GLI OPERATORI ADDETTI ALLA LORO PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE IN OSPEDALE"

Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio" Piazzale G. Solaro, 3 - 21052 Busto Arsizio

Autore: Antonio Triarico Direttore Medico P.O. di Busto Arsizio

Coautori: Carlo Castelletti - Responsabile U.O. Farmacia; Andrea Bocchieri - Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione;

Elisabetta Rossin - Farmacista Dirigente U.O. Farmacia; Roberto Cosentina Direttore Sanitario; Armando Gozzini Direttore Generale

L'Unità Farmaci Antiblastici (U.F.A.) è stata progettata presso il Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio nel corso del 2006 e messa quindi a regime nel 2008 come articolazione della Farmacia Aziendale.

Gli obiettivi raggiunti nel tempo sono stati i seguenti:

- conformità alla normativa tecnica, farmaceutica e di igiene sanitaria;
- incremento della sicurezza degli operatori e dei pazienti;
- abbattimento dei valori di contaminazione degli operatori;
- riduzione delle scorte e delle dosi di farmaco consumate;
- informatizzazione della prescrizione e della preparazione dei farmaci;
- tempestiva e corretta segnalazione degli errori al fine del miglioramento continuo;
- consolidamento della sinergia fra Strutture aziendali (Farmacia, Ingegneria Clinica, Servizio Prevenzione e Medicina del Lavoro, Direzione Medica, Ufficio Tecnico, SITRA, Ufficio Qualità).

Le Unità Operative coinvolte sono: Oncologia, Pneumologia, Medicina, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Nefrologia, Malattie Infettive. Dalla data di apertura del Servizio ad oggi sono stati concordati con i Medici Specialisti oltre 400 protocolli terapeutici per 1600 pazienti. Il numero di terapie allestite per anno è pari a circa diecimila.

Le misure di contaminazione, per gli operatori esposti a farmaci chemioterapici, vengono effettuate sui seguenti principi attivi farmacologici per i quali sono disponibili procedure di misura standardizzate: Ciclofosfamide; Cisplatino; 5_Fluoruracile.

Le misure venivano effettuate già prima della centralizzazione in U.F.A. e pertanto sono disponibili dati dell'efficacia della revisione del processo avvenuta nel biennio 2007-2008 e del suo miglioramento nel biennio successivo 2009-2010. Le misure sono organizzate con cadenza annuale in ogni Unità Operativa e sono eseguite in "giornate tipo" - ossia di pieno carico di lavoro - dal Servizio Prevenzione Protezione e Medicina del Lavoro.

I dati numerici delle misure acquistano particolare importanza poiché sono riferibili a singole fasi e a singoli momenti del flusso di lavoro. Dati e valutazione concorrono ad aggiornare le cartelle sanitarie di rischio degli operatori, congiuntamente alle schede personali di manipolazione. La tabella riporta sintesi dell'esito delle indagini svolte dal 2007 al 2010.



Indagini quadriennali eseguite per le misure di inquinamento da farmaci chemioterapici negli ambienti di lavoro

* Fase di preparazione (n° non conformità su n° campioni totali)

Unità Operativa	2007	2008	2009	2010
Oncologia D.H.	11 su 15	non più eseguita	non più eseguita	non più eseguita
U.F.A.	non esistente	2 su 27	0 su 21	0 su 30

* Fase di somministrazione (n° non conformità su n° campioni totali)

Unità Operativa	2007	2008	2009	2010
Oncologia D.H.	5 su 9	1 su 6	0 su 15	0 su 15

La centralizzazione del processo di manipolazione dei farmaci chemioterapici è un processo consapevole e sistematico che consente di conseguire risultati tangibili.

Il sistema gestionale della qualità e della sicurezza che è stato associato alla centralizzazione ha permesso di monitorare e raggiungere adeguati livelli di garanzia della qualità sia del prodotto farmaceutico sia del servizio assistenziale atteso per la tutela dei pazienti.

XXXVII Congresso Nazionale ANMDO

"Gestire il futuro in Sanità"

Bologna 8-11 giugno 2011

Technology assessment multidimensionale in Azienda Ospedaliera: come nasce un testo unico per armonizzare le Commissioni aziendali di valutazione delle tecnologie sanitarie da acquisire



Introduzione

Presso l'AO Ordine Mauriziano-Torino sono attive 4 Commissioni di valutazione per acquisizioni di materiale sanitario e/o di competenza sanitaria Le Commissioni, costituite e formalizzate con delibere aziendali (ricepimento direttive Regione Piemonte), emettono *parere tecnico* su richieste di acquisizioni/introduzione di tecnologie sanitarie materiali (dispositivi medici, elettromedicali, farmaci, POCT) e immateriali (procedure, PDTA).

Per definire i campi di attività delle Commissioni e ambiti di intervento è stato necessario elaborare una procedura (*testo unico*) che espliciti e sintetizzi il ruolo delle diverse Commissioni per integrare loro attività e evitare duplicazioni/ sovrapposizioni.

Contenuti

Obiettivi

- *Condividere e stabilire fasi delle richieste di acquisizione da parte di reparti/servizi e relative procedure di autorizzazione all'acquisto, nel rispetto delle procedure già esistenti (regolamenti HTA, CDM, POCT, CFI), integrandosi con le stesse.
- *Promuovere *dialogo/integrazione tra Commissioni* e coordinamento delle loro attività.
- *Definire iter delle richieste di acquisizione di tecnologie sanitarie e relativo processo di valutazione

Metodi

- 1) Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare-multiprofessionale (DMPO, SITRO, Provveditorato, Farmacia)
- 2) Organizzazione riunioni
- 3) Condivisione/elaborazione documento definitivo via mail
- 4) Revisione esterna
- 5) Approvazione Direzione Generale

Risultati

Documento finale si articola in 2 componenti

- 1) organizzazione/ gestione dei flussi per inviare richieste di acquisizioni da operatori sanitari a strutture aziendali competenti
- 2) modalità di approvazione di richieste

Oggetto della procedura sono tutti i casi di richiesta di acquisizione per dispositivi medici (dm), presidi medico chirurgici, dispositivi di protezione individuale, dm diagnostici in vitro, dm impiantabili attivi, dm chirurgia mini-invasiva/elettrochirurgia, dm sistema nervoso/midollare, dm protesi/prodotti osteosintesi, apparecchiature sanitarie elettromedicali.

Si distinguono *diversi casi*:

- materiale non in uso c/o AO (CDM)
- materiale in uso c/o AO, di cui è necessaria sostituzione per usura/obsolescenza
- dm già in uso c/o AO-gia' oggetto di contratti di fornitura in corso (contratti scaduti/ in scadenza: necessaria stesura capitolato speciale di gara)
- donazioni e/o comodato d'uso gratuito di apparecchiature tecnico-sanitarie o tecnico-economiche
- farmaci/specialità medicinali non presenti in azienda (CFI)
- alte tecnologie o innovazioni ad elevato impatto in termini clinici, organizzativi, strutturali/impiantistici, economici (HTA)

Si definiscono:

- modalità comunicazione/interazione tra Commissioni
- tempistiche/programmazione temporale
- modello richiesta
- carattere tecnico di pareri forniti dalle Commissioni (inviati a Direzione Aziendale per acquisizione effettiva di tecnologia sanitaria oggetto della richiesta, in base a priorità aziendali)
- indicatori (n°acquisizioni richieste secondo modalità corrette, n°acquisizioni autorizzate non redatte secondo modalità previste da procedura, %acquisizioni vagliate per autorizzazione da SCCC che conducono procedura)

Autori: Vitale A*, Borsotti M**, Mitola B*, Vigna I*, Malvasio P*

*Direzione Medica di Presidio

** Direzione Sanitaria d'Azienda



Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino

Parole chiave

Valutazione delle tecnologie sanitarie, integrazione tra Commissioni, appropriatezza

Commissione	Presupposti normativi	Oggetti di valutazione
Health Technology Assessment (HTA)	PRG 2005/2006, PRG 2007/2008, DPR n. 138 del 24/03/2007, DMF n. 45/2324 del 05/05/2007	Tecnologie con un alto livello tecnologico e innovativo, innovazioni tecnologiche, innovazioni organizzative, economiche, strutturali/impiantistiche, economiche della tecnologia sanitaria
Dispositivi Medici (CDMA)	DMF n. 9 - 14/01 del 28 gennaio 2011 Attuazione piano di rientro - Acquisizione di beni e servizi da parte delle ASL - standard di gestione della domanda e appropriatezza di utilizzo dei dispositivi medici	Dispositivi Medici
Point of Care Test (POCT)	Determinazione Direzione Sanitaria Regione Piemonte n. 109 del 24/03/2005 "Apparecchiature mediche e altri per le attività sanitarie eseguite con tecnologia POCT in ambito ospedaliero"	Tecnologie point of care testing
Farmaci (CFI)	DMF n. 75-4328 del 13/11/2006, Legge 475/96	Farmaci ad ampie fasce, comportamenti prescritti



Conclusioni

La procedura ha delineato i rapporti tra Commissioni Aziendali e ha sancito i *percorsi dei flussi di richieste per acquisizioni*, riducendo disservizi/criticità in approvvigionamento di tecnologie sanitarie, *ottimizzando tempi di valutazione e relativa acquisizione*, garantendo *appropriatezza* e aderenza alle *evidenze scientifiche*.



37° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

COMUNICAZIONI

STUDIO SULLA QUALITÀ DELLA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA NEL P.O. SGD ASL 10 FIRENZE

A. Alessandri*, A. Appicciafuoco*, G. Bonaccorsi§, S. Brugnoli*, E. Carucci°, S. Guarducci°, S. Naldini*, L. Nozzoli*

*Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze

§ Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

° Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze

Abstract: Nell'ottica di promuovere le *best practice* e di garantire una maggiore efficacia nelle diverse linee di assistenza del presidio ospedaliero, è stato realizzato un progetto di verifica della qualità formale della cartella clinica. Attraverso un controllo a campione di 190 cartelle cliniche (corrispondente al 16,5% di tutti i ricoveri del mese di febbraio 2011) abbiamo valutato per mezzo di un modello di rilevazione l'accuratezza della compilazione della cartella clinica con l'obiettivo di effettuare un report per i responsabili delle unità operative.

Parole chiave: cartella clinica, accuratezza, qualità

Introduzione: L'efficacia in campo sanitario passa anche attraverso il controllo sulla qualità della stesura della cartella clinica ospedaliera. La cartella legalmente ha valore probatorio "a querela di falso", ovvero le annotazioni in essa descritte sono ritenute veritiere fino a prova contraria; per altro nell'ambito delle inchieste giudiziarie una cartella clinica mal compilata, disordinata, sulla quale sono apposte molte correzioni etc... abitualmente induce nei magistrati concreti dubbi sulla adeguatezza delle cure prestate al paziente.

Le cartelle cliniche possono diventare un mezzo per verificare l'andamento di una struttura operativa: dai dati raccolti nelle documentazioni sanitarie si può ricavare l'appropriatezza o meno delle prestazioni.

Lo scopo di questa indagine interna al presidio ospedaliero di San Giovanni di Dio (ASL 10 Firenze) è quello di verificare le carenze in ambito di compilazione della cartella clinica al fine di migliorare in modo diretto gli standards descrittivi ed in modo indiretto la qualità dell'assistenza stessa.

Materiali e metodi: È stato preso in esame un campione di 190 cartelle cliniche che corrispondono al 16,5 % dei ricoveri del mese di febbraio 2011 (1.154).

È stata utilizzata una griglia di rilevazione standardizzata (una per la linea medica ed una per quella chirurgica) mediante la quale sono stati considerati nell'insieme i seguenti parametri:

Parametri valutati per controllo qualità compilazione cartella clinica

Presenza diagnosi, esame obiettivo esauriente, chiarezza ed aggiornamento della stesura del diario clinico, possibile ricostruzione iter diagnostico- terapeutico, consenso informato per trattamenti terapeutici e diagnostici (esami diagnostici invasivi, interventi chirurgici, trasfusioni, anestesia), terapie effettuate, descrizione intervento chirurgico con orario di inizio e fine, presenza di rilevazioni dei parametri vitali, presenza rilevazione del dolore (scala VAS), indicazione dell'identità delle persone a cui dare informazioni sullo stato di salute del paziente stesso, leggibilità della scrittura, presenza nome operatore sanitario che ha effettuato la prestazione, autorizzazione alle cure in caso di paziente interdetto o minore, lettera di dimissione firmata, SDO compilata correttamente e completamente.

I suddetti criteri hanno consentito non solo di evidenziare le problematiche nella compilazione, ma hanno anche permesso di fare un raffronto fra le varie strutture operative.

Risultati: La principale criticità emersa è la frammentarietà della compilazione: da alcuni mesi nei presidi ospedalieri dell'Azienda sono stati introdotti nuovi software di gestione della cartella clinica che non vengono ancora utilizzati in modo completo ed omogeneo da tutti i reparti. Inoltre molti operatori sanitari trascrivono parte della loro attività professionale solo sul supporto informatico senza stamparne la versione cartacea: per questo si generano cartelle cliniche incomplete. Si riassumono i risultati dell'indagine suddivisi per linea medica e chirurgica, nelle tabelle a fine abstract.

Conclusioni

È stata riscontrata una soddisfacente attività di registrazione delle informazioni sulle degenze dei pazienti distribuita in modo abbastanza omogeneo all'interno di tutto il PO. Nel report dedicato ai responsabili di struttura è stata comunque sottolineata la necessità di porre una maggiore attenzione riguardo alla compilazione della SDO che spesso è risultata incompleta e parziale.

Linea Medica				
PARAMETRI VALUTATI	% di rilevazione sul totale di cartelle controllate			
	SI	NO	PARZIALMENTE	NON VALUTABILE
Possibile ricostruzione iter diagnostico-terapeutico	80,6	1	13	1
Indicazione generalità e contatti delle persone a cui dare notizie	28,2	65,2	6,5	0
Presenza autorizzazione alle cure in caso di paziente interdetto o minore	1	0	0	98,9
Indicazione nome operatore sanitario che effettua prestazione	97,8	1	1	0
Consenso informato alla somministrazione di emoderivati; presenza del gruppo sanguigno	28,2	1	1	69,5
Presenza diario clinico e suo aggiornamento	95,6	3,2	1	0
Leggibilità delle parti scritte a mano	100	0	0	0
Presenza rilevazioni dolore	32,6	65,2	1	1
Presenza rilevazioni parametri vitali	98,9	0	1	0
Presenza esame obiettivo esauriente	63	7,6	29,3	0
Presenza anamnesi medica completa	79,3	2,1	18,4	0
Presenza diagnosi	100	0	0	0
Terapie effettuate	98,9	0	1	0
Presenza lettera di dimissione completa e firmata	56,5	4,3	35,8	3,3
SDO compilata correttamente	69,5	26	4,3	0

Linea Chirurgica				
PARAMETRI VALUTATI	% di rilevazione sul totale di cartelle controllate			
	SI	NO	PARZIALMENTE	NON VALUTABILE
Possibile ricostruzione iter diagnostico-terapeutico	92,9	2,1	4,1	1
Indicazione generalità e contatti delle persone a cui dare notizie	68,4	27,5	1	1
Presenza autorizzazione alle cure in caso di paziente interdetto o minore	0	0	0	100
Consenso informato per intervento chirurgico	90,8	4	1	4
Consenso informato per l'anestesia	90,8	4	0	5,1
Consenso informato alla somministrazione di emoderivati; presenza del gruppo sanguigno	46,9	5,1	1	46,9
Presenza diario clinico e suo aggiornamento	97,9	0	1	1
Indicazione nome operatore sanitario che effettua prestazione	96,9	0	2	1
Leggibilità delle parti scritte a mano	100	0	0	0
Presenza rilevazioni parametri vitali	98,9	0	0	1
Presenza rilevazioni dolore	91,8	6,1	0	1
Presenza anamnesi medica completa	76,5	6,1	17,3	0
Presenza esame obiettivo esauriente	67,3	12,2	20,4	0
Presenza diagnosi	100	0	0	0
Terapie effettuate	97,9	1	0	1
Descrizione intervento chirurgico con orario di inizio e fine	94,8	1	1	3
Presenza lettera di dimissione completa e firmata	89,7	5,1	3	2
SDO compilata correttamente	39,7	38,7	21,4	0

MANAGEMENT DELLE AGGRESSIONI CONTRO GLI OPERATORI SANITARI

Roberto Arione¹ **Direttore Sanitario Presidio Molinette; Paola Borelli**² **Dirigente Biologo; Patrizio Schinco**¹ **Dirigente Medico; Marco Rapellino**² **Direttore di Struttura Complessa**

*1*Direzione Sanitaria Presidio Molinette; *2* S.C. Qualità, Risk Management e Accreditamento; AOU S. Giovanni Battista di Torino

Parole chiave: aggressioni, operatori sanitari

Introduzione

Gli operatori del servizio sanitario possono subire, durante l'attività lavorativa, aggressioni da parte dei pazienti o dei loro accompagnatori. La Direzione Sanitaria dell'AOU S. Giovanni Battista di Torino ha costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare (oltre agli Autori, Arch. Guerrizio, Sig.ra Romualdo, Sig. Basile, Dr. Todisco) che ha il compito di individuare le aree di maggiore criticità e di proporre azioni di miglioramento organizzativo, strutturale e formativo che puntino ad intercettare e quindi limitare tali fenomeni.

Materiali e metodi

È stata condotta per prima cosa un'indagine conoscitiva rivolta a tutto il personale dell'Azienda. Il questionario somministrato agli operatori conteneva domande chiuse concernenti: la frequenza di episodi di aggressione (fisica o verbale) visti o personalmente subiti; l'eventuale sensazione di abbandono percepita durante e dopo l'episodio; la conoscenza della procedura di denuncia alle autorità competenti; l'esigenza di essere formati per riconoscere il cliente "difficile" ed anticipare il precipitare degli eventi. Le domande aperte hanno permesso ai compilatori non solo di denunciare e soprattutto di descrivere gli episodi più significativi, ma anche di suggerire possibili soluzioni. Sono stati raccolti quasi 800 elaborati, dai quali è emerso che nelle realtà a cui accede la popolazione più "critica" gli operatori si trovano ad affrontare quasi quotidianamente situazioni sgradevoli che rischiano di degenerare (e spesso degenerano) in vere e proprie aggressioni fisiche.

Risultati

L'Azienda per prima cosa intende attuare migliorie strutturali: pulsanti di allarme acustico e visivo strategicamente posizionati e facilmente accessibili agli operatori in difficoltà; potenziamento del sistema telematico di controllo; possibilità di filtrare l'utenza ai vari ingressi dell'ospedale e nei singoli reparti; cartelli indicatori che specifichino le regole a cui i visitatori devono attenersi e le sanzioni a cui vanno incontro in caso di non ottemperanza alle regole stesse; miglioramento della rete e della comunicazione con il Personale di vigilanza interna e con le Forze dell'Ordine; approfondita valutazione degli spazi e delle attrezzature necessarie a limitare le aggressioni.

Per quanto concerne la pressante richiesta di formazione pervenuta dagli intervistati, in collaborazione con la S.C. OSRU aziendale si intende strutturare un percorso di più giornate, che sarà indirizzato a tutto il personale dell'Azienda e verterà sul riconoscimento precoce dell'utente difficile, sulle misure da attuare in caso di aggressione, sul Codice di Comportamento dei Dipendenti delle PA, sulle varie forme di tutela dell'operatore attivate dall'Azienda.

Tutti questi interventi sono stati proposti per rendere più sicuro l'ambiente di lavoro, ma anche per arricchire il bagaglio di conoscenze degli operatori sanitari; con la consapevolezza che l'attenzione al benessere dell'organizzazione contribuisce a diminuire la probabilità di sbagliare per chi nell'organizzazione lavora.

L'ORGANIZZAZIONE IN RETE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DIMISSIONE COMPLESSA

Bellini F*, **Perillo G****, **Belli S*****, **Guarracino A*****, **Rossi C°**, **Baldi S°°**, **Pizzi A°°°**, **Peracca L^**

*Responsabile S.C. Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Azienda Sanitaria di Firenze

**Coordinamento Dimissioni Complesse, S.C. Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Azienda Sanitaria di Firenze

***Manager di linea, S.C. Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Azienda Sanitaria di Firenze

°Dirigente U.O. Infermieristica Territorio Zona Sud-Est, Azienda Sanitaria di Firenze

°°Dirigente Area Professionale della Riabilitazione, Azienda Sanitaria di Firenze

°°°Responsabile Servizio Sociale Dimissioni Ospedaliere, Azienda Sanitaria di Firenze

^Direttore Società della Salute Zona Firenze Sud-Est

Parole chiave: rete, dimissione complessa, appropriatezza

Introduzione

Le difficoltà nella gestione dei pazienti con dimissione complessa sono spesso causa di un prolungamento dei tempi di degenza e di individuazione di risposte non appropriate.

L'Azienda Sanitaria di Firenze ha elaborato un modello per la gestione delle dimissioni complesse che prevede: modalità operative e strumenti valutativi condivisi;

gestione informatizzata di tutte le tappe (dalla identificazione delle criticità fino alla conclusione della fase di post-acuzie) con collegamento in tempo reale dei soggetti coinvolti;

unico centro di coordinamento con gestione di tutte le tipologie di risorse disponibili e vincolo al rispetto dei tempi previsti dal piano di dimissione.

Materiali e metodi

Il percorso di dimissione è lo stesso per tutti gli assistiti dell'Azienda indipendentemente dall'ospedale (aziendale, universitario o privato accreditato) in cui avviene il ricovero e dalla zona di residenza.

Una valutazione multidimensionale orienta la scelta del setting appropriato dopo la dimissione.

L'utilizzo di uno specifico software permette la gestione del processo attraverso:

integrazione delle valutazioni dei professionisti (medico, infermiere, assistente sociale, fisioterapista);

disposizione, da parte del territorio, del piano assistenziale basato sulle indicazioni fornite dall'ospedale e sulla disponibilità di risorse (lungodegenza, cure intermedie, riabilitazione ospedaliera e extra-ospedaliera, assistenza infermieristica domiciliare, assistenza domiciliare sociale, riabilitazione domiciliare e ambulatoriale);

comunicazione in tempo reale tra i vari operatori coinvolti nel percorso, lungo tutti i livelli assistenziali vari step (ospedale, low care, territorio);

coinvolgimento diretto del MMG dalle prime fasi del processo.

Risultati

L'utilizzo di un sistema informativo integrato e di un centro di coordinamento territoriale della dimissione garantisce: assicurazione di continuità dell'assistenza nella fase di post-acuzie nel setting guidato sulla base delle reali necessità del paziente;

gestione trasparente delle risorse e riduzione dei tempi di degenza;

omogeneità degli strumenti di valutazione;

condivisione delle informazioni con gli erogatori dei servizi, favorendo l'integrazione socio-sanitaria;

utilizzo appropriato delle risorse

disponibilità di un set di dati la cui analisi consente l'aggiornamento della pianificazione volto ad un progressivo allineamento delle disponibilità alle reali esigenze dei pazienti.

SVILUPPO DI UNA METODOLOGIA UTILE ALLA GESTIONE DINAMICA DEI POSTI LETTO DA DESTINARE AI RICOVERI DA PRONTO SOCCORSO

Carraro M.G.*, Grasso A.** Salemi M**.

* *Direttore Ospedale ULSS7 Pieve di Soligo*

** *Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero ULSS7 Pieve di Soligo*

Introduzione: La costante criticità nel reperimento di posti letto per acuti utili al ricovero di pazienti afferenti al Pronto Soccorso (P.S.) ha portato all'introduzione di due regolamenti ospedalieri utili alla gestione dei ricoveri urgenti dall'U.O. di P. S. in area medica e chirurgica.

I due documenti elaborati dalla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero hanno come obiettivo specifico quello di:

regolamentare tali ricoveri;

ottimizzare le risorse disponibili all'interno dell'Ospedale;

fronteggiare gli eventuali cambiamenti strutturali ed organizzativi delle singole unità operative senza influire sulla disponibilità di posti letto per il P.S..

Materiali e metodi:

Area medica: è stato elaborato un documento calcolando la disponibilità teorica che giornalmente ogni unità operativa (u.o.) deve garantire al P.S. per i ricoveri urgenti confrontando la degenza media delle uu.oo. di area medica e la dotazione di posti letto. Si è concordato che il 75% dei ricoveri giornalieri sia effettuato dal P.S. e il 25% direttamente dalle uu.oo. di degenza (programmati o per trasferimenti interni).

Area chirurgica: è stato analizzato il numero di ricoveri da P.S. presso tutti i reparti chirurgici basandosi sullo scostamento medio annuo del numero di ricoveri da P.S. ai reparti chirurgici su un periodo di 3 anni (2007-2009). Sulla base di tali scostamenti è stata fatta previsione al 2010 calcolando la necessità giornaliera di posti letto per ricoveri urgenti aggiustandola all'unità. La disponibilità residua di posti letto è dedicata ai ricoveri programmati del reparto chirurgico.

Per entrambe le aree è previsto un documento che prevede l'elaborazione di un report mensile con i dati relativi ai: ricoveri effettuati totali, ricoveri da P.S., dimissioni, percentuale di ricoveri effettuati da P.S. rispetto ai ricoveri totali, differenza tra disponibilità teorica e ricoveri effettuati da P.S., eventuali appoggi presso altre u.o..

Risultati: Dall'applicazione dei regolamenti:

sono diminuite le richieste di intervento da parte della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero sulle problematiche correlate alla mancanza di posti letto;

sono ridotti gli appoggi di area medica in UO diverse da quelle di competenza e limitati a particolari casi e periodi;

è emersa la criticità di individuare nuove e più efficaci modalità di comunicazione dei posti letto disponibili dalle u.o. al Pronto soccorso in tempo reale;

è possibile monitorare il numero e la tipologia degli eventuali appoggi inappropriati;

è stato possibile, nel marzo 2011, fronteggiare le diverse criticità conseguenti alla chiusura di una delle u.o. del dipartimento di area medica senza incidere nelle disponibilità di posti per il Pronto Soccorso e senza aggravio sulle u.o. di area medica restanti. Ciò partendo dal documento esistente, applicando una semplice proporzione matematica.

Area medica: Il regolamento ha permesso la conciliazione da parte di tutti gli attori coinvolti su una questione critica quale la sempre minore disponibilità di posti letto, tanto da avere un documento condiviso e firmato da tutti i Direttori di Unità Operativa afferenti al Dipartimento di Area Medica, nonché dal Direttore del Dipartimento stesso e direttore dell' Ospedale.

Area chirurgica: Il monitoraggio in atto sta rilevando, in termini di risultati, i medesimi vantaggi ottenuti per l'area medica anche se si registrano maggiori criticità legate alla tipologia di attività ed ai ricoveri programmati.

VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DEL DEA DELLA ASL 10 FIRENZE: ANALISI DEGLI ACCESSI RIPETUTI

E. Carucci°, A. Alessandri*, A. Appicciafuoco*, G. Bonaccorsi§,
S. Brugnoli*, S. Guarducci°, S. Naldini*

° Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze

* Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze

§ Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

Abstract

Partendo dalla valutazione di tutti gli accessi negli ultimi tre anni del Dipartimento di Emergenza – Urgenza ed Accettazione (DEA) della Azienda Sanitaria fiorentina (ASF) abbiamo cercato di analizzare le motivazioni delle presentazioni dei *frequent visitors*, ovvero degli utenti che in un solo anno si sono presentati 4 o più volte al DEA.

Parole chiave: DEA; frequent visitors

Introduzione

L' invecchiamento della popolazione generale, il ricorso crescente allo specialista, la possibilità di ricorrere immediatamente alla diagnostica strumentale e la crisi del ruolo di filtro della medicina territoriale, hanno causato un aumento degli utenti che si rivolgono al servizio del Pronto Soccorso.

Materiali e metodi

Abbiamo analizzato l'attività del DEA della Azienda Sanitaria fiorentina negli ultimi tre anni. Per l'anno 2009 abbiamo estratto attraverso una query gli utenti che si sono presentati 4 o più volte.

Per ognuno di questi utenti siamo andati a ricercare le motivazioni dei singoli accessi con i relativi ICD9 codificati durante la prima visita medica, le caratteristiche anagrafiche e gli eventuali ricoveri sostenuti.

Risultati

I *frequent visitors* rappresentano una quota molto significativa delle presentazioni totali in un DEA e quindi anche dei costi che devono essere sostenuti per fornirvi adeguata risposta. Molte condizioni cliniche associate a tali utenti potrebbero invece essere prese in carico dai servizi territoriali di cure primarie anziché da quegli ospedalieri.

Nel nostro data-base i *frequent visitors* sono stati **2.770** per un totale di **15.123** presentazioni, il **9,90%** degli accessi totali per quell'anno.

A partire da alcuni parametri presenti nella "scheda di segnalazione" del DEA (data di nascita, nazionalità, diagnosi descrittiva della problematica di salute e codice ICD9 trascritto) si è provveduto a distinguere i *frequent visitors* in alcune categorie. Di seguito la tabella descrittiva riassuntiva:

Tabella 1: Categorizzazione accessi ripetuti. DEA Azienda Sanitaria Fiorentina. Anno 2009

Categorizzazione accessi ripetuti. Anno 2009		
Categoria	N° di accessi	% sugli accessi ripetuti
Anziani fragili	1026	37,0
Accertamenti misti	710	25,6
Cronici	247	8,9
Stranieri	221	7,9
Psichiatrici	166	5,9
Dipendenze da sostanze	144	5,2
Ortopedici	144	5,2
Pediatrici	115	4,1

Tabella 2: *Caratteristiche riassuntive dei frequent visitors.*

Descrizione degli accessi ripetuti anno 2009 DEA ASL 10 Firenze						
Categoria	% Femmine	% Maschi	Età media	Moda dell'età	N° medio di accessi	N° medio di ricoveri
Anziani fragili	53,8	46,1	83	85	5,4	1,4
Accertamenti misti	46	54	49	29	4,6	0,5
Pazienti Cronici	31,5	68,4	68	83	5,5	2,1
Stranieri	27,6	72,3	36	25	5,8	0,3
Psichiatrici + Dipendenze da	38,7	61,2	47	42	8,8	1,8
Ortopedici	49,3	50,6	59	71	4,4	0,2
Pediatrici	40,8	59,1	4	1	4,6	0,4

Conclusioni

I pazienti con comorbidità e/o con singola patologia cronica e gli anziani fragili rappresentano gli utenti più vulnerabili che accedono ai servizi di emergenza per problematiche di entità medio-alta e che spesso necessitano di ricovero. La sostanziale differenza fra le due categorie è rappresentata dall'età. Abbiamo infatti fatto riferimento alla definizione in letteratura per caratterizzare l'anziano fragile in individui con più di 65 anni. Ma le patologie che presentano le due categorie sono molto simili: scompenso cardiaco, BPCO, diabete, esiti di cerebropatie, neoplasie, patologie relative all'apparato urinario.

I pazienti ortopedici e pediatrici esprimono esigenze di tipo acuto che giustificano in linea generale la presentazione ai servizi ospedalieri.

Per quanto riguarda invece le altre categorie appare evidente che gli stranieri, i soggetti con patologia psichiatrica e/o con dipendenza da sostanze, ricorrono ai DEA per carenza di servizi territoriali a loro dedicati, che possano prendersi carico delle loro problematiche cliniche in modo continuo e soddisfacente. Lo stesso discorso può essere fatto per quei soggetti che abbiamo inserito nella categoria "accertamenti misti" che hanno una età media bassa e che sono rappresentati in prevalenza da giovani adulti (trentenni) che accedono ai DEA per problematiche cliniche di minor rilievo che potrebbero essere trattate senza alcun dubbio a livello territoriale e che infatti conducono molto raramente al ricovero ospedaliero.

LE CURE DELLO SPIRITO E LA STANZA DEL SILENZIO

Mario Caserta¹, Rosanna Cerri², Marco Grosso³, Lia Di Marco⁴, Roberto Arione⁵

1 Coordinatore Progetto "Le Cure dello Spirito" della Regione Piemonte - Ufficio qualità percepita e partecipata – SC Comunicazione e Relazioni con il Pubblico – AOU "San Giovanni Battista" di Torino

2 Responsabile Ufficio qualità percepita e partecipata – SC Comunicazione e Relazioni con il Pubblico – AOU "San Giovanni Battista" di Torino

3 Ufficio qualità percepita e partecipata – SC Comunicazione e Relazioni con il Pubblico – AOU "San Giovanni Battista" di Torino

4 Direttore SC Comunicazione e Relazioni con il Pubblico – AOU "San Giovanni Battista" di Torino

5 Direttore Dipartimento Direzione Sanitaria – AOU "San Giovanni Battista" di Torino

Parole chiave: assistenza spirituale, mediazione religiosa, stanza del Silenzio

Introduzione: L'ospedale è luogo privilegiato d'incontro tra persone appartenenti a diverse culture e tradizioni religiose: nella stessa stanza di degenza si possono trovare il senegalese e il filippino, il bianco e il nero, il cristiano e il musulmano, chi crede e chi si dichiara ateo. L'ospedale è diventato così un crocevia importante dell'umanità, un punto d'incontro delle diverse biografie personali, culturali, geografiche, religiose. Ed è in questo contesto, in cui l'uomo vive il mistero della sua vulnerabilità e mortalità, che diventa importante il rapporto con il divino e la spiritualità, ed il conforto di un rappresentante della propria fede.

Sulla base di tali premesse all'ospedale Molinette di Torino si è avviato il **progetto "Culture e Religioni"** con l'obiettivo di fornire supporto spirituale agli utenti, o attività di mediazione e informazione religiosa agli operatori, attraverso la creazione di un elenco dei referenti delle maggiori religioni, reperibili su chiamata.

Materiali e metodi: Dato l'elevato numero di religioni presenti sul territorio nazionale sono state incluse le sole religioni che hanno ottenuto il riconoscimento da parte dello Stato Italiano con almeno trentamila aderenti (dati CE-SNUR 2006). Risultano inclusi i cristiani ortodossi, i protestanti, i musulmani, gli ebrei, gli induisti e i buddisti.

I ministri di culto locali (indicati dai rispettivi riferimenti nazionali) hanno aderito al progetto con la firma di uno specifico **protocollo d'intesa** (non ratificato dai Testimoni di Geova). Successivamente, è stata realizzata una **brochure**, distribuita in tutte le degenze e nei servizi di accoglienza ed i pazienti sono stati informati della possibilità di convocare i rappresentanti della propria fede attraverso appositi **manifesti multilingue**. Con l'apertura del servizio, le telefonate e gli interventi dei religiosi non sono mancati: in un anno si sono registrate un centinaio di chiamate, numerose note d'apprezzamento e qualche critica per "l'eccessiva apertura religiosa" in uno stato tradizionalmente cattolico. L'entusiasmo con cui è stata accolta l'iniziativa da pazienti e operatori ha spinto l'Assessorato regionale alla salute ad estendere il progetto a tutti i nosocomi della Regione Piemonte. Naturale evoluzione del servizio è stata la **Stanza del silenzio**: uno spazio da dedicare a tutti, credenti e non credenti, per pensare, raccogliersi, pregare o consumare un dolore. Individuato il locale, i rappresentanti religiosi hanno indicato i e funzionali necessari (colore delle pareti, arredi,...) attraverso un questionario individuale (metodo Delphi). La ristrutturazione, gestita dai servizi tecnici aziendali, è costata poche migliaia di euro, a dimostrazione che le cose si possono fare anche con pochi soldi. All'inaugurazione davanti alle centinaia di partecipanti si è presentato un locale affascinante: un cielo puntinato di stelle che accoglie i visitatori e li accompagna in uno spazio con le pareti azzurre, alcune panche, un divano, uno spazio con tappeti per gli scalzi, uno scaffale con i libri sacri delle diverse religioni e nessuna simbologia o riferimenti ad un culto particolare. I visitatori ed i loro commenti non sono mancati, nel "**libro ospiti**", accanto a qualche nota polemica, si leggono numerosi incoraggiamenti: "... *bravi!*" oppure "... *un grosso segno di civiltà*" ed ancora "*ognuno vede Dio in modo differente, ma siamo tutti insieme nel silenzio e nel rispetto reciproco...*" ed infine "...*grazie per averci pensato, per essere vicini a chi soffre, a chi crede oppure no*".

Risultati: È nostra convinzione che entrambi i progetti stimolino il confronto interculturale, e convergano verso una visione di reale pluralismo teologico, ovvero una condizione nella quale differenti fedi, professate in uno stesso spazio, godono degli stessi diritti di esercizio e di espressione pubblica. Ma soprattutto incoraggiano utenti ed operatori (come peraltro previsto dai rispettivi codici deontologici) a considerare tutte le credenze con pari dignità, superando le differenze e trasformando i limiti in una preziosa risorsa.

COMPETENZE TRASVERSALI DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO: UN MODELLO TEORICO PER VALUTARE LA PERFORMANCE

Francesca Ciraolo*, Alfredo Notargiacomo°, Patrizia Mondini§, Felicia Zaccardi*, Elisabetta Cocchi*

*Dirigente medico DSPO FI Centro - ASF; °Dirigente Medico U. F. Attività Sanitaria di Comunità, Az. USL di Arezzo; §Dirigente Inf. P. O. FI sud-est

INTRODUZIONE

Gli approcci al concetto di competenza sono articolati e dipendono dai diversi contesti culturali diversi in cui si sono sviluppati gli studi.

Alcuni pongono l'accento sul riconoscimento del valore delle persone e sulle loro possibilità di crescita e le competenze sono individuate secondo un processo bottom-up di tipo induttivo; altri si concentrano sulle condizioni di successo aziendale, dove le core competences, sono definite in base ad un procedimento top-down di tipo deduttivo.

E' evidente l'importanza di integrare le visioni secondo un modello che leghi le capacità individuali e il loro sviluppo alle specifiche condizioni del contesto, alle sue evoluzioni e alle strategie aziendali.

Il nodo fondamentale è quello di passare "da competenza al lavoro" a "lavorare con le competenze".

Con un obiettivo didattico di condivisione di un linguaggio e di un approccio culturale, nel 2004 è stato presentato alla Regione Toscana, dalle strutture di formazione delle aziende dell'Area Vasta Centro, su proposta dell'Azienda Sanitaria di Firenze, un progetto formativo dal titolo "Le competenze in Azienda: rappresentarle, riconoscerle, agirle", terminato nel 2008.

Al termine dell'esperienza formativa, alcuni sottogruppi hanno elaborato un profilo del ruolo, responsabilità e competenze di alcune figure professionali, tra cui il Direttore di Dipartimento.

CONTENUTI

E' stato definito e analizzato il ruolo del Direttore di Dipartimento ed i suoi requisiti, la mission, le responsabilità ed i principali obiettivi, le attività conseguenti ed infine le aspettative dei principali ruoli complementari.

Dall'analisi preliminare sono state declinate sei competenze di ruolo, che si sono aggiunte alle quattro di tipo valoriale/aziendale definite dall'insieme dei gruppi di lavoro formati nel percorso formativo.

A ciascuna competenza è stata attribuita una graduazione descrittiva di comportamenti ed infine è stato definito uno standard minimo di raggiungimento.

A titolo di esempio si illustra la competenza **INNOVAZIONE**.

Definizione: capacità di generare e porre in atto idee che creino una nuova dimensione relativamente al conseguimento degli obiettivi, a nuovi processi e performance professionali.

Dimensione: intensità dell'impegno, delle azioni, ma anche dello sforzo necessario a realizzare, nella propria realtà, idee generate in altri contesti. Complessità nel realizzare le proprie idee innovative nella specifica realtà lavorativa

Indicatori comportamentali in scala:

0. Ignora i processi di innovazione.
1. Riconosce i processi di innovazione.
2. Agisce costruttivamente i processi di innovazione.
3. Prevede spazi per innovare.
4. Genera nuove idee.
5. Configura e realizza scenari e visioni di innovazione strategica.

CONCLUSIONI

Con tutti i limiti derivanti dal fatto che si tratta di una produzione formativa che non ha avuto un'applicazione in termini valutativi o di analisi del fabbisogno formativo, è importante sottolineare l'importanza di un approccio teorico di riferimento dal quale costruire modelli contestualizzabili alle proprie realtà professionali ed organizzative.

WATER SAFETY PLAN (WSP) COME STRUMENTO MANAGERIALE NELLA GESTIONE DEL RISCHIO WATERBORNE

Autori: M. Congiu°, M.D. Masia*, G.M. Deriu§, G. Maida#, I. Mura^.

°Dirigente medico con incarico di ricerca, USMAF Napoli-Sardegna, Ministero della Salute.

*Professore associato, Dipartimento di Scienze Biomediche, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari.

§Tecnico di laboratorio biomedico, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari.

#Dottorando, Scuola di Dottorato in Scienze Biomediche, Indirizzo Sanità Pubblica, Università degli Studi di Sassari.

^Professore ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari.

Parole chiave: strumento manageriale, WSP.

Introduzione

La metodologia WSP, strumento tra i più efficaci e sicuri nella tutela della qualità delle acque ad uso umano (OMS), è principalmente rivolta alla gestione del rischio *waterborne* negli acquedotti, mentre sono ancora pochi gli studi scientifici sull'applicazione nella realtà ospedaliera. Obiettivo dello studio è sviluppare il modello Water Safety in una struttura ospedaliera, valutando fattibilità, *responsiveness* al contesto, *reaction to treatment*, vantaggi e svantaggi.

Materiali e metodi

Lo studio ha previsto: stesura dei documenti di “traslazione” della metodica alla realtà ospedaliera; realizzazione delle tappe operative identificate; valutazione dell'applicazione della metodologia.

Risultati

Alla formazione del team multidisciplinare, è seguita la revisione critica e rimodulazione della metodologia secondo pianificazione orizzontale (suddivisione per specifiche aree di applicazione) e verticale (sviluppo di WSP distinti). I risultati della “pianificazione/speculazione” sono contenuti nel documento di traslazione e nelle schede operative. Per la conoscenza della realtà, propedeutica all'analisi del rischio, i dati sono stati raccolti mediante: *check list* di elementi da verificare sulle caratteristiche impiantistiche, strutturali, organizzative, procedurali, sui servizi esternalizzati; sopralluoghi, studio delle planimetrie, campionamenti chimico/microbiologici; meetings. Dall'analisi “sistemica” sono emerse criticità strutturali, organizzative e procedurali a cui è seguita valutazione del rischio mediante indice di priorità di rischio (IPR). Da una successiva fase speculativa si è introdotta una seconda tipologia di *hazard assessment*, non prevista nel documento OMS, ma presente in altre metodologie di risk management, che modulasse IPR in relazione alla realizzabilità delle misure da introdurre: l'indice di rischio e di contesto (ICR). È seguita la realizzazione delle misure di controllo prioritarie, secondo priorità definite dall'ICR. L'introduzione di WSP nella realtà ospedaliera si presta a diversi ordini di considerazioni:

Applicabilità dello strumento al contesto ospedaliero e *responsiveness*.

WSP indaga tutto il sistema, incrociando informazioni di tipo infrastrutturale, impiantistico, organizzativo, procedurale, documentale, etc. e consente l'identificazione di criticità in modo nettamente superiore alle prassi usuali.

La “Valutazione del rischio”, mediante IPR non fornisce concretezza allo strumento, mentre l'introduzione di IRC, radica WSP alla realtà, rendendolo fruibile alla direzione aziendale come strumento di *risk management* e di supporto nella *pianificazione strategica e operativa*. IRC avvicina concettualmente la metodologia WSP agli studi di HTA. Altri vantaggi: dinamicità, confidenza nella gestione di criticità ed emergenze, tutela medico-legale/assicurativa, consolidamento dell'immagine aziendale.

B) Risposta del sistema ospedale.

L'applicazione di WSP alla realtà ospedaliera è esemplificativa del comportamento dei sistemi complessi all'introduzione estensiva e “invasiva” di un mutamento nell'ordine (o disordine) stabilito.

Traslazione delle metodologie a nuovi *setting* operativi.

La traslazione di una metodologia flessibile come WSP dal “*setting acquedottistico*” a quello ospedaliero non è risultata automatica, né intuitiva, richiedendo un percorso cognitivo-rielaborativo che conferisse maggiori caratteristiche di adesione alla realtà e una profonda riflessione sugli *outcome* della traslazione.

INDAGINE SULLO STATO DI SALUTE ORGANIZZATIVA DI INFERMIERI DI AREA CRITICA ASL DI LECCE

L. Cosentino*, C. Caldararo**, D. Fiordiso***, C. Cosentino ****

* Direttore medico e **Coord. Inf. Ospedale di Copertino (Le);*** Inf. Lecce;****Dr.ssa in Psicologia Univ. Parma.

Parole chiave: salute organizzativa, indicatori di benessere, diagnosi di contesto.

Introduzione: il termine “salute organizzativa” esprime la capacità di un’organizzazione di essere efficace e produttiva, ma anche di crescere, svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico (benessere organizzativo), alimentando la convivenza sociale dei lavoratori (Dip. Funz. Pubblica). L’obiettivo del presente studio è quello di valutare il costrutto di “salute organizzativa” in un gruppo di infermieri di area critica utilizzando un questionario multidimensionale (MOHQ) quale strumento di rilevazione della percezione della stato di salute organizzativa del proprio ospedale da parte degli operatori valutati.

Materiali e metodi: un campione globale di 211 infermieri (74 maschi pari al 35,1% e 137 femmine pari al 64,9%) di tre ospedali della Asl di Lecce sono stati indagati (diagnosi di contesto organizzativo) mediante auto-somministrazione anonima del questionario MOHQ (Multidimensional Organizational Health Questionnaire; F. Avalone, A. Paplomatas, 2005) strutturato in nove parti a cui corrispondono specifiche dimensioni (15) e item (139) rilevati e discussi nell’indagine valutativa. Il 55,7% con un’età inferiore a 44 anni, il 39,3% con diploma di scuola media superiore, il 28% con diploma universitario, il 20,4% con laurea. Come criterio di validazione dei dati è stato adottato il principio dell’esclusione dei questionari con più del 10% di risposte mancanti. E’stata effettuata una valutazione statistica descrittiva con il calcolo del punteggio medio ottenuto dal campione nella sua totalità in ciascuna delle dimensioni/indicatori; le medie così determinate hanno consentito la rappresentazione grafica del profilo generale di salute organizzativa (intero campione) ed anche il profilo delle singole strutture esaminate che è stato correlato con il valore medio del profilo generale.

Risultati: la valutazione del campione globale (valore medio di 2,5) ha dimostrato una percezione negativa della salute organizzativa (cut-off di valutazione positiva stimato a un livello di 2,9) da parte degli infermieri indagati; le dimensioni che si collocano chiaramente al di sotto del valore medio del profilo generale, e che dunque esprimono una criticità, sono le seguenti: la percezione dei dirigenti, la percezione dell’equità organizzativa, percezione del conflitto, percezione dello stress, percezione della fatica, percezione dell’isolamento. La correlazione dei dati rilevati nelle singole strutture ospedaliere e il confronto tra le stesse, hanno dimostrato le differenze di percezione del contesto organizzativo di appartenenza che si esprimono, inoltre e comprensibilmente, in ambiti diversi delle dimensioni indagate. Nella rilevazione effettuata sono stati infine acquisite delle proposte di miglioramento organizzativo. In conclusione, sono state ottenute delle informazioni rilevanti di diagnosi del benessere organizzativo nell’area critica che rappresentano la premessa conoscitiva necessaria per avviare un percorso di miglioramento dei processi organizzativo-assistenziali capace di innalzare i livelli di safety degli operatori sanitari ed anche i livelli di qualità dell’assistenza erogata.

INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEO-ASSUNTO AUTO-VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE E DELLE PERFORMANCE

De Benedictis A, Gualandi R, Tartaglini D.

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma – Direzione Infermieristica

Parole chiave

Infermieri neoassunti; inserimento; auto-valutazione.

Introduzione

L'inserimento all'interno del contesto lavorativo del personale neoassunto è parte fondamentale per lo sviluppo dell'azienda, in quanto può determinare cambiamenti importanti nell'ambiente di lavoro.

Obiettivo del presente studio è l'analisi dei bisogni formativi e delle competenze di base del personale infermieristico neo-assunto all'interno del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma al fine di programmare un percorso formativo in linea con gli obiettivi e la *mission* del Policlinico e di facilitare l'inserimento del personale all'interno dell'ambiente lavorativo. Obiettivo secondario è l'identificazione degli ambiti in cui il personale infermieristico necessita di maggiore formazione rispetto alle competenze richieste.

Materiali e metodi

È stata effettuata un'indagine sulle infermiere assunte da meno di 48 mesi (2 anni) all'interno del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, somministrando un questionario, appositamente creato, per l'autovalutazione delle competenze (curriculum formativo, competenze professionalizzanti di base, competenze professionalizzanti specifiche, bisogni formativi).

Risultati

Delle 97 infermiere appartenenti ai criteri di inclusione, 72 hanno svolto il questionario perché presenti all'incontro stabilito per effettuare l'indagine. Il campione è omogeneo per età (Media: 27; Mediana: 25; Range: 23-39) con una distribuzione variabile per quanto riguarda i mesi dall'assunzione nella struttura di lavoro attuale (Media: 11; Mediana: 19). Il 79% del personale non ha eseguito corsi di formazione oltre alla Laurea in Infermieristica. Il 72% del personale si trova alla sua prima esperienza lavorativa in ambito assistenziale infermieristico.

La scheda di autovalutazione delle competenze professionalizzanti di base ha mostrato in generale livelli ritenuti prevalentemente adeguati e ottimi. La maggior parte del personale ritiene di avere un buon livello di responsabilità professionale (adeguato: 39%; ottimo: 43%; eccellente: 15%), buone competenze cognitive relazionali (capacità di lavorare in équipe: adeguato 47%; ottimo 40%) e di identificarsi con i fini istituzionali.

Nelle competenze professionali specifiche il personale si ritiene competente nelle principali procedure relative all'assistenza del paziente medico e chirurgico. In ambito oncologico-ematologico, cardiologico ed in area critica alcune competenze sono dichiarate meno elevate rispetto agli ambiti precedenti (Attuazione di una relazione di aiuto efficace: migliorabile 24%; adeguato 47%; conoscenza e la gestione dei farmaci antitumorali: inadeguato 6%; migliorabile 58%; esecuzione delle procedure di rianimazione: inadeguato 4%; migliorabile 49%; azione tempestiva: migliorabile: 44%; adeguato: 36%). Nella rilevazione dei bisogni formativi la maggior parte del personale infermieristico afferma di avere alcune lacune formative nella quasi totalità dei temi proposti e richiede formazione specifica in particolare nell'ambito della gestione delle urgenze.

Conclusioni

Il campione intervistato corrisponde al 90% del personale neoassunto al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma, operante in tutti i Servizi del Policlinico. Il gruppo si caratterizza per la giovane età e l'inesperienza in ambito clinico, in particolare nell'ambito della gestione delle urgenze cliniche e cardiologiche. La maggior parte delle infermiere è infatti alla sua prima esperienza lavorativa.

I dati confermano la teoria della Benner secondo cui l'infermiere sviluppa capacità professionali e di comprensione dell'assistenza al paziente solo attraverso una adeguata formazione di base integrata da un ampio campo di esperienza. Tutte le infermiere affermano di avere lacune formative nei campi proposti e di voler comunque continuare a ricevere formazione. Tale positivo dato offre l'opportunità di far leva sulle motivazioni per programmare un percorso formativo che includa un'esposizione guidata dell'infermiere neoassunto alle nuove esperienze.

BED MANAGEMENT E DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO: PROPOSTA DI MODELLO OPERATIVO

Massimo Desperati, Giuseppina Sassi, Antonio Maconi, Alessandro Canepari, Cleonice Penna, Paolo Dalla Pietra, Gianna Bazzano, Marina Bergaglia

Direzione medica dei Presidi ospedalieri (DMP), ASO Alessandria

Parole chiave: bed management, continuità assistenziale, organizzazione

Introduzione

L'esigenza della costituzione di un team per il bed management nasce per cercare di contenere alcuni problemi quali i livelli critici del tempo di attesa di ricovero per pazienti con patologie non chirurgiche da pronto soccorso (P.S.) e la dimissione dai reparti medici di persone fragili che necessitano ancora di interventi sanitari protetti in regime extraospedaliero.

Materiali e metodi

È stato implementato dall'agosto 2009 il team per il bed management, costituito da medico di direzione medica, infermiere e supporto amministrativo. È stato creato uno specifico documento aziendale che definisce funzioni e compiti del team, attivo dalle ore 8.00 alle ore 18.00 di ciascun giorno feriali della settimana. Viene quotidianamente redatta la programmazione giornaliera di posti letto da mettere a disposizione del Pronto soccorso. Nel caso di indisponibilità il team ricerca la soluzione più appropriata (collocazione in altro reparto, utilizzo di letto-barella aggiuntivo, "ambulance diversion", sospensione dell'attività ordinaria); viene inoltre gestito il protocollo per la continuità assistenziale, misurando i tempi di risposta. Il report di rilevazione dati è discusso periodicamente con le strutture organizzative interessate.

Risultati

La tabella sotto riportata espone i dati relativi ai ricoveri nei reparti monitorati nel periodo gennaio 2010- aprile 2011.

	med	pneum	ger	minf	murg	ge	diab	neuro	nefro
teorici	1175	691	484	277	1452	458	207	968	138
reali	1269	633	577	185	1558	346	100	668	262
scostamento	94	-58	93	-92	106	-112	-107	-300	124

Il numero dei ricoveri nel periodo considerato è risultato inferiore alle attese., ma i valori relativi ai primi quattro mesi del 2011 mostrano peraltro una significativa ripresa dell'attività di ricovero con una distribuzione dei ricoveri maggiormente uniforme. L'utilizzo di questo modello organizzativo ha di fatto migliorato significativamente la situazione generale, riducendo le attese per i ricoveri e consentendo nella maggior parte dei casi di evitare la collocazione di pazienti fuori reparto. In un contesto territoriale difficile a causa della scarsità dei mezzi e delle strutture disponibili, sono stati effettuati 226 ricoveri in strutture assistenziali nel periodo considerato, con una media di 18,4/mese nel 2010 e 19,8 nel 2011.; il tempo medio di risposta 2010 è stato di 6,46 +/- 4,04 giorni lavorativi dalla richiesta, con il 17 % dei ricoveri entro i 3 giorni. La possibilità di assistere i pazienti in strutture adeguate ha permesso anche di ridurre i ricoveri ripetuti.

Conclusioni

Il modello proposto ha dimostrato una buona efficacia nella risoluzione dei problemi relativi ai ricoveri ospedalieri da P:S: e alle dimissioni di pazienti fragili, migliorando la conoscenza delle relative criticità e favorendo il confronto e la collaborazione tra reparti specialistici. La collaborazione con le strutture territoriali, afferenti ad altra azienda sanitaria, nonostante le difficoltà strutturali hanno permesso di collocare utilmente un discreto numero di pazienti in un regime assistenziale più consono alla loro situazione clinica, e di contenere i ricoveri ripetuti.

LA “CULTURA” DEL RISK MANAGEMENT DA PARTE DEI SANITARI: UN’ANALISI CONOSCITIVA PRESSO IL PO DI RIVOLI

Dore M*, Papalia R**, Racca AM***, Ceruti M*, Sacco R[^], Minniti D[^]

* Dipartimento Area Medica, OO.RR. Rivoli (TO)

**Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Torino

*** CPSE S.C. MECAU, P.O. Rivoli (TO)

[^] Direzione Sanitaria, OO.RR. Rivoli (TO)

INTRODUZIONE

La sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure rappresentano degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone.

Il consolidamento delle competenze dei professionisti così come la formazione costituiscono degli strumenti indispensabili per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

Lo scopo di questo intervento è quello di effettuare un'indagine conoscitiva relativa alla conoscenza ed alla percezione del rischio clinico tra gli operatori sanitari delle strutture identificate, sensibilizzandoli a tale tema, di definire una mappatura del rischio clinico e di sperimentare e validare lo strumento di rilevazione degli eventi/incidenti in alcune strutture ospedaliere del sistema di Incident Reporting.

MATERIALI E METODI

L'indagine è stata condotta attraverso un'intervista strutturata mediante un questionario di autovalutazione con valori da 1 a 10 su singoli temi del rischio clinico (Risk Management, Incident Reporting, Linee Guida, Eventi Sentinella, Malpractice, Consenso Informato, Errore, Rischio assicurativo, Clinical Governance e Audit Clinico) agli infermieri e agli OSS delle SS.CC. Medicina Interna, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia e Pediatria del P.O. di Rivoli. I dati sono stati raccolti in un database sul quale sono state effettuate analisi statistiche descrittive relative ai singoli temi del rischio clinico stratificando per reparto, età e professione e con modelli di regressione logistica per età.

RISULTATI

Sono stati intervistati 119 dipendenti. Dai risultati preliminari l'autovalutazione globale è risultata inferiore a 5 nel 48% di essi, e si ritengono più virtuosi i dipendenti del reparto di pediatria (19.6% con punteggi minori di 5).

Dall'analisi statistica descrittiva delle risposte ottenute alle dieci domande, non sono emerse differenze significative nel confronto delle quattro classi di età (21-30; 31-40; 41-50; 51-60).

Dai modelli di regressione logistica, si è evidenziata una tendenza ad autovalutarsi con punteggi maggiori di 5 sul grado di conoscenza delle linee guida per i dipendenti età più giovane (OR=0.5; IC95%=0.22-1.11); invece l'età più avanzata dei dipendenti è risultata correlata ad un'autovalutazione superiore a 5 sulla conoscenza del Risk Management (OR=1.44; IC95%=0.78-2.65), dell'Errore (OR=1.68; IC95%=0.87-3.21) e della Clinical Governance (OR=1.58; IC95%=0.81-3.09).

Per quanto riguarda l'analisi del confronto delle risposte, secondo la categoria professionale di appartenenza, i rispondenti appartenenti alla categoria professionale OSS - OTA hanno fornito risposte con punteggi globalmente più bassi rispetto alla categoria degli infermieri. Tranne che per le variabili “incident reporting” ed “errore”, queste differenze sono risultate statisticamente significative con valori di *p* inferiori a 0.05 al test del χ^2 . In particolare per “eventi sentinella” è emersa un'inversione del rapporto di risposte 1-5/6-10 tra le due categorie professionali esaminate.

CONCLUSIONI

Dai primi dati analizzati emerge una scarsa conoscenza del rischio clinico nelle singole tematiche indagate. Nell'ottica di una corretta gestione del rischio clinico occorre fornire una solida formazione al personale del comparto prima di procedere ad una sperimentazione di un sistema di segnalazione volontaria degli eventi.

ORGANIZZAZIONE AD ALTA AFFIDABILITÀ: IL CONSENSO INFORMATO ED IL DIRITTO ALL'INFORMAZIONE - AZIENDA ASL ROMA B

dr.ssa **Tatiana Fabbri** *dirigente medico UOC VASAC ASL Roma B*

dr. **Vittorio Bonavita** *Direttore Generale ASL Roma B*

dr. **Enrico Piroli** *Direttore Sanitario ASL Roma B*

dr **Marco Giancarlo Scazzola** *PSAIO Formazione ASL Roma B*

dr.ssa **Gabriella Nasi** *dirigente medico Direzione Sanitaria Osp. Classificato Cristo Re*

dr. **Maurizio Musolino** *UOC Qualità e Risk Management ASL Roma B*

dr.ssa **Lucia Vecchio** *UOC Qualità e Risk Management. ASL Roma B*

Parole chiave: consenso, informazione

Introduzione - Il consenso informato costituisce un momento imprescindibile nella dinamica di svolgimento della attività medica. L'instaurazione del dialogo medico-paziente è volto a garantire la persona, non più oggetto, ma soggetto portatore di una propria identità e di una propria dignità.

In Italia i principi ispiratori della materia in esame sono contenuti negli artt. 50 c.p.(consenso dell'avente diritto) e 54 c.p (stato di necessità) e nella Costituzione agli artt. 2,13,32 che pongono in risalto due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha diritto ad essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative;

Le informazioni fornite dai medici ai pazienti prima di un qualsivoglia trattamento sanitario (che non sia obbligatorio) devono soddisfare pienamente, ed ispirarsi ai più nobili principi dell'etica e della deontologia in modo da rendere il paziente partecipe delle decisioni che lo riguardano, ponendo le basi per un'effettiva alleanza tra medico e paziente. Il rispetto delle buone norme della gestione della documentazione sanitaria e delle modalità di informazioni fornite ai paziente, sono la base principale della policy della sicurezza del paziente.

Obiettivo - Definire una procedura unica per le UU.OO. afferenti alla Asl Roma B per la predisposizione di modelli standardizzati per l'acquisizione del consenso informato

Materiali - Letteratura scientifica, Modelli preesistenti

Metodologia - Predisposizione e cura da parte di ciascuna Struttura complessa e semplice, di una serie di note informative relative alle varie attività diagnostiche, interventistiche/chirurgiche, terapeutiche ed eventualmente sperimentali, caratteristiche e peculiari.

Confronto attraverso gruppo di lavoro, con esperti sui principi giuridici per la valutazione sulla presenza di tutti gli elementi minimi previsti dalla Norma;

Redazione di un modello unico condiviso per prestazione per Presidio che consenta di descrivere al paziente le proprie ipotesi diagnostico-terapeutiche, proporre le varie possibilità di scelta, ascoltare le esigenze del paziente, scegliere insieme il percorso diagnostico-terapeutico, ridiscutere e trovare l'accordo su ogni variazione del percorso stabilito ed assicurare i cittadini relativamente alla sicurezza delle cure.

Formazione degli operatori sanitari

Fasi del progetto

raccolta modulistica sul consenso informato attualmente in uso nei servizi sanitari dell'Azienda;

verifica dei requisiti della modulistica utilizzata;

realizzazione di una procedura aziendale per la gestione dell'informazione ed applicazione del consenso;

realizzazione dei modelli di consenso per Area Medica; Area Chirurgica ed Area dei Servizi;

corso di formazione per gli operatori sanitari.

Le condizioni fondamentali che contraddistinguono il consenso informato sono:

qualità dell'informazione,

comprensione dell'informazione,

libertà decisionale del paziente,

capacità decisionale del paziente.

Risultato - Redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato", con la valutazione mediante gli indicatori di risultato.

MC-SAT: UN SISTEMA DI TELEMEDICINA PER IL MONITORAGGIO DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE

Franco Piovella¹, Marisa Barone¹, Paolo Cristiani² Andrea Stoppini² Fabio Sabatini², Fiorentini Maria Lina³, Carloarena³, Marco Bosio⁵, P.Caltagirone ⁶, Diana Iosub¹.

1S.C. Angiologia - Malattie Tromboemboliche, 3 Direzione Medica di Presidio, 4 Direttore Sanitario Aziendale, 5Direttore generale Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo, Pavia, 2Consorzio di Bioingegneria e Informatica Medica, Pavia.

Parole chiave: telemedicina, terapia anticoagulante orale

Introduzione

Abbiamo disegnato, sviluppato e valutato un sistema di telemedicina per la gestione del paziente in terapia anticoagulante orale (TAO). Il programma MC-SAT costituisce il naturale sviluppo dell'omonimo progetto di ricerca che ha dimostrato la capacità di un sistema telematico di gestire l'accesso ai servizi di cura primaria di pazienti affetti da differenti patologie croniche.

Materiali e metodi

Nel progetto originario per la terapia anticoagulante orale è stato a suo tempo disegnato un accesso diretto ad un server/call center ed un pre-processo per il dato del tempo di protrombina (INR, International Normalization Ratio). Scopo del progetto è stata la valutazione tecnologica degli strumenti e delle procedure in grado di portare automaticamente il dato INR dal paziente allo specialista e di rendere il paziente in grado di leggere ed interpretare la risposta medica.

In particolare, abbiamo valutato la capacità del paziente e/o del medico di Medicina Generale di autodeterminare il valore di INR senza un training specifico, valutando allo stesso tempo l'integrazione di un monitor portatile per uso domestico con la cura tradizionale del paziente nei centri di sorveglianza/monitoraggio della terapia anticoagulante.

E' stato utilizzato un monitor portatile, fornito a pazienti e a medici di Medicina Generale.

Oggi il programma è pienamente operativo. Il dato INR viene inviato mediante smartphone o computer. Non appena il sistema riscontra un alert, un messaggio automatico viene inviato allo specialista. Il servizio GPRS è stato implementato allo scopo di mettere in connessione lo specialista con il database contenente la storia clinica del paziente.

Lo specialista è in grado di monitorare da ogni luogo mediante telefono cellulare, smartphone o personal computer tutti i valori di INR registrati nel sistema, tutti gli accessi precedenti del paziente al sistema MC-SAT o al centro di sorveglianza di riferimento, con le relative attribuzioni terapeutiche.

Su queste basi, se necessario, viene effettuata la modifica della dose settimanale di farmaco anticoagulante e trasferita al computer del paziente o a quello del medico curante.

Risultati

Oggi il sistema è pienamente operativo e dà sostanza all'ipotesi che l'applicazione della telemedicina a questo particolare settore possa rappresentare un miglioramento nella gestione dei pazienti, favorendo la comunicazione e, potenzialmente, anche i risultati clinici.

Finanziato dal contributo 1359 Ric del Ministero Italiano dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica.

MODELLI DECISIONALI INNOVATIVI NEL PROCESS MANAGEMENT DELLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

Elena Giancotti, Fabiana Rubba, Giulia Mancini, Luca Mancini**, Maria Triassi***

Direzione Medica di Presidio AOU Federico II

**KPMG consultant

*** Dip Scienze Mediche preventive, Università Federico II, Napoli

KEYWORDS

Toyota, process management, Direzione medica, applicazioni operative

Introduzione

E' una recente tendenza del riordino degli ospedali la sperimentazione del cosiddetto modello Toyota. Sviluppare il Toyotism è una modalità diversa di intendere il percorso del miglioramento della qualità rispetto ai tradizionali approcci TQM e tuttavia si tratta di una possibilità affine alla natura della direzione Medica che è dentro ai processi prima che all'alta strategia.

L'ipotesi che si verifica attraverso l'analisi delle applicazioni realizzate è che in un assetto di valori-guida stringenti e con un forte investimento alla compartecipazione degli stessi, anche partire dalla prospettiva più di linea del presidio ospedaliero, può condurre ad un cambio culturale significativo nella cultura organizzativa.

MATERIALI E METODI

Particolarmente Lavorare sulle regole decisionali e sull'identificazione delle priorità permette di configurare un supporto organizzativo pienamente rispettoso delle regole di indipendenza di gestione, e di autonomia di manutenzione del processo. Al proposito si è scelto di lavorare sull'ordine delle priorità e sulle fast and frugal heuristics, o meglio sugli alberi decisionali scarni: step decisionali regolati su liste di scelte semplici e trasparenti, vale a dire:

- le regole di ricerca: che considerano i fattori in ordine di importanza,
- le regole di arresto che fermano la ricerca per un fattore opportunamente selezionato
- le regole di decisione che in base alla presenza o assenza di un dato fattore conducono alla decisione

Nelle aree gli interventi i modelli di management sono stati improntati alla logica del KAIZEN WORK SHOP, vale a dire interventi rapidi e intensi di una settimana-quindici giorni

In ogni azione sono stati ricercati principalmente tre obiettivi

- ordine e pulizia
- capacità di autogestione e manutenzione autonoma del processo
- raggiungimento di un flusso teso (takt time) vale a dire di un esame del processo, di una ricostruzione dello stesso, di una concentrazione cooperativa sulle tappe del processo ridisegna.

RISULTATI

I principali risultati suddivisi per obiettivo e contesto sono riassunti in TAB 1

Lavorare in condizioni di marginalità (vale a dire a bassa capacità di riserve) può aiutare ad affrontare sfide inarrovabili, secondo un approccio tradizionale, Il cambiamento di prospettiva è più forte di quello che sembri in apparenza: il toyotism vuol dire allontanarsi dallo standard come meta per mirare piuttosto alla corretta metrica del processo, interpretarne passo dopo passo il giusto codice, secondo modalità che facilmente possono cambiare. D'altro canto lavorare nel flusso implica che l'autonomia professionale sia disciplinata e limitata nello stesso e che valga soprattutto nel ruolo di feedback, al giusto ritmo operativo.

Il cambiamento è stato guidato da principi strategici precisi, quali la percezione dell'impegno come capace di modificare il gioco influenzando i passi successivi e l'effetto imitativo delle modalità virtuose che possono nascere sulla strada(Band-wagon effect).

Le applicazioni del Metodo toyota su cui si è lavorato verificano l'ipotesi e confermano che una buona pratica medica ed infermieristica è frutto di esperienza ed aggiornamento, ma anche di intuizione e motivazione, di volontà e passione.

OBBIETTIVO	INTERVENTO MIGLIORATIVO	SETTING
Ordine e pulizia	Riorganizzazione degli spazi di sosta e riposo	CT, CHIR, PED
	Creazione di un pool comune di divise da sala operatoria di appartenenza dell'intero blocco, e disposizione di armadi sporco-pulito per la gestione degli stessi	CT, CHIR, PED,
	Consegna dei contenitori per i rifiuti speciali tracciati a consumo della scorta iniziale	CT, CHIR, PED, FARM
	Abbinamento delle attività di disinfestazione e di pulizia straordinaria	CT, CHIR, PED
Capacità di autogestione e manutenzione autonoma del processo	Formalizzazione della responsabilità del Caposala quale coordinatore dei percorsi del blocco operatorio	CT
	Formalizzazione di un <u>Process</u> manager per la gestione delle problematiche relative alla pediatria	PED
Raggiungimento di un flusso teso (takt time) vale a dire di un esame del processo, di una ricostruzione dello stesso	Organizzazione dell'inventario per settori e per turni di lavoro	FARM
	Conta alla cieca e successiva analisi degli scostamenti	FARM
	Rapid change over dell' terapia sub intensiva in intensiva con attivazione della guardia anestesiologicala	CT
	Creazione di un codice comportamentale ed etico condiviso	CT, PED, CHIR
	Attraverso l'affissione di avvisi e cartelloni informativi (procedura di corretta sterilizzazione, lavaggio delle mani, zone ad accesso limitate , divieto di fumo)	CT, PED, CHIR
	Realizzazione del flusso teso del paziente utilizzando la cartella clinica quale traccia e kanban del percorso	CART

LEGENDA

il percorso assistenziale del blocco operatorio di un centro per il trapianto di rene (CT)

la costruzione di un reparto di chirurgia generale unico relativamente al periodo di ferie estive (CHIR)

La valutazione della cartella clinica come Kanban del percorso del paziente (CART)

la gestione nel periodo di ferie delle AAF della pediatria (PED)

l'analisi delle criticità del magazzino della Farmacia Centralizzata nell'ambito di un intervento di inventario straordinario (FARM).

VERSO UN MODELLO DI ANALISI E MISURAZIONE DEL CAPITALE ETICO AZIENDALE NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Ida Grossi, Direttore Sanitario A.S.L. BI di Biella.

Altri autori:

Arabella Fontana, Direttore Sanitario A.S.L. NO di Novara;

Franco Ripa, Esperto Programmazione e Controllo A.S.L. TO4;

Giovanna Volo, Direttore Sanitario A.S.P. di Enna;

Francesca Menegon, sociologa, S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;

Leonardo Jon Scotta, psicologo, S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI;

Vincenzo Alastra, psicologo, Direttore S.O.C. Formazione e Comunicazione A.S.L. BI.

Parole chiave: Capitale Etico Aziendale, Modello di analisi, Formazione-intervento.

Introduzione

Nell'ambito delle attività che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali Age.Na.S. realizza per l'empowerment dei cittadini e degli operatori, l'agenzia e la A.S.L. BI di Biella hanno promosso il trasferimento dell'esperienza "Carta Etica Aziendale" - realizzata dalle Aziende sanitarie dell'Area Piemonte Nord Orientale - in altre due Regioni italiane (Puglia e Sicilia) e hanno attivato un progetto di ricerca volto alla creazione di un modello per l'analisi del Capitale Etico nelle organizzazioni sanitarie.

Nell'Azienda Sanitaria il tema etico sarà sempre più centrale per lo sviluppo organizzativo e per le sfide che dovrà affrontare (individuazione delle priorità a fronte di risorse limitate, miglioramento delle condizioni di lavoro, ricerca di autentiche forme di partecipazione dell'utenza).

Per fare della dimensione etica un fattore strategico è necessario dapprima far emergere la discussione interna sulle tematiche di tipo etico che caratterizzano l'organizzazione ed individuare quali sono i possibili indicatori del Capitale Etico aziendale, in modo da valutare se le azioni e i progetti attivati hanno effettivamente portato ad un miglioramento della vita lavorativa e della prestazione erogata ai cittadini.

Materiali e Metodi

1) Laboratori di formazione-Intervento sull'etica della vita lavorativa e della relazione con l'utenza, al fine di realizzare le Carte Etiche aziendali. La formazione rivolta alle risorse umane assume un'importanza strategica se è in grado di incentivare processi di maturazione di una coscienza etica fondata sul dialogo, su sentimenti di appartenenza comunitaria e sulla capacità di ascolto. In ogni azienda è stato organizzato un percorso di formazione-intervento che ha coinvolto un gruppo rappresentativo della compagine aziendale in laboratori, animati da un counselor filosofico, in cui i temi dell'etica non sono stati proposti come nozioni da interiorizzare, ma sono emersi dalle narrazioni della vita lavorativa e da stimoli di tipo artistico-letterario. Le narrazioni e le testimonianze sono state raccolte in una Carta Etica aziendale che sarà diffusa ai dipendenti delle aziende e agli stakeholder esterni.

2) Azioni di ricerca per meglio dettagliare le dimensioni etiche, gli indicatori e la struttura generale del modello. È stata utilizzata la tecnica di ricerca qualitativa dell'intervista semi-strutturata a testimoni privilegiati. Le interviste sono state svolte con circa 20 attori aziendali ed extra-aziendali del territorio dell'A.S.L. BI (rappresentanti delle organizzazioni sindacali, dei Consorzi dei servizi socio assistenziali, del terzo settore e del volontariato) ai quali è stato chiesto di indicare una serie di grandezze, dati, azioni ed interventi che ritengano siano legati al livello di Capitale Etico presente dell'azienda sanitaria. I dati e le informazioni raccolte dalle interviste sono state utilizzate dal Gruppo di Ricerca per realizzare indicatori (sia di tipo comportamentale, sia di tipo economico-gestionale) validi e sostenibili al fine della creazione del modello di analisi del Capitale Etico aziendale.

Risultati

Sviluppo di appartenenza ed autentica motivazione all'agire professionale negli operatori grazie al percorso di formazione-intervento e alla diffusione delle Carte etiche. Definizione di un modello di analisi e misurazione del Capitale Etico aziendale trasferibile, che offra una serie di indicatori in grado di valutare e valorizzare la tensione etica dell'organizzazione e l'esito che essa produce in termini di miglioramento della qualità della vita lavorativa, dei servizi erogati e di possibili vantaggi in termini di efficienza.

FLUSSO DEI PAZIENTI IN OSPEDALE ANALISI DEI GIORNI PERSI PER RITARDI NELLE DIMISSIONI

S. Guarducci^o; A. Alessandri*; A. Appicciafuoco*; G. Bonaccorsi§; S. Brugnoli*;
E. Carucci^o; L. Garofolini[^]; S. Naldini*

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

* Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio – ASL 10 Firenze

[^] Direzione Infermieristica Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio – ASL 10 Firenze

§ Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Firenze

Abstract

La difficoltà di dimissione dei pazienti che necessitano l'attivazione di progetti di continuità assistenziale causa un mancato scorrimento del flusso dei pazienti verso i reparti, contribuendo a generare sovraffollamento del Pronto Soccorso. Il nostro lavoro si propone di monitorare l'appropriatezza e l'efficienza del processo della dimissione complessa, al fine di individuare il numero di giorni persi (e posti letto recuperabili) attraverso l'applicazione di un nuovo modello di gestione del paziente cronico complesso.

Parole chiave

Dimissioni; giorni persi

Introduzione

Gli interventi che si sono dimostrati efficaci nel ridurre il fenomeno del sovraffollamento del Pronto Soccorso (PS) sono quelli volti a migliorare il flusso dei pazienti verso i reparti di degenza. A tale proposito nell'Azienda Sanitaria di Firenze sono stati istituiti i servizi di "Bed Management" (BM), con il compito di monitorare tutti gli aspetti che hanno ritardato una dimissione, compresi i tempi attesi per i progetti di Continuità Assistenziale (CA); sono state inoltre realizzate le Discharge Room e sono state fatte diverse sperimentazioni (software "giro letti", scala di Brass entro 48 ore dal ricovero ecc) con lo scopo di facilitare le dimissioni.

Materiali e metodi

Il team di BM ha effettuato due analisi dei giorni persi nell'Ospedale San Giovanni di Dio a causa dei ritardi nelle dimissioni (e relative motivazioni), una da maggio a ottobre 2010, per tutti i pazienti di area medica e chirurgica, e una successiva solo per i pazienti con dimissione complessa (che necessitano l'attivazione di progetti di CA).

Risultati

In 6 mesi sono stati persi complessivamente 1484 giorni nei reparti di area medica e chirurgica, corrispondenti a circa 8 posti letto/die. Le maggiori criticità sono state rilevate in area medica, con notevoli differenze fra i reparti, attribuibili alla diversa organizzazione e pianificazione del lavoro. Il motivo che ha determinato il maggior numero di giorni persi è l'assenza di posto disponibile in struttura, ma sono state evidenziate criticità anche nella disponibilità dei servizi territoriali (in particolare il fine settimana). Per quanto riguarda i progetti di CA, i giorni persi sono risultati 1161 in 6 mesi, con un massimo di 41 giorni per una lungo-degenza (dove si sono rilevate le maggiori attese). Sono state riscontrate diverse criticità per la riabilitazione neurologica e poca attesa per i casi che vengono inseriti nei progetti all'ingresso in reparto. Da questi dati possiamo stimare una perdita annua di 2322 giorni in area medica, ovvero di circa 6 posti letto al giorno.

Conclusioni

Nonostante il sistema attuale garantisca ai pazienti continuità assistenziale e percorsi omogenei, persiste una dicotomia tra risposte residenziali e domiciliari, che spesso rende necessario il trasferimento ad un livello di assistenza più alto di quello richiesto, con maggiori tempi di attesa. Il percorso di dimissione complessa resta spesso affidato esclusivamente al personale dei reparti, con scarsa omogeneità di comportamenti e risultati. Allo scopo di migliorare la capacità di dimissione sta partendo il progetto "Un solo paziente" che dovrebbe assicurare maggiore appropriatezza e rispetto dei tempi previsti dal piano di dimissione, corretto uso delle risorse e allineamento fra bisogni e risposta.

UNA ESPERIENZA DI BED MANAGEMENT ALL'INTERNO DI UN POLICLINICO UNIVERSITARIO: IL "TEAM OTTIMIZZAZIONE RICOVERI E DIMISSIONI"

Ianni A.*, Gualandi R.**, Ghinelli R.**, Iori T.**, Petitti T.*, Tartaglini D.**, Dicuonzo G.*

* Direzione Sanitaria, Policlinico Universitario "Campus Bio-Medico" di Roma

** Direzione Infermieristica, Policlinico Universitario "Campus Bio-Medico" di Roma

Parole chiave: Bed management, Ospedale per acuti, Ospedalizzazione per intensità di cure

Introduzione: Il coordinamento e l'integrazione tra struttura organizzativa professionale, aree specialistiche, risorse e servizi, in uno schema complesso e nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutici ben codificati, permette di ottenere processi assistenziali efficaci, sicuri e di qualità. In una organizzazione che tende al modello "per intensità di cure" occorre tener conto di: entità della domanda (n° di ricoveri ordinari in elezione, non programmati ed urgenti, inclusi i trasferimenti da Pronto Soccorso), disponibilità delle risorse (tra cui personale sanitario, personale di supporto, Servizi Clinici e Diagnostici, altri Servizi ospedalieri), complessità assistenziale e gestionale delle specifiche Unità Operative (n° di unità di personale presente in turno, esperienza clinica, lavoro in equipe, gestione degli eventi complessi, frequenza di eventi critici recenti)

All'interno di un policlinico universitario non statale (n tot: 280 posti letto; attualmente non dotato di Pronto Soccorso) a Febbraio 2010 è stato istituito un gruppo multidisciplinare, il "Team Ottimizzazione Ricoveri e Dimissioni" ("Team"), al fine di gestire la domanda di ricovero e monitorizzarne appropriatezza e qualità.

Materiali e metodi: Nel presente lavoro ne è descritta l'applicazione: composto da un medico di direzione sanitaria e tre infermiere *senior*, il "Team" segue la gestione di tutte le richieste, intra- ed extra-ospedaliere:

- ricovero ordinario in elezione; non programmato ed urgente; trasferimento da altro ospedale; inviato da Pronto Soccorso di altra struttura (territorio: attivati specifici accordi)

e la valutazione di:

- appropriatezza ed esito;

- disponibilità delle risorse (Servizi Diagnostici, Sale Operatorie, personale, Servizi di supporto);

- tipologia di paziente ed intensità di cure, verificando complessità assistenziali e gestionali (multidimensionale) già presenti al momento del ricovero nei singoli reparti di degenza.

Risultati: Il "Team", accanto all'effettiva disponibilità e ad uno schema pre-ordinato di assegnazione, ha applicato un nuovo modello di gestione centralizzata, identificando il *setting* più appropriato per ogni richiesta di ricovero.

Sono state gestite ulteriori richieste:

surplus di ricoveri rispetto al numero originariamente assegnato ad ogni area specialistica;

ricovero urgente non programmato (paziente critico pervenuto in ambulatorio);

trasferimento da altro ospedale;

ricovero inviato da Pronto Soccorso di altra struttura (territorio).

È stata effettuata una programmazione capillare per i singoli reparti, organizzandoli per intensità di cure e garantendo una maggiore disponibilità rispetto al periodo precedente. Nonostante l'incremento di ricoveri urgenti e trasferimenti da altra struttura è stato possibile gestire in maniera efficace il flusso dei pazienti in ingresso, a tutti i livelli e fornendo in anticipo all'equipe finale le informazioni cliniche. Per i ricoveri urgenti è stata effettuata una pre-valutazione clinica: le richieste giudicate idonee sono state evase in un intervallo di tempo (tra arrivo richiesta ed effettivo ricovero) in media inferiore ai 45 minuti. È stata inoltre ridotta al minimo la frequenza di annullamento di procedure/interventi programmati per improvvisa non disponibilità di posti letto, mantenendo il tasso di occupazione a livelli superiori al 95%. La conoscenza della complessità assistenziale e gestionale presente in ogni reparto di degenza, effettuata attraverso una valutazione in situ almeno 2 volte al giorno, ha permesso di garantire un bilanciamento dei carichi di lavoro tra i vari reparti.

Conclusioni: Un modello multidisciplinare di bed management migliora la capacità assistenziale della struttura ospedaliera, garantendo tempi adeguati alle condizioni cliniche ed un efficace flusso delle attività di ricovero.

Con il "Team Ottimizzazione Ricoveri e Dimissioni" è stato possibile gestire l'aumento di richieste interne di ricovero urgente o da Pronto Soccorso di altra struttura e garantire al contempo i ricoveri programmati.

UN'IPOTESI DI RIORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA ALL'INTERNO DELL'ASL TO5 (REGIONE PIEMONTE): VERSO L'APPLICAZIONE DI UN METODO BASATO SULLE EVIDENZE NEL CAMPO DEL PROJECT MANAGEMENT SANITARIO

Messori Ioli Giovanni, *Direttore Sanitario di Presidio - Ospedale Maggiore di Chieri, ASL TO5, messori.giovanni@aslto5.piemonte.it*

Vola Federico, *S.C. Controllo di Gestione, ASL TO5*

Di Legami Valeria, *Dirigente Medico, ASL TO5*

Reale Rossana, *Responsabile Infermieristico, ASL TO5*

Centofanti Barbara, *C.P.S.E., ASL TO5*

Morabito Domenica, *Dirigente Medico, ASL TO5*

Rinaldi Maurizia, *Dirigente Medico, ASL TO5*

Panarisi Pierino, *Direttore Sanitario di Presidio Ospedale di Moncalieri*

Aimone Massimo, *Direttore Sanitario ASL TO5*

Plastino Vito, *Commissario ASL TO5*

Abstract

Partendo dal caso concreto di un'ipotesi di riorganizzazione aziendale (ASL TO5 – Piemonte), si propone un modello metodologico per l'assunzione di decisioni in campo sanitario.

Parole chiave

Riorganizzazione ospedaliera; *Management* sanitario; *Evidence-based policy-making*.

Comunicazione

L'elaborato sistematizza lo sforzo concettuale della Dir. Sanitaria del P.O. Maggiore di Chieri: avendo questa ricevuto mandato di impostare una riflessione sui possibili percorsi di riorganizzazione della rete ospedaliera dell'Azienda – all'ASL TO5 compete la gestione di 3 presidi ospedalieri, simili per tipologia e prestazioni erogate, ha innanzitutto voluto elaborare una *metodologia* che guidasse il lavoro di riflessione, nella direzione di un "*evidence-based policy-making*".

Gli attori coinvolti nell'esercizio di riprogettazione aziendale hanno progressivamente perfezionato un *framework* concettuale, grazie al quale orientare il processo di programmazione delle politiche. Questa cornice prende a prestito dalle evidenze maturate in seno al *Management* Sanitario.¹ Si concretizza in *tre momenti fondamentali*:

1 – *condivisa esplicitazione degli obiettivi*;

2 – *ricognizione rigorosa del contesto*:

normativo (regionale, nazionale, comunitario);

strutturale (situazione delle dotazioni fisiche, delle risorse umane, delle risorse economiche), anche approfondendo e rielaborando quei *report* che il Controllo di Gestione dell'Azienda routinariamente produce;²

scientifico (il panorama delle evidenze) ed *epidemiologico*;³

3 – *specificazione delle politiche proposte*, indicando:

gli attori coinvolti,

le risorse mobilitate e delle loro reciproche interazioni,

i risultati attesi,

il *timing* dei singoli progetti (formalizzato anche attraverso diagrammi di GANTT e/o di PERT),

le potenziali criticità, intese sia come i possibili ostacoli all'implementazione della proposta, sia come i potenziali svantaggi attesi nel futuro.

Le 3 tappe hanno scandito il percorso di progettazione; hanno composto un quadro flessibile, che è stato adattato ai diversi livelli di cui si è andato componendo il lavoro.

IL PROGETTO DI UMANIZZAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI RIVOLI

Minniti D*, Papalia R**, Peretti M***, Giacometti M*, Piolatto A[^], Ogliero G[^], Olivero G^{^^}, Giorello M^{^^}, Sacco R*, Barberis B[^].

* Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli - ASL TO3

** Università degli Studi di Torino – Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

*** Università degli Studi di Torino – Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche

[^] SC Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza OO.RR. Rivoli – ASLTO3

[^] Dipartimento Area dei Servizi OO.RR. Rivoli – ASLTO3

^{^^} S.I.T.R. OO.RR. Rivoli – ASL TO3

PAROLE CHIAVE: umanizzazione, accoglienza, qualità percepita

INTRODUZIONE

Il Progetto di accoglienza ed umanizzazione del DEA dell'Ospedale di Rivoli si inserisce nel contesto riorganizzato del PS, con azioni sul versante organizzativo, strutturale, tecnologico e assistenziale, per accelerare e migliorare il processo di accettazione dei pazienti in DEA.

L'obiettivo dello studio è di analizzare la qualità percepita degli utenti in merito agli interventi migliorativi effettuati.

MATERIALI E METODI

Si è provveduto a lavorare su 4 differenti livelli:

Clinico-organizzativo: Ridefinizione codici accettazione.

La Direzione Sanitaria, di concerto con il DEA, ha definito dei criteri clinico-organizzativi per prioritizzare i pazienti afferenti in PS creando un codice *argento*, di accesso preferenziale, superiore per gravità al verde, che l'utenza ha il diritto di usufruire.

Strutturale: Umanizzazione area triage – sala attesa

Creazione di una sala d'aspetto in PS dedicata ai bimbi. Tale sala è stata allestita, (attraverso donazioni dei dipendenti e di enti esterni), con arredi specifici, TV, giochi.

Restyling sala d'attesa del PS adulti: oltre al rinnovo della decorazione è stato definito un percorso di umanizzazione che prevede la presenza di 2 TV (che proiettano informazione di educazione sanitaria, note esplicative relative ai codici di triage,...). Inoltre è stata creata una brochure contenente informazioni sul buon utilizzo del PS.

Gestionale: i Volontari

Sono stati individuati volontari che si occupano del supporto all'accoglienza e che fungono da tramite fra gli operatori ed i pazienti in attesa. I volontari, dopo aver seguito un corso di formazione, hanno sostenuto un colloquio psicoattitudinale, al fine di valutare le reali motivazioni. E' stato altresì discusso un decalogo precedentemente definito per stabilire competenze e ambiti di intervento dei volontari.

Ricerca e analisi qualità percepita

Si è deciso di misurare il grado di soddisfazione degli utenti in PS dopo tali interventi. E' stato somministrato un questionario, sia prima, sia dopo l'intervento di umanizzazione, in cui venivano attribuiti dei punteggi con criteri di soddisfazione crescenti (range 1-5) riguardo alla loro impressione del PS, alla segnaletica d'accesso, al livello di comfort in sala d'attesa, alla disponibilità del personale, ai tempi d'attesa, alla chiarezza delle informazioni.

RISULTATI

Il totale del campione analizzato è stato di n=118. Le risposte sono state raccolte in un database nel quale è stata fatta un'analisi descrittiva e univariata.

Dall'analisi dei risultati sono emersi i seguenti dati:

“come ritiene il Pronto Soccorso”: la media delle risposte è sovrapponibile nei due gruppi.

è risultata positiva la percezione circa il “livello di comfort in sala d'attesa”

il dato relativo alla “disponibilità del personale” è sovrapponibile nelle due coorti.

relativamente ai “tempi di attesa”, l'intervento sembra aver portato a dei benefici significativi ($p < 0.05$).

CONCLUSIONI

L'intervento di umanizzazione del PS di Rivoli ha avuto un impatto positivo sia per l'utenza sia per gli operatori.

I livelli di soddisfazione sono risultati elevati per quanto concerne il comfort, i tempi di attesa e la chiarezza delle informazioni: i dati confermano che l'attuazione di un intervento strutturale porta ad un miglioramento della qualità percepita; questo si evince dall'istituzione del codice “argento” che ha permesso di ridurre il *timing* tra l'accesso al triage e la prima visita. (53 minuti codice argento vs 104 minuti codice verde analogo).

PREVALENZA DI INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI LECCO

Patrizia Monti, Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco

Fiorenza Folsi, Paolo Bonfanti, Luisa Boselli, Marco Confalonieri, Giulia la Torre, Francesco Luzzaro,

Flavia Ragazzoni, Cristina Tentori

Parole chiave: infezioni ospedaliere, sorveglianza, epidemiologia

Introduzione. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano una complicanza legata all'assistenza ospedaliera e sono causa di morbosità, letalità e consumo di risorse. La sorveglianza delle ICA è l'elemento fondamentale per l'attuazione di programmi di prevenzione e controllo. Nell'ambito dell'attività di sorveglianza delle ICA gli studi di prevalenza rappresentano uno degli strumenti di analisi più consolidati. Il presente lavoro illustra l'indagine di prevalenza delle ICA svolta in un periodo di 2 anni presso l'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco, con i seguenti scopi: i) determinare la prevalenza delle principali ICA, i tipi di infezione e la loro ripartizione nelle diverse aree ospedaliere; ii) disporre di dati di sorveglianza attiva in relazione alla segnalazione di microrganismi sentinella.

SEDE INFEZIONE	DATA INDAGINE							
	Giugno 2009	Novembre 2009	Totale IO rilevate nel 2009		Giugno 2010	Novembre 2010	Totale IO rilevate nel 2010	
			No.	%			No.	%
Urine	16	13	29	29.9	12	20	32	30.2
Basse vie respiratorie	16	9	25	25.8	8	19	27	25.4
Sangue	4	5	9	9.3	2	8	10	9.4
App. gastroenterico	5	5	10	10.3	4	7	11	10.4
Sito chirurgico	2	7	9	9.3	6	7	13	12.3
Altri siti	4	11	15	15.4	4	9	13	12.3
Totale	47	50	97	-	36	70	106	-

Metodi. L'indagine è stata condotta sui 3 presidi dell'Azienda. Nelle rilevazioni sono stati inclusi i degenti ricoverati in regime ordinario da almeno 24 ore il giorno indice, quelli ricoverati da meno di 24 ore ma con precedente ricovero entro 30 giorni, quelli in dimissione il giorno indice, quelli in trasferimento ad altro ospedale/reparto e quelli appena trasferiti da altri ospedali/reparti. Una rilevazione campione è stata condotta nel dicembre 2008 per testare la metodologia. I criteri utilizzati per la diagnosi di infezione, e definiti nel protocollo approvato dal CIO, sono stati quelli proposti dai Centers for Disease Control di Atlanta nel 1988, aggiornati in alcune parti. Il giorno indice sono state analizzate: le infezioni in atto il giorno della indagine; le infezioni insorte nei giorni precedenti con terapia antibiotica in corso il giorno dell'indagine. Sono state sorvegliate tutte le infezioni che soddisfacevano i criteri standard di definizione dei CDC e che risultavano attive nella finestra temporale dell'indagine. Le informazioni sono state raccolte attraverso la documentazione clinica, interviste al personale e la valutazione clinica del paziente. L'indagine è stata condotta in un arco di tempo massimo di 7 giorni, necessari per verificare tutti i presidi. Ogni singola Unità Operativa è stata sorvegliata in una stessa giornata. I dati presentati si riferiscono al 2009 e 2010.

Risultati. Nel corso dell'indagine sono state effettuate 4 rilevazioni. Il numero di pazienti incluso nelle rilevazioni è pari a 1144 nel 2009 e 1169 nel 2010, per un totale di 2313 rilevazioni. In Tabella 1 è riportata la frequenza relativa delle sedi principali di infezione ospedaliera. La prevalenza delle ICA è risultata complessivamente pari al 7.9% nel 2009 ed all'8.1% nel 2010. I microrganismi più frequenti sono risultati *Escherichia coli* (principalmente nelle infezioni delle vie urinarie), *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*. La presenza di microrganismi dotati di meccanismi di resistenza ad alta trasmissibilità è risultata del tutto occasionale.

IMPATTO DELLA COMMISSIONE DISPOSITIVI MEDICI DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA

Papa R*, Sebastiani M*, Incicchitti L*, Polenta L*, Luzi F*, Hoxhaj S**, Serafini G*

*Direzionale Medica Ospedaliera AOU Ospedali Riuniti Ancona

** Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche

Parole chiave: EBM, HTA, ACE

La gestione delle tecnologie sanitarie rappresenta un tema centrale nelle moderne organizzazioni Sanitarie. In questo senso gli autori presentano un modello organizzativo mirato alla valutazione e eventuale successiva acquisizione di tecnologie derivanti da richieste di Dispositivi Medici al di fuori del repertorio aziendale. Per la valutazione dell'impatto della Commissione Dispositivi Medici si è provveduto a confrontare il risparmio ottenuto rispetto alle richieste e la spesa aggiuntiva che si sarebbe venuta a creare se la Commissione non fosse mai stata istituita. L'analisi ha dimostrato che è possibile risparmiare risorse senza ricorrere a tagli lineari ma bensì pensando le richieste di nuove tecnologie sulla base dei benefici per i pazienti dimostrati dalla letteratura.

INTRODUZIONE

Fin dalla sua costituzione nell'Ottobre del 2005, La Commissione Dispositivi Medici, si è occupata della valutazione dei dispositivi medici fuori repertorio. Recentemente tale metodologia di valutazione è stata perfezionata attraverso la produzione di evidence report capaci di sintetizzare la letteratura su specifiche tecnologie sanitarie. Dal 1/01/2008 ad oggi sono stati prodotti 16 evidence reports. Questo lavoro ha l'obiettivo di presentare l'impatto economico della commissione dispositivi medici sul Budget Aziendale tenendo conto delle analisi di efficacia prodotte (evidence report).

MATERIALI E METODI

Si è scelto di condividere con tutti gli stakeholders un percorso di selezione, valutazione e sintesi della letteratura che portasse alla costruzione di documenti utili al management aziendale per le decisioni relative all'acquisizione di nuove tecnologie. Gli evidence report prodotti attraverso una rigorosa metodologia di ricerca si sono basati sulla ricerca dalla letteratura internazionale degli studi di editoria secondaria (Linee-guida, Revisioni Sistematiche e studi di Health Technology Assessment) e RCT. Qualora non disponibili, si è proceduto a ricercare studi di coorte (prospettivi e retrospettivi) e studi caso-controllo.

L'impatto economico è stato invece stimato comparando la potenziale acquisizione della tecnologia o del dispositivo medico interessato (se nessuna valutazione fosse stata prodotta) rispetto all'utilizzo attuale.

RISULTATI

Le conclusioni di tutti i singoli evidence report sono state accettate da parte degli interessati come risultato di un articolato processo di condivisione. Dal punto di vista dell'impatto economico la Commissione Dispositivi medici ha autorizzato tecnologie e Dispositivi per una spesa di 530.645 €. Nello stesso intervallo di tempo i report prodotti hanno portato alla non autorizzazione (o autorizzazione con alcuni limiti di indicazione) per un risparmio di 333.014 €.

CONCLUSIONI

La valutazione di tecnologie sanitarie può avere un consistente impatto sulle politiche aziendali se effettuata attraverso un rigoroso processo metodologico con il supporto di tutti gli stakeholder coinvolti. L'obiettivo principale di questo tipo di procedure non deve in nessun caso essere quello di risparmiare denaro ma quello di assistere il processo decisionale aziendale. Tuttavia, va comunque sottolineato che l'attività della Commissione Dispositivi Medici ha prodotto un sensibile risparmio rispetto al budget aziendale.

RIANIMAZIONE OPEN: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE DI RIVOLI

Papalia R*, Minniti D**, Giacometti M**, Peretti M***, Racca P[^], Guiotto A ^{^^}Sacco R*, Barberis B^{^^^}

**Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino*

***Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli (TO), ASL TO3*

****Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino*

[^] CPSI Rianimazione OO.RR. Rivoli (TO), ASL TO3

^{^^} CPSE Rianimazione OO.RR. Rivoli (TO), ASL TO3

^{^^^} Direttore Dipartimento Area Medica e dei Servizi OO.RR. Rivoli (TO), ASL TO3

INTRODUZIONE

I reparti di rianimazione sono sempre stati strutture chiuse in cui l'accesso dei familiari era limitato perché considerato sfavorevole per il paziente e per timori riguardo il rischio di infezioni, l'interferenza con le cure e l'aumento dello stress per i pazienti.

Le attuali conoscenze mediche hanno smentito tali convinzioni ed hanno dimostrato come l'apertura della rianimazione riduca sia le complicanze cardiovascolari sia gli attacchi di ansia.

MATERIALI E METODI

Partendo dalla letteratura è stato definito un progetto di terapia intensiva aperta. L'orario di ingresso è divenuto libero durante la fascia diurna e con la presenza di una persona per ogni paziente. E' stata inoltre attivata una collaborazione con la S.C. Psicologia.

Ai fini di valutare l'efficacia dell'intervento, sono stati elaborati due questionari, il primo per il personale ed il secondo da somministrarsi ai familiari: coloro che hanno vissuto la rianimazione chiusa e coloro che hanno vissuto l'esperienza "open".

RISULTATI

Sono stati intervistati 88 familiari. Il 98% dichiara di aver ricevuto informazioni complete dal personale. La valutazione del reparto è risultata molto positiva in entrambi i gruppi, sia per quanto riguarda il personale sia per quanto concerne le condizioni del reparto. E' emersa un'opinione più positiva tra i familiari del gruppo post apertura per quanto riguarda le tempistiche di visita (9,2 contro 7,1 su una scala da 1 a 10).

Il campione del personale è composto da 23 persone: 52% infermieri, 26% medici e 22% Oss. La valutazione del progetto è stata complessivamente buona: l'83% si ritiene soddisfatto e più del 90% la ritiene un'esperienza positiva e da poter estendere ad altri reparti. Sono però emersi alcuni aspetti critici in particolare per infermieri e Oss in relazione a specifiche problematiche: compromissione della privacy del paziente e problemi organizzativi legati alla gestione degli ingressi. E' invece emersa una maggiore predisposizione dei medici alla modifica delle regole di visita in relazione alle condizioni cliniche del paziente ed alle esigenze organizzative/culturali della famiglia. Risulta, invece, largamente condivisa la volontà di non ampliare ulteriormente gli orari di visita (70% del campione).

CONCLUSIONI

Nel complesso l'esperienza si è rivelata molto positiva ed ha permesso di evidenziare alcuni elementi da approfondire e sui quali agire per implementare ulteriormente il livello di soddisfazione di utenti e personale del reparto.

PROGETTARE IL FUTURO: LA SIMULAZIONE GESTIONALE DEL NUOVO OSPEDALE DI BIELLA

A. Penna¹, A. Tedesco², P. Trevisan², B. Bragante², F. D'Aloia², C. Becchi², A. Croso³, S. Miola³, A. Petti⁴, M. Provera⁵, I. Grossi⁶.

1) *Direttore Medico Ospedale*, 2) *Direzione Medica Ospedale*, 3) *Direzione Professioni Sanitarie*, 4) *Ingegneria Clinica*, 5) *Controllo di gestione*, 6) *Direttore Sanitario*. Azienda Sanitaria Locale Biella via Marconi 23 13900 Biella

Parole chiave: nuovi ospedali, progettazione, simulazione gestionale

Introduzione: L'Azienda Sanitaria Locale di Biella è impegnata nella costruzione di un nuovo ospedale che andrà a sostituire l'attuale nosocomio, costituito da un monoblocco degli anni 30 e da altri padiglioni risalenti a secoli precedenti. Il complesso edilizio del Nuovo Ospedale si articola in più corpi di fabbrica: a) una piastra di base di 100 x 170 m su tre piani, b) 2 corpi di degenza, ciascuno di 32 x 170m disposti su quattro piani, c) 2 satelliti, di circa 1500 m², d) un altro satellite a ovest su 5 piani, di circa 2400 m², e) una centrale tecnica di 1500 m². Complessivamente le superfici disponibili saranno superiori delle attuali, tuttavia l'aspetto strutturale rappresenta solo uno degli aspetti innovativi del nuovo ospedale a cui si dovranno aggiungere le potenzialità tecnologiche e l'evoluzione organizzativa attraverso: 1) adozione del modello di degenza per aree funzionali e per intensità di cura, 2) separazione della gestione clinica e assistenziale, 3) gestione dipartimentale delle risorse, delle tecnologie e delle aree di diagnosi e cura.

L'Azienda ha quindi ritenuto in accordo con la Regione Piemonte di applicare il metodo della simulazione gestionale del nuovo ospedale allo scopo di programmare al meglio le risorse necessarie al funzionamento della nuova struttura e stabilirne, prima del trasferimento, il modello gestionale.

Materiali e Metodi: Per simulazione si intende un modello della realtà che consente di valutare e prevedere lo svolgersi dinamico di una serie di eventi o processi susseguenti all'imposizione di certe condizioni da parte dell'analista. Un simulatore di volo, ad esempio, consente di prevedere il comportamento dell'aeromobile a fronte delle sue caratteristiche e dei comandi del pilota. Nel nostro caso sono state riconosciute 3 condizioni: a) le opportunità e i vincoli progettuali e architettonici della nuova struttura, b) la nuova programmazione sanitaria regionale (scorporo degli ospedali dalle ASL e modello HUB & SPOKE), c) il contesto e la programmazione sanitaria locale

A partire da tali presupposti è stato chiesto ai Direttori e ai Coordinatori dei dipartimenti e delle strutture di descrivere l'attuale attività della struttura e la previsione della stessa attività nel nuovo ospedale (in riferimento alle degenze, attività ambulatoriali, tecnologie, attività operatoria ecc.), evidenziando le opportunità di sviluppo e gli eventuali vincoli che offrirà la nuova struttura. Le informazioni raccolte dalle singole strutture sono state proiettate in termini economico gestionali, tenendo conto di: maggiori o diversi livelli produttivi; revisione organizzativo-funzionale di alcuni servizi o attività (intensità di cure, aree dipartimentali ecc.); potenzialità di sviluppo (posti letto, sale operatorie, nuove diagnostiche, ecc.); aumento dei costi di beni e servizi; maggiori costi indotti dall'aumento degli spazi (servizi generali, utenze, consumi energetici ecc); esternalizzazione di servizi attualmente gestiti con personale interno.

Conclusioni: La simulazione gestionale, oltre ad offrire all'Azienda una previsione dei costi di gestione della nuova struttura per le principali voci di spesa (personale, servizi, approvvigionamento di beni, spese generali ecc.), ha consentito anche di disporre di informazioni relative alla vision delle singole strutture e alla disponibilità a ri-modulare l'organizzazione interna dei servizi per renderla compatibile ed efficiente nel nuovo ospedale.

ETHICAL GOVERNANCE E L'ALTRO

PARTE SECONDA

S.Perfetti,** A.Benvenuto,*** M. Loizzo,*** O. Perfetti *

**Professore associato di pedagogia generale e sociale Università degli studi della Calabria

*Direttore Medico presidio Unico Azienda Ospedaliera di Cosenza

***Dirigenti Medici Direzione Medica Azienda Ospedaliera di Cosenza

Nella prima parte si era detto che l'Ethical Governance non si poteva risolvere nella semplificazione del tema dell'Umanizzazione dei rapporti.

Ci si chiedeva chi è quest'Altro che sta di fronte all'io e che l'IO può amare, odiare, uccidere o curare.

Sartre, Levinas e Deirdà si sono interrogati sullo stesso problema, ma per i filosofi l'Altro mantiene un'eccedenza impossibile da catturare resta "infinitamente Altro".

Per i pedagogisti è nella **COMUNICAZIONE** la grande avventura dell'esistere:rischiosa, infinita, dal ritorno incerto.

Parole chiave: Ethical Governance, l'Altro, Comunicazione.

Introduzione

Se i filosofi analizzano questa "intricata problematica dell'intersoggettività(Husser)"ma le loro speculazioni li portano ad affermare che ogni tentativo di completarsi nell'altro è destinato a rimanere vano, i pedagogisti sono più possibilisti.

Materiali e Metodi

Per Maria Grazia Contini riflettere sulla caratteristica utopica della comunicazione umana intesa come tensione continua tra i soggetti coinvolti nel gioco comunicativo spinge a considerarne il *dialogo* come l'elemento regolativo.

"Comunicare è la grande sfida nella quale siamo tutti implicati anche se spesso in maniera inconsapevole: è l'esplosione dei cammini del senso, e il "gioco" inevitabile e rischioso di entrare in contatto con l'altro, di comprenderlo e di essere da lui compreso. (...) La comunicazione è la grande avventura dell'esistere:rischiosa, infinita, dal ritorno incerto".

La comunicazione può rappresentare la possibilità di emancipazione di soggetti perché, per quanto sia difficile raggiungere l'Altro e comprenderlo, è nella **tensione** verso l'altro che si gioca **L'UMANAMENTE POSSIBILE**. Oggi più che mai è necessaria una "filosofia dialogale" che guarda all'uomo come una unicità vitale che trae la sua spinta propulsiva alla vita dalla necessità di entrare in relazione con altri uomini nel mondo attribuendo, così, una valenza particolare alla comunicazione interpersonale, tutta orientata nella direzione della "reciprocità", della centralità della relazione nell'ambito dei rapporti educativi.

Risultati

"Il concretarsi dello statuto di relazione, la dinamica del co-uomo, l'incontro con il Tu, assumono la qualifica di umano quando sono finalizzati alla comunicazione edificante, cioè alla comunicazione intesa a formare un originario noi".

L'incontro-relazione tra le due alterità, non potendo essere inteso come momento neutrale, può configurarsi come incontro-relazione edificante solo se mosso dalla dinamica di due volontà che hanno operato *la scelta* di incontrarsi nella profonda comprensione del valore della reciproca libertà interiore.

Conclusioni

La tematica dell'alterità che troppo semplicisticamente abbiamo chiamato umanizzazione deve essere parte integrante dell'Ethical Governance.

Per le forti implicazioni che la giusta comunicazione ha nel risk management riteniamo che la direzione medica di presidio debba averne la competenza sviluppando le necessarie conoscenze.

PROGRAMMAZIONE DI ATTIVITÀ SULLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO DELL' AZIENDA SANITARIA FIORENTINA

Anna Poli*, Lucia Settesoldi**

* *Direttore Rischio Infettivo Ospedaliero, Direzione Sanitaria Aziendale, Azienda Sanitaria Firenze*

** *Coordinamento aziendale Infezioni Ospedaliere, Azienda Sanitaria Firenze*

Parole chiave: Attività di sorveglianza, Buone Pratiche, Formazione

Introduzione Il Coordinamento aziendale Infezioni Ospedaliere dell'Azienda Sanitaria di Firenze ha adottato come metodologia di lavoro la definizione di Obiettivi di Attività annuali concordati con il Comitato Infezioni Ospedaliere e approvati dalla Direzione Generale. Tali attività vengono programmate e attuate trasversalmente in tutti e cinque i Presidi Ospedalieri dell'ASF.

Materiali e metodi Gli obiettivi di Attività per l'anno 2010 sono stati ordinati in sei ambiti di pertinenza (Attività di sorveglianza, Procedure aziendali, Protocolli, Istruzioni operative, Implementazione buone pratiche, Formazione), e per ciascuno sono stati stabiliti indicatori di risultato e standard (tabella 1).

Qui ricordiamo: l' Attività di sorveglianza riveste carattere di centralità per gli aspetti di multiprofessionalità e multidisciplinarietà necessari per la sua realizzazione. Per questo ci siamo posti l'obiettivo di effettuare annualmente un' *indagine di prevalenza* nei cinque presidi ospedalieri dell'Azienda Sanitaria, con il proposito di mobilitare risorse per effettuarle in futuro semestralmente.

Il Coordinamento aziendale Infezioni Ospedaliere ha aderito al Sistema Nazionale di Sorveglianza Infezioni Sito Chirurgico del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) e ha eseguito nel 4° trimestre 2010 uno *Studio di incidenza* delle infezioni del sito chirurgico su due tipologie di interventi.

I Protocolli: in collaborazione con le quattro Terapie Intensive aziendali è stato elaborato un *bundle* per la prevenzione delle Ventilator - Associated Pneumonia (VAP). Il bundle (set di misure) è un approccio nuovo rispetto ad approcci tradizionali come le procedure.

La Formazione: sono state fatte due edizioni del Corso per Referenti Infezioni Ospedaliere (RIO), che hanno formato 159 Referenti scelti fra gli operatori sanitari di tutta l'Area Vasta Centro della Regione Toscana. Il fine è stato quello di rafforzare le competenze e promuovere la prevenzione e il controllo del rischio infettivo attraverso la costruzione di una rete di personale sanitario esperto.

Risultati Gli obiettivi di attività sono stati approvati dalla Direzione Generale nel mese di Febbraio 2010 e nel Febbraio 2011 sono stati considerati raggiunti. La metodologia di lavoro ha determinato chiarezza di strategie, partecipazione e condivisione da parte degli operatori sanitari. Il suo successo ci ha convinto a proseguire nel metodo anche per l'anno in corso. La programmazione degli obiettivi fa parte dei requisiti previsti dalla normativa sulla corretta gestione del rischio infettivo.

SVILUPPO DEGLI INDICATORI AHRQ. UN PROGETTO MULTICENTRICO TRA LE DIREZIONI SANITARIE OSPEDALIERE DELLA REGIONE PIEMONTE

Franco Ripa, Marco Rapellino, Roberto Arione, Maria Carmen Azzolina, Margherita Bianchi, Maria Cristina Bosco, Massimo Desperati, Vincenzo De Stefano, Francesco Garufi, Alessandro Girardi, Ida Grossi, Giuseppe Gulino, Paola Malvasio, Nadia Marelo, Barbata Mitola, Angelo Penna, Ida Raciti, Raffaele Rubino, Angelo Scarcello, Domenico Tangolo, Claudio Zanon

Agenzia Regionale Servizi Sanitari Piemonte

Parole chiave: indicatori, performance, qualità

Introduzione

L'analisi ragionata delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera può permettere di enucleare specifici eventi/indicatori che, pur con tutte le note riserve del caso, possono rappresentare un riferimento immediato per la valutazione di processo, di esito e di rischio clinico, preliminare all'utilizzo di sistemi più raffinati.

Materiali e metodi

In tal senso è stato definito presso ARESS uno specifico gruppo di lavoro multicentrico tra medici di direzione sanitaria di presidio di cinque Aziende della Regione Piemonte: AOU San Giovanni Battista Torino, ASO Mauriziano Torino, ASO Santi Antonio e Biagio e C Arrigo Alessandria, ASL TO 4 Chivasso, ASL Verbano Cusio Ossola, ASL Biella. Il gruppo ha analizzato gli specifici documenti di Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), finalizzati a descrivere gli indicatori desumibili dai data base amministrativi e predittivi per la qualità delle cure erogate. Nella prima fase sono stati selezionati e contestualizzati ai fini dello studio i seguenti 13 indicatori di riferimento.

Dal data base delle schede di dimissione ospedaliera della Regione Piemonte del 2009 riferite ai ricoveri ospedalieri sono state catturate le specifiche SDO di riferimento coerenti con i codici ICD IX CM di sospetto AHRQ; per ogni SDO è stata ricercata la cartella clinica e si è poi proceduto all'analisi ragionata con una specifica scheda di rilevazione comune e condivisa, ai fini di verificare se si trattava di una anomalia di codifica, se comunque il caso fosse giustificato dal punto di vista sanitario o invece se si riscontrava una problematica più strutturata clinico-organizzativa, in grado di impattare in modo più o meno rilevante sulla qualità delle cure erogate.

Risultati

E' nota la criticità che si determina quando i dati amministrativi sono utilizzati per valutare la qualità delle cure. In tale ambito è emerso anche il diverso "comportamento" degli indicatori, che in alcuni casi si sono mostrati sensibili e specifici nella rilevazione degli eventi, in altri casi meno robusti dal punto di vista predittivo.

E' indubbio però che la produzione degli indicatori in studio sia stata semplice, riproducibile e dunque alla portata di qualsiasi organizzazione; questo è già un fattore molto positivo e non sempre adeguatamente sfruttato. La ricaduta del modello è da ricercare nella possibilità di attuare un primo livello di monitoraggio sistematico su fenomeni che devono essere tenuti costantemente sotto osservazione; tale monitoraggio si può concretizzare a livello della direzione medica ospedaliera, ma anche della stessa componente professionale.

Conclusione

In sostanza il progetto utilizza come presupposto la documentazione sanitaria ed integra molti degli strumenti del governo clinico (sistema gestione qualità, risk management, valutazione di performance, audit clinico) in funzione dell'accountability delle organizzazioni di riferimento.

PERCORSO OPERATIVO DI PARTNERSHIP CON IL SERVIZIO LAVANOLO IN CONDIZIONI DI SCORTE MARGINALI

Fabiana Rubba, Giulia Mancini, Annamaria Piccolo, Giuseppe Papallo, Roberta Cipollaro, Daniele Amoruso, Elena Giacotti

Direzione Medica di Presidio, AOU Federico II, Napoli

Parole chiave

Appalto, lavanoLO, Sistema toyota, marginalità operativa

INTRODUZIONE

Nelle condizioni di capacità tecnica ridotta e scorte marginali che possono essere sperimentati da servizi essenziali quali il cambio della biancheria ospedaliera, il sistema TOYOTA si richiama a principi di organizzazione basati su alcuni principi filosofici ed antropologici innovativi. Nel concetto di operatività del Sistema Toyota, si impara facendo a costruire il lavoro come una continua serie di esperimenti. Questo significa puntare su un coinvolgimento di tutti gli elementi coinvolti in un percorso operativo, riconoscendo nella armonia e nella metrica efficace di tutto il percorso la chiave del successo. La Direzione medica può costruire un rapporto di partnership volto alla riorganizzazione condivisa di procedure interne di una ditta che gestisce un servizio ospedaliero in appalto, in virtù delle implicazioni della organizzazione ospedaliera sulla tutela della salute e in piena coerenza con il codice degli appalti quanto della buona fede contrattuale prevista dal codice civile

MATERIALI E METODI

L'approccio toyota della riduzione degli sprechi (**MUDA**) ha perseguito i seguenti obiettivi:

1. ridurre i tempi di attesa per le lenzuola pulite
2. introdurre nuove metodologie operative;
3. orientare verso una gestione delle attività per flussi di valore;

Si è assunto dal capitolato vigente il percorso cui è necessaria rispondenza

**il cambio massimo è basato sul reintegro dello sporco
le eccezioni al capitolato vanno documentate
la scorta va movimentata solo su autorizzazione**

RISULTATI

1) Il miglioramento del flusso della biancheria è stato ottenuto attraverso la definizione condivisa di due percorsi operativi

Percorso operativo A giornaliero per i reparti per i quali anche in condizioni di marginalità risulta integrata la scorta in magazzino centrale.

Si raccolgono entro le ore 9 i fabbisogni, si confronta con il rendiconto dello sporco entro le ore 10

Si esegue istruttoria condivisa sugli allarmi

(si intende fatta a domanda)

Si verifica la movimentazione da autorizzare

Percorso operativo giornaliero B che non hanno scorta in magazzino

Si raccolgono entro le ore 9 i fabbisogni, si confronta con il rendiconto dello sporco entro le ore 10

Si esegue istruttoria condivisa sugli allarmi

(si intende fatta a domanda)

Si verifica la movimentazione da autorizzare per il fabbisogno giornaliero (un cambio per posto letto)

Si integra il fabbisogno dalle scorte in magazzino tracciando ogni movimentazione

Si intende che a capacità tecnica compiuta il percorso A sia l'unico vigente.

2) Per le innovazioni gestionali nel servizio si sono condivisi i punti non ricompresi nel capitolato vigente TAB 1

Rispetto alla procedure delle verifiche e dei controlli si condivide un percorso rappresentato in TAB 2

In linea con sperimentazioni ospedaliere in altri ambiti operativi il modello toyota ha prodotto un cambiamento al livello del lavoro dei professionisti, del servizio e con ricadute positive per l'organizzazione aziendale

TAB 1 innovazioni gestionali nel servizio

- La opportunità di una scorta di reparto che può limitarsi a due cambi (uno sul letto, uno nel guardaroba di reparto)
- La opportunità di avere una scorta in magazzino che preveda altri due cambi
- La opportunità di avere una scorta da gestire “ on demand” per le AAFB che hanno da capitolato cambio illimitata.
- La opportunità di una pronta disponibilità
- La opportunità di un servizio alberghiero che preveda un cambio settimanale per le mamme dei degenti pediatrici
- La opportunità di effettuare i pagamenti in base ai servizi resi come dalle bolle di consegna, specificati dal numero di capi sporchi ritirati
- La opportunità di avere un chiaro sistema di tracciabilità della movimentazione delle scorte
- La opportunità di avere una logistica chiara nel guardaroba.

TAB 2 le tappe operative di verifica e controllo:

- 1 - Dall'applicazione del controllo, potranno emergere due forme di giudizio: **conforme o non conforme**.
- 2 - Al fine di verificare la non conformità si potrà anche rendere necessario un immediato **sopralluogo congiunto** in contraddittorio nella AF/Servizio.
- 3 - La non conformità potrà essere **valutata marginale o critica**.
- 4 - La non conformità marginale dovrà essere **recuperata immediatamente o entro la giornata lavorativa**.
- 5 - L'addetto alla qualità aziendale della Ditta annoterà l'azione correttiva effettuata nel report, apponendo sullo stesso la firma..
- 6 - La Direzione competente esaminerà la non conformità marginale e, se recuperata, archiverà la documentazione.
- 7 - Se la non conformità non sarà recuperata, **si invierà report entro 2 giorni lavorativi, con esplicitate le motivazioni** per cui non è stato possibile risolvere immediatamente il problema.
- 8 - In caso di mancata consegna del report, la Direzione competente segnalerà la non conformità -divenuta critica - all' Economato affinché sia applicato quanto previsto dall'articolo “Inadempienze e penalità”.
- 9 - Nel caso di non conformità critica la Direzione competente chiederà alla Ditta le controdeduzioni ed una volta esaminate, se ritenute non soddisfacenti e non recuperabile la non conformità, si procederà alla trasmissione della contestazione all' Economato affinché sia applicato quanto previsto dall'articolo “Inadempienze e penalità”.

BENCHMARKING TRA DUE U.O. DI CHIRURGIA DELLA STESSA ULSS: DIVERSAMENTE UGUALI? INTERVENTI UTILI

Salemi M**, Dalla Bona C.***, Grasso A****, Carraro M.G.***

* *Direttore Ospedale ULSS7 Pieve di Soligo*

** *Direttore Medico Presidio Ospedaliero Vittorio Veneto ULSS7 Pieve di Soligo*

*** *Coordinatore Infermieristico di Direzione Medica ULSS7 Pieve di Soligo*

**** *Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero ULSS7 Pieve di Soligo*

Introduzione: La necessità di ottimizzare le risorse delle Aziende Sanitarie ha spinto la Direzione Strategica ad un confronto tra le 2 unità operative di Chirurgia Generale appartenenti allo stesso Dipartimento Strutturale di Area Chirurgica ma dislocate in 2 diversi Presidi Ospedalieri dell'Azienda. Ciò al fine di individuare macro e/o micro interventi migliorativi attuabili.

Materiale e Metodi: Sono stati raccolti ed analizzati una serie di dati, di diversa tipologia, relativi all'attività delle 2 unità operative utilizzando degli indicatori di appropriatezza ed efficienza, confrontando le due unità operative tra loro, e nel loro complesso con altre realtà regionali e nazionali.

Alcuni degli indicatori analizzati sono:

risorse umane;

posti letto;

attività di sala operatoria;

attività urgente e programmata;

dati di degenza (tasso di occupazione dei posti letto, degenza media totale e preoperatoria, presenza media, ecc.);

indicatori del Progetto SiVeAS (Ministero della Salute) adattati alla realtà aziendale;

costi.

Risultati:

E' emerso che:

è diversa la % di attività condizionata dalle urgenze;

il 52% dell'attività sovrapponibile è gestita in modo uguale;

il 28% dell'attività sovrapponibile è gestita in modo diverso ;

il 20% dell'attività è svolto in esclusiva da una o dall'altra u.o..

Sia negli ambiti di sovrapposizione, sia in quelli di diversità che esclusività c'è un ampio margine di miglioramento in termini di efficienza, efficacia ed appropriatezza, attuando degli interventi di riorganizzazione strutturale, gestionale ed organizzativa di tutte le risorse disponibili.

È risultato evidente che le inapproprietezze presenti vanno ricercate nell'ambito dell'attività esclusiva.

LO SVILUPPO E LA DIFFUSIONE DI STRUMENTI PER LA GESTIONE E LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE: PERCORSO DI ANALISI E PROGETTAZIONE NELLA REGIONE PIEMONTE

Antonio Scamozzino, Franco Ripa, Ugo Malcangi, Adriano Ramello, Angelo Dettoni, Gian Maria Iadarola, Piergiorgio Pich,
Segreteria ANPO, ANMDO, ASCOTI, FIALS Medici Regione Piemonte

Parole chiave: personale, performance, sistema premiante

Introduzione

Il progetto in fase di sviluppo da parte di ANPO, ANMDO, ASCOTI, FIALS Medici nella Regione Piemonte mira da un lato a realizzare una ricognizione dei sistemi premiati fin qui costruiti nelle Aziende sanitarie verificando, al contempo, le caratteristiche e le modalità di attuazione di tali interventi in rapporto ai più complessivi processi di modernizzazione in atto nelle Amministrazioni Pubbliche; dall'altro ad effettuare una proposta di un modello di sistema premiante finalizzato alla valorizzazione delle competenze professionali dei dirigenti medici, in coerenza con il D Lgs 150/2009.

Materiali e metodi

Il progetto si articola nella programmazione operativa di seguito presentata:

- ricognizione ed analisi dei contenuti presenti nella normativa italiana ed europea in tema di incentivazione retributiva e sistemi premiati
- analisi organizzativa delle procedure e dei diversi aspetti (vincoli/opportunità) presenti nelle Aziende sanitarie della regione Piemonte in tema di incentivazione retributiva e sistemi premiati, anche in funzione degli adeguamenti al D Lgs 150/2009 attraverso la somministrazione di uno specifico questionario di rilevazione
- selezione ed approfondimento di alcune esperienze gestionali nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, al fine di rintracciare il nesso tra processo di valutazione, indirizzi generali di gestione dell'Ente e sistema di misurazione dei rendimenti e risultati delle prestazioni
- progettazione e costruzione di un percorso metodologico di lavoro per l'introduzione, nelle Aziende sanitarie, di un sistema premiante basato sul modello coerente sia con i meccanismi previsti all'interno sia con i ruoli e le responsabilità organizzative del contesto, con particolare riferimento alla definizione del piano di performance e degli indicatori di performance.

Il questionario di analisi preliminare è stato compilato a cura del rappresentante sindacale locale o suo delegato delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte e si componeva di circa 30 domande, a risposte multiple chiuse.

Risultati

Dall'analisi dei questionari sono emerse una serie di indicazioni e spunti utili per la progettazione/riprogettazione dei sistemi premiati aziendali relativi alla retribuzione di risultato. In particolare è risultata evidente la difformità delle procedure messe in atto a livello delle singole Aziende, che non sembrano essere totalmente giustificabili nella logica dell'autonomia aziendale. In tal senso emergono accanto a sistemi di valutazione più evoluti, alcuni modelli poco significativi e di scarso impatto reale nella organizzazione di riferimento.

Conclusione

In conclusione sembra oggi necessario sviluppare strumenti efficaci semplici e comprensibili, soprattutto in grado di valorizzare il patrimonio di competenze degli operatori.

Ma va anche sottolineato che una applicazione troppo "spinta" o "frettolosa" di modelli predeterminati potrebbe aggravare la già in alcuni casi complessa situazione aziendale e il sistema ne risulterebbe come "bruciato", senza creare realmente valore aggiunto.

LA APPROPRIATEZZA NELLA DISTRIBUZIONE DELLE SEDUTE CHIRURGICHE ALLA LUCE DELL'ACCORDO STATO REGIONI DEL 28 MARZO 2006

Sebastiani M*, Papa R, Campofiloni S, Incicchitti L,
Luzi Francesco, Polenta Laura, M. Morosetti, Serafini G.

Direzione Medica Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I°, G. Lancisi, G. Salesi" di Ancona

Abstract: Gli Autori presentano un percorso metodologico per rispettare i tempi di attesa per gli interventi maggiori in classe "A" e "B" mediante la razionalizzazione della distribuzione delle sedute operatorie in una azienda di rilevanza nazionale, sulla base di criteri condivisi con tutti i soggetti coinvolti.

Parole chiave: appropriatezza, multidisciplinarietà, condivisione.

Introduzione: Troppo spesso i casi clinici di interesse chirurgico che possono aggravarsi rapidamente o che possono recare grave pregiudizio alla prognosi non vengono trattati entro i previsti 30 giorni. E' quindi necessario riorientare le attività nel senso indicato dalle esigenze di salute dei cittadini. La presente relazione esamina i criteri di distribuzione delle sedute operatorie e quindi della attività chirurgica tra le diverse discipline presenti in un ospedale di rilevanza nazionale, rispettando le indicazioni apportate dalla Conferenza Stato Regioni del 28 marzo 2006. La conferenza ha normato la classificazione dei pazienti in lista di attesa chirurgica per gravità delle patologie al fine di garantire l'intervento entro i trenta giorni in classe A ed i sessanta giorni per quelli in classe B. La presente relazione si caratterizza per la proposta di uno strumento metodologico per attribuire le sedute chirurgiche sulla base di criteri obiettivi e condivisi.

Materiali e metodi: Il percorso metodologico si è articolato nelle seguenti fasi:

incontro con i professionisti per determinare un nuovo modello di assegnazione delle sedute che fosse il più possibile orientato al soddisfacimento dei tempi di attesa individuati dalla Conferenza Stato Regioni e dalla normativa regionale.

raccolta del consenso sui criteri con cui costruire il modello che tenga conto:

delle percentuali di classi A e B delle liste di attesa di pazienti chirurgici in fase di prenotazione, per singola SOD, sul totale di tutte le classi A e B aziendali,

della percentuale di pazienti prenotati con relativa classe di priorità sul totale dei pazienti operati.

Questo dato deriva dalla necessità di garantire le sedute a quei pazienti effettivamente classificati.

ridefinizione delle classi A e B alla luce dei documenti normativi nazionali e regionale mediante confronto tra le Unità Operative delle diverse discipline.

costruzione di una prima simulazione influenzata dalla non perfetta coincidenza tra paziente operato e paziente prenotato. La criticità ha comportato che nella prima simulazione fosse considerato come parametro la percentuale dei prenotati sul totale degli operati.

implementazione delle seguenti azioni di miglioramento:

Revisione della criticità inerenti la non completa aderenza tra operati e prenotati,

Standardizzazione, specialità per specialità, dei criteri di attribuzione della classe con un gruppo di lavoro composto da due anestesisti responsabili delle attività di sala operatoria e del responsabile SOS "Gestione Area Chirurgica e Blocchi Operatori",

revisione delle liste di attesa alla luce dei criteri condivisi,

costruzione di una seconda simulazione sulla base dei dati revisionati.

Risultati: La definizione di regole chiare ha avuto finora, come risultato preliminare, un migliore flusso operativo nella conduzione della attività operatoria a causa del pieno coinvolgimento di tutti i soggetti protagonisti che presumibilmente potrà tradursi in un reale abbattimento della lista di attesa.

Conclusioni: Il modello permetterà una nuova ridistribuzione delle sedute e delle attività chirurgiche in base alla percentuale di iscrizione relativa di pazienti in classe A e B sui totali, tenendo conto della percentuale di prenotazione. Il maggiore valore aggiunto dell'intero progetto sarà quello di dimensionare i servizi di sala operatoria al fine di garantire l'intervento entro i parametri normativi. Altri aspetti migliorativi sono il pervenire a tale miglioramento mediante la condivisione dei criteri da parte del mondo professionale, la razionalizzazione dei percorsi e la loro maggiore trasparenza. Nel merito è parere degli autori che questo strumento metodologico, se convalidato dalla prossima applicazione sul campo, possa essere adottato negli ospedali del servizio sanitario nazionale nell'ottica del miglioramento continuo della qualità.

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE IN SANITÀ COME STRUMENTO DI MOTIVAZIONE E PROPULSIONE AL CAMBIAMENTO

Andrea Vettori

Partner SanitaNova s.r.l.

Abstract: La valutazione della performance nella pubblica amministrazione ha inizio con il DLgs 150/2009, perno della riforma del pubblico impiego e con la legge delega n. 15 dello stesso anno. Nell'ambito delle aziende sanitarie pubbliche, la misurazione e la valutazione della performance è finalizzata a favorire il miglioramento dei servizi diagnostici, clinici e assistenziali rivolti al paziente/cittadino, promuovendo la crescita delle competenze da parte delle risorse umane impiegate. L'obiettivo principale del modello di valutazione organizzativa e individuale è quello di trasformare il significato della valutazione da elemento che genera diffidenza, timore, insicurezza ad elemento di propulsione al cambiamento e alla voglia di fare.

Parole chiave: Valutazione performance individuale in sanità, Brunetta in sanità

Introduzione: Il DLgs 150/2009 introduce un nuovo concetto di performance intesa come il contributo che ciascun soggetto apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata creata.

Il sistema di valutazione esce dal tradizionale ambito dirigenziale, viene esteso a tutti i dipendenti dell'azienda, sia dirigenti che del comparto e si sposta sulla performance individuale.

Materiali e metodi: Un modello di sviluppo operativo sulla valutazione della performance organizzativa e individuale in sanità deve essere composto da quattro parti:

- un sistema degli obiettivi
- un sistema delle competenze
- un sistema di reporting
- un sistema informativo di supporto

1. Un sistema degli obiettivi è costituito da:

Adeguamento del sistema dei regolamenti aziendali

Progettazione del sistema di misurazione dei risultati

Attivazione e accompagnamento della funzione "misurazione della performance"

2. Un sistema delle competenze è costituito da:

Analisi della documentazione

Definizione e struttura dei ruoli e delle famiglie professionali

Catalogo delle competenze

Definizione dei profili organizzativi

Rilevazione delle competenze

Gap analysis

3. Un sistema di reporting ha l'obiettivo di definire e disegnare gli strumenti di rendicontazione sul funzionamento del sistema, sulle performance conseguite dall'organizzazione e dai singoli.

4. Un sistema informativo di supporto è costituito da un applicativo per gestire la valutazione ed ha lo scopo di accompagnare l'azienda dall'avvio della programmazione alla gestione della reportistica interna ed esterna, secondo le regole previste dalla trasparenza. Il supporto è offerto attraverso una piattaforma informatica dedicata alla gestione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance.

Risultati e Conclusioni: L'utilità di sistemi operativi capaci di valutare con efficacia l'attività lavorativa nelle aziende sanitarie, resta evidente con riguardo a competenze tecnico-professionali, comportamenti organizzativi e professionali e risultati clinici/assistenziali/economici ottenuti.

La valutazione della performance organizzativa e individuale diviene strumento di motivazione e propulsione al cambiamento il che comporta: indirizzi di politica sanitaria, chiari, forti ed univoci, una direzione strategica aziendale autorevole, un ruolo degli operatori ben definito, incarichi professionali, una valutazione basata sulla verifica delle attività e sul raggiungimento degli obiettivi, un coinvolgimento del medico, un rilancio della professione medica.

COME AUMENTARE LA COMPLIANCE DEGLI OPERATORI SANITARI ALL'IGIENE DELLE MANI?

Zaccardi F.^o, Ciraolo F.^o, Poli A.*^o, Cocchi E.^o

^oDirezione Sanitaria Presidio Firenze Centro Azienda Sanitaria di Firenze

*Resp. Coordinamento Infezioni Ospedaliere Azienda Sanitaria di Firenze

Parole chiave: prevenzione delle infezioni nosocomiali, igiene delle mani, audit clinico

Introduzione

L'igiene delle mani è la misura piu' efficace per ridurre le infezioni associate alle cure sanitarie.

L'Azienda Sanitaria di Firenze, tramite il Coordinamento aziendale delle infezioni Ospedaliere, ha aderito negli ultimi anni alla Campagna "Clean Care is Safer Care" lanciata dall' OMS. Il messaggio centrale della campagna ribadisce come poche e semplici misure efficaci, possano incidere significativamente sulla morbilità e mortalità associata alle cure. In sintonia con il progetto OMS, per valutare la compliance degli operatori sanitari all'igiene delle mani, la direzione sanitaria del presidio Firenze centro, in accordo con il Coordinamento Infezioni Ospedaliere aziendale, ha deciso di coinvolgere un reparto di degenza ordinaria in un audit clinico.

Materiali e metodi

Come indicatore è stato scelto un indicatore di processo: la frequenza di adesione degli operatori all'igiene delle mani. La fonte dei dati per il calcolo dell'indicatore, deriva da osservazioni fatte utilizzando la griglia dell'OMS ("scheda di osservazione momento 1"). Le linee guida che hanno fatto da riferimento per lo standard sono quelle dell'OMS: "WHO Guidelines on hand hygiene in healthcare" Geneve 2009 e la procedura aziendale AS/PR040 "Il lavaggio delle mani nell'Azienda Sanitaria di Firenze".

Il gruppo di lavoro multidisciplinare (direzione sanitaria di presidio, infermieri e medici del reparto), ha rilevato 101 opportunità del momento 1 così distribuite: 33% medici, 33% infermieri, 28% oss, 6% altri operatori.

Risultati

In totale, l'adesione al lavaggio delle mani nel reparto è stato del 53%. Entrando nel dettaglio, per singola categoria professionale, l'analisi ha evidenziato i seguenti risultati: infermieri 67%, medici 42%, Oss 53%, altro 33%. I dati sono stati illustrati in sede di audit agli operatori sanitari, che hanno rilevato le seguenti criticità:

- Il personale medico che visita i pazienti senza un infermiere di supporto, come voluto dalla nuova organizzazione "Lean" dell'ospedale, puo' dimenticare il lavaggio delle mani, a causa delle frequenti interruzioni dovute al telefono o altro.
- L'uso dei guanti è una protezione che puo' confondere il professionista
- La percentuale di adesione al lavaggio delle mani degli Oss è molto bassa, tenuto conto che loro toccano moltissimo il paziente
- Il gel alcolico brucia le mani

Conclusioni

I partecipanti all'audit hanno espresso quello che secondo loro potrebbe essere utile per aumentare l'aderenza al lavaggio delle mani:

- Introdurre nei computer portatili usati dai medici per la visita uno reminder elettronico (tipo screensaver) che ricordi il lavaggio delle mani
 - Inviare a tutti gli operatori del reparto il report finale dell'audit, per sensibilizzarli sul problema.
- Programmi: re-audit nel 2011 con coinvolgimento di un maggior numero di operatori sanitari.

Bibliografia

- "Who guidelines on hand hygiene in health care" Geneve 2009
- Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. CCM. Regione Emilia Romagna
- "Guideline for hand hygiene in health-care settings" CDC 2002
- Procedura AS/PR/040 "Il lavaggio delle mani nell'Azienda Sanitaria di Firenze" 2010

ECO-OSPEDALE: LA CERTIFICAZIONE ISO 14001 COME STRUMENTO DI RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE

Ardini A1., Bressan C2., Blasi Luciano3

1Medico igienista Direzione Medica, 2 ingegnere Ufficio Tecnico, rappresentante della Direzione per l'ambiente, 3collaboratore tecnico professionale Ufficio Tecnico, responsabile ambientale. – Presidio Bassini, Cinisello B. (MI)- A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento Milano

Introduzione

L'ospedale Bassini, è un ospedale pubblico generale di 330 posti letto attivi. La sua collocazione all'ingresso del Parco Nord ha fornito l'opportunità all'Azienda di intraprendere il percorso verso la certificazione ambientale UNI EN ISO 14001 e di integrazione con analoghe iniziative promosse dal Consorzio Parco Nord (fig. 1).

Il progetto "ECO-OSPEDALE" si rivolge a tutti gli utilizzatori del nosocomio (operatori, fornitori di servizi esterni, pazienti che accedono all'ospedale per le cure).



Fig. 1 Ospedale Bassini – Parco Nord Cinisello Balsamo (Mi)

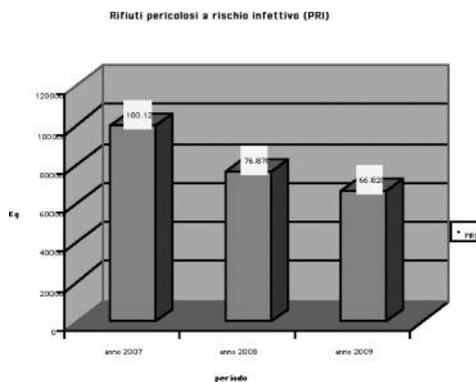


Fig. 2 Confronto quantità (kg) di PRI prodotte

Parole chiave: Eco-ospedale, UNI EN ISO 14001, controllo impatto ambientale.

Contenuti

Gli elementi fondamentali di questa nuova visione di una gestione integrata della salute e dell'ambiente sono riassumibili nei seguenti obiettivi, monitorati attraverso la raccolta e la verifica periodica di adeguati indicatori, da parte dell'Ufficio Tecnico e della Direzione Sanitaria:

Monitoraggio del conferimento rifiuti e dei consumi delle risorse energetiche

Fattore ambientale	Indicatore	Risultato 2007	Obiettivo 2008	Risultato 2008	Obiettivo 2009	Risultato 2009	Obiettivo 2010
Consumi	Consumo metano (m ³)	1.369.624	- 1% (1.256.928)	1.234.415	- 1% (1.222.071)	1.296.987	- 1% (1.284.017)
	Consumo energia elettrica (KWh)	7.593.794	- 1% (7.517.856)	7.705.413	- 1% (7.628.359)	7.516.842	- 1% (7.441.673)
	Consumo idrico (m ³)	159.800	- 1% (158.202)	212.890	- 1% (210.761)	172.890	- 1% (171.161)

Fig. 3 Confronto consumi principali risorse primarie utilizzate dal 2007 al 2009



Fig. 4 Pannelli fotovoltaici

Adeguamenti normativi

Ottimizzazione dei consumi

Gli indicatori utilizzati per monitorare il progetto sono indicatori di esito e riguardano oltre che la produzione dei rifiuti anche il consumo di risorse primarie utilizzate quali l'acqua, il gas naturale e l'energia elettrica. Nelle figure 2 e 3 è possibile confrontare i risultati raggiunti dal 2007 al 2009.

Conclusioni

Lo scopo iniziale del progetto, ovvero la certificazione ISO 14001 è stato raggiunto a giugno del 2008. Un aspetto significativo che si è verificato in itinere, a seguito dell'affermamento del P.O. Bassini dal 1 gennaio del 2009 all'A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, riguarda la trasferibilità delle esperienze e quindi delle procedure e delle istruzioni operative, relative prevalentemente alla gestione dei rifiuti, anche agli altri presidi dell'Azienda ospedaliera. E' importante sottolineare, infine, come si evince in quasi tutti i progetti di miglioramento realizzati, che la gestione più oculata dei processi, nel rispetto dei vincoli normativi in materia ambientale, si traduce in un utilizzo delle risorse più efficace ed efficiente. Questo è il punto di partenza per promuovere altri investimenti tecnologici a carico soprattutto degli impianti di illuminazione.

IL “BUON CAPITOLATO” PER LA FORNITURA DI “MATERIALI PER MEDICAZIONI AVANZATE”

E. Sesti*; A. Carbone°; F. La Commare**, G. Nasi°°

*UOC Qualità Aziendale e Risk Management; ASL Roma B

°Ospedale “S. Paolo” Civitavecchia

**Hospice “Villa Speranza” – UCSC Roma

°°Ospedale Classificato “Cristo Re” Roma

Parole chiave: materiali per medicazioni avanzate, capitolato,

Il contenimento della spesa farmaceutica è un obiettivo prioritario per il sistema sanitario che, tuttavia, deve confrontarsi con le esigenze di qualità del servizio e di appropriatezza delle terapie erogate.

Nel trattamento delle lesioni cutanee, le medicazioni avanzate, grazie al loro elevato contenuto tecnologico, rispondono a questo obiettivo consentendo il controllo dei costi e garantendo una ottima prestazione clinica, nonché una riduzione della durata complessiva della terapia.

Le medicazioni avanzate si caratterizzano per la specificità di applicazione rispetto allo stadio ed alle condizioni della ferita e per il loro costo superiore rispetto alle medicazioni tradizionali. Questi dispositivi medici appartengono ad un’area merceologica altamente specifica, caratterizzata da una rapida crescita tecnologica, che di riflesso condiziona le modalità interventistiche. L’evoluzione di questa categoria di prodotti talvolta è clinicamente rilevante, altre volte rappresenta una manovra di marketing senza dare dei reali vantaggi al paziente ed all’operatore.

Il capitolato di gara rappresenta una preziosa occasione per acquisire strumenti e metodi di valutazione delle medicazioni avanzate e motivare le scelte e le situazioni cliniche oggetto di analisi.

Il “buon capitolato” non è solo un modo per accedere ad economie di scala, ma un vero e proprio metodo di lavoro. Uno “strumento di governo clinico”, perché beni e tecnologie selezionati devono poi trovare una gestione ed un uso altrettanto attenti e rigorosi. Sarebbe un fallimento acquisire beni e tecnologie a condizioni vantaggiose, per poi scoprire che gli utilizzatori ne fanno un uso parziale e/o non corretto di tali strumenti.

Con il “buon capitolato” s’intende rispondere alle esigenze di appropriatezza delle prestazioni cliniche assistenziali ed accompagnare i professionisti nel loro autonomo percorso di responsabilizzazione sul miglioramento continuo della qualità del servizio e sulla salvaguardia di elevati standard di assistenza. La definizione di questo documento tecnico ha come finalità quindi quello di migliorare la qualità dei servizi di cura, pur nel contenimento dei costi. Per quest’ultimo aspetto occorre considerare che la maggior spesa per l’acquisto delle medicazioni avanzate è certamente compensata dai risultati clinici ottenuti e dal risparmio nell’uso di ulteriori farmaci (es. antibiotici) e di successivi trattamenti dovuti alle complicanze, tra cui le infezioni correlate alle procedure assistenziali. Infine, da sottolineare in ultima analisi ma certamente non di minore importanza, l’assicurazione di una migliore qualità di vita del paziente e dei familiari.

Il “buon capitolato” è stato realizzato da un gruppo di lavoro che ha riunito al suo interno varie figure professionali, rappresentative dei profili delle diverse discipline coinvolte nell’articolata filiera della gestione dei servizi assistenziali ospedalieri e territoriali dedicati alla persona. Il risultato è quindi frutto di una proposta condivisa che ha integrato in tal modo le competenze professionali e il know how specialistico indispensabili alla realizzazione di uno strumento multidisciplinare, quale il capitolato proposto.

PALLIATIVE SIMULTANEOUS CARE: ESPERIENZA DELL'HOSPICE ONCOLOGICO VILLA SPERANZA DELL'U.C.S.C. DI ROMA

La Commare F*, Nasi G**, Sesti E***, Turriziani A****

*Direttore Sanitario Hospice Villa Speranza U.C.S.C. Roma, ** Dirigente Medico Ospedale Classificato Cristo Re,

*** Direttore U.O.C. Qualità e Risk Management ASL RMB, **** Primario Hospice Villa Speranza U.C.S.C. Roma e Presidente Nazionale SICP.

Parole chiave: simultaneous care, hospice, cure palliative

Introduzione: L'umanizzazione della cura è tema di grande interesse nella riflessione sulla migliore assistenza in medicina. Da molti anni nell'esperienza internazionale e più di recente in Italia, il programma hospice si è posto l'obiettivo di fornire assistenza e supporto al paziente prossimo alla morte ed alla sua famiglia, in un processo di continuità terapeutica tra domicilio e struttura residenziale. Ciò che differenzia un hospice da un normale reparto ospedaliero è la filosofia di intervento e gli obiettivi che si pone: non salvare una vita ma consentire una morte dignitosa, priva di sofferenze fisiche, spirituali e morali, quanto più possibile serena per il malato e le persone. L'obiettivo non è più solo l'allungamento della vita, ma, soprattutto, cercare il beneficio clinico per il paziente che coniughi stabilità di malattia e qualità di vita almeno accettabile.

Contenuti: I criteri clinici necessari alla presa in carico presso l'Hospice Villa Speranza sono:

patologia tumorale maligna in fase avanzata con aspettativa di vita attesa inferiore a 3 mesi;

relazione clinica attestante la fase di terminalità, la severità dei sintomi una limitata autonomia funzionale e la necessità di cure palliative e di supporto.

Per l'assistenza di tipo residenziale devono anche essere presenti le seguenti condizioni:

non idoneità della famiglia o dell'abitazione per l'espletamento dell'assistenza domiciliare;

paziente solo.

Per l'assistenza domiciliare è essenziale:

la presenza di un familiare di riferimento (caregiver) per il reale concretizzarsi delle terapie e dell'assistenza a domicilio.

La Palliative Simultaneous Care rappresenta una stretta integrazione fra trattamenti specifici e terapie di supporto con finalità esclusivamente palliativa attraverso percorsi clinici definiti e condivisi.

E' un modello assistenziale che perfeziona terapie antitumorali e cure di sostegno con lo scopo di soddisfare i fabbisogni sanitari, sociali e psicologici del malato e della sua famiglia attraverso la collaborazione di vari professionisti. Garantisce la continuità assistenziale e terapeutica anche in fase terminale di malattia.

Al fine di inserire ulteriori pazienti nel programma di assistenza in palliative simultaneous care, si aggiunge il seguente criterio di eleggibilità a quelli sopra descritti: casi selezionati di soggetti anche in cure oncologiche attive con finalità palliative.

La valutazione del caso clinico e dell'appropriatezza del piano terapeutico sono effettuate dall'Unità Valutativa Multidimensionale, costituita da professionisti dell'Hospice Villa Speranza e della ASL RME, secondo le indicazioni delle delibere regionali e della stessa azienda territoriale, che recepiscono un "affidamento" già in fase precoce del malato al centro di cure palliative cioè l'hospice.

L'avvio di questo sistema integrato "palliative simultaneous care" dell'Hospice Villa Speranza, è stato preceduto da un protocollo d'intesa tra ASL Roma E, Hospice Villa Speranza, Centro di Oncologia di riferimento del Policlinico A. Gemelli, Ospedale Cristo Re e IRCCS IDI.

Tale organizzazione offre a pazienti così complessi la possibilità di essere curati al proprio domicilio, permettendo loro di ricevere la terapia di supporto e il monitoraggio clinico necessari.

Conclusioni: La forma di integrazione e coordinamento dei trattamenti clinico-assistenziali, degli interventi sociali e di supporto psicologico descritta ha determinato gli attesi benefici riportati:

favorire la diminuzione dell'occupazione dei posti letto per acuti negli ospedali (deospedalizzazione); cioè ridurre i ricoveri ospedalieri alle strette necessità cliniche e per un tempo limitato;

garantire la continuità terapeutica con un adeguato supporto sociale e psicologico;

migliorare la qualità di vita del paziente e dei familiari;

abbattere i costi della sanità.

In un anno sono stati assistiti 109 pazienti (36 donne e 73 uomini) sopravvivenza media 120 giorni.

Abbiamo garantito continuità assistenziale e terapeutica fino alla fase terminale di malattia.

LA RETE IN CURE PALLIATIVE: UN FATTO CULTURALE

La Commare F*, Nasi G**, Turriziani A***, Sesti E****

*Direttore Sanitario Hospice Villa Speranza U.C.S.C., ** Dirigente Medico Ospedale Cristo Re, *** Primario Hospice Villa Speranza U.C.S.C.-Presidente Nazionale SICP,**** Direttore UOC Qualità e Risk Management ASLRMB

Negli ultimi anni si assiste ad un crescente interesse verso le problematiche di fine vita e si ha, da parte dei malati, una maggiore consapevolezza dei propri diritti. Il concretizzarsi della rete nazionale di Cure Palliative, costituita da Hospice Residenziali e Domiciliari, ha affermato la filosofia di intervento delle Cure Palliative con l'obiettivo di consentire una morte dignitosa, anche quando la malattia è in progressione evitando altresì che il dolore assuma i contorni di una sofferenza generalizzata. Il primo obiettivo delle Cure Palliative è quindi tutelare la qualità della vita dei malati in fase terminale, alla luce del medesimo concetto che ciascun malato ha in sé, assicurandogli la migliore terapia, per quella malattia, in quel momento della sua vita. Si è a lungo discusso in quale istante del trattamento di un malato con cancro debbano subentrare le Cure Palliative e oggi si conviene che non ci può essere netta separazione tra le cure per guarire e le cure palliative ma una loro compartecipazione, proporzionalmente diversa secondo lo stadio di malattia. Idealmente è possibile prevedere una stretta collaborazione tra le diverse competenze sin dall'inizio della patologia. La necessità di strutture diversificate deputate all'assistenza rispondenti ai nuovi bisogni che si generano nel corso della malattia oncologica, danno impulso, nell'ambito della programmazione sanitaria, allo sviluppo delle Cure Palliative e degli Hospice. La grave malattia organica, la prossimità della morte pongono alla Medicina la sfida di applicare le conoscenze teoriche e metodologiche in un contesto nuovo, e sempre più ampio, della cura medica e del processo assistenziale. L'Unità Valutativa Multidisciplinare (U.V.M.) è composta da: Direttore Sanitario, Primario e Caposala dell'Hospice Oncologico Villa Speranza, e 2 Oncologi della ASL RME (corrispondenti ai 4 CAD territoriali). Compiti della Unità Valutativa sono:

– verifica dei criteri di eleggibilità dei pazienti che fanno richiesta di presa in carico in Hospice (residenziale/domiciliare)

– disposizione del luogo di erogazione dell'assistenza

– formulazione della lista d'attesa

– monitoraggio, appropriatezza e congruità delle prestazioni in Hospice (residenziale e domiciliare).

I componenti di tale Unità Valutativa si riuniscono 3 volte a settimana, per la valutazione delle richieste di presa in carico. Nel 2010 sono stati eseguiti 146 incontri e sono state valutate 991 istanze di presa in carico.

Il setting di assistenza maggiormente richiesto, alla presentazione della domanda, è sempre stato quello residenziale. Nel 2010 sono pervenute 991 richieste di cui, 544 per il setting residenziale e 447 per il setting domiciliare; per assenza di criteri di eleggibilità sono risultate non idonee 109 richieste (11%) su 991 richieste valutate e sono risultate adeguate per la presa in carico 882 domande (89%), di cui il 48% (476) idonee per il setting residenziale e il 41% (406) per il setting domiciliare. Questo dato mette in rilievo come, anche se nel tempo i centri che segnalano i pazienti abbiano migliorato l'appropriatezza delle richieste e conoscano il reale target assistenziale dell'hospice, vi è ancora un'alta percentuale di istanze che non rispondono ai requisiti di appropriatezza. In modo particolare tra le domande non idonee, si evidenzia una tendenza di richieste per malattie non in fase terminale (aspettativa di vita non superiore ai 90 giorni), bensì di quadri di pluripatologie cronico-degenerative da indirizzare in regime di lungodegenza o RSA.

Anno	N. incontri Unità Valutativa	Domande Valutate	Idonee per Hospice	Idonee per AD	Non idonee
2002	55	463	241	102	120
2003	70	640	355	151	134
2004	88	580	350	141	89
2005	89	623	367	193	63
2006	92	705	411	212	82
2007	131	857	463	299	95
2008	142	971	548	335	88
2009	146	974	504	377	93
2010	146	991	544	447	109

PROGETTO REGIONALE “INTEGRAZIONE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO” DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE AD ALTA INTENSITÀ: ESPERIMENTO DEL PERCORSO DI TRATTAMENTO DELLA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

Francesco Vaia*, Stefano Pompili°, Fabio De Angelis°, Emilio Scalise**

*Direttore Sanitario di Presidio Azienda Policlinico Umberto I – Università Sapienza di Roma

**Coordinatore Ufficio Facilitatore Ricoveri e Dimissioni Az. Policlinico Umberto I – Università Sapienza di Roma

° Direttore Sanitario Azienda ASL Roma A

°° Direttore Sanitario II Distretto Azienda ASL Roma A

Premessa: la SLA è in crescita negli ultimi anni; si ammalano entrambi i sessi, in un'età compresa tra i 40 e i 70 anni, con una prevalenza di 6-8 casi ogni 100.000 abitanti. Nel territorio di riferimento (ASL RM/A), con una popolazione di c.a. 485.239 abitanti, sono censiti n. 19 pazienti, di cui 4 minori, inseriti in programmi di ospedalizzazione domiciliare ad alta intensità, di cui n. 12 pazienti sono affetti da SLA in stadio C e D. (n.15 pazienti in stadio A e B). La progressione della SLA è molto rapida, conducendo alla morte in 2-5 anni. Recentemente anche grazie ai progressi della ventilazione assistita, il 50% di pazienti sopravvive 10 o più anni dopo la diagnosi. Ha comunque un impatto devastante sul paziente e sulla sua famiglia, rendendo necessaria la razionalizzazione dei livelli assistenziali.

Obiettivo: facilitazione, organizzazione ed omogeneizzazione del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale fino a domicilio.

Metodo: Il modello assistenziale elaborato attraverso il Gruppo per la SLA della Regione Lazio (DGR n. 819 del 28/10/2009) si basa sul criterio di *stadiazione*, identificando i bisogni del paziente SLA secondo la combinazione delle seguenti 4 aree sintomatiche:

- **STADIO A:** primi sintomi che non interferiscono significativamente con lo stile di vita;
- **STADIO B:** supporto ventilatorio (NIV) non continuativo, disfagia, disartria e motricità Compromessa;
- **STADIO C:** NIV h12/h18, nutrizione artificiale, anartria e motricità compromessa severamente;
- **STADIO D:** NIV h24/tracheostomia, nutrizione artificiale, disartria e totale immobilità.

La sperimentazione è rivolta ai pazienti con SLA in stadi A e B (che non rientrano nella Del. 161/2009) e si avvale di un protocollo d'intesa di cui in Delibera n. 729 del 12/07/2010 del Policlinico Umberto I di Roma (struttura di riferimento della ASL RM A) per l'erogazione dei seguenti servizi:

- prestazioni infermieristiche aggiuntive in reparto ospedaliero per gestire il post-acuzie;
- accessi di figure specialistiche ospedaliere (pneumologo, deglutologo, fisioterapista e psicologo) presso il domicilio dei pazienti afferenti alla ASL RM A;
- promozione di occasioni di formazione per personale medico e di assistenza (compresi temi di aggiornamento per familiari);
- condivisione del data-base computerizzato delle cartelle cliniche dei pazienti per creare una “rete” di informazioni condivisa ospedale-territorio.

La natura dinamica dell'evoluzione clinica nella SLA determina la necessità di un monitoraggio del grado di disabilità progressiva ed una costante rimodulazione dell'intervento assistenziale. Per il caratteristico totale mantenimento dell'integrità mentale (fino alle estreme fasi della malattia), è necessario contemplare anche un percorso di cure palliative, rivolte al trattamento sia dei sintomi fisici che delle problematiche psico-sociali ed esistenziali di questi pazienti e dei loro familiari.

Strumenti: progetto regionale con impegno economico di spesa.

Risultati: in collaborazione con l'Ufficio del Facilitatore dei ricoveri e dimissioni (Bed Manager) e le realtà assistenziali ospedaliere (Sala rossa del P.S., Reparto di medicina d'urgenza, Reparti di neurologia e fisiopatologia respiratoria) è stato realizzato un percorso interno ospedaliero. Con la collaborazione del Servizio sociale aziendale, la presa in carico del paziente con SLA avviene al suo ingresso in ospedale, con conseguente attivazione presso la ASL di residenza di tutte le procedure amministrative-assistenziali, per il trasferimento a domicilio nella fase post-acuzie. Un'opportunità che ha permesso la fornitura del ventilatore domiciliare, già durante il ricovero ospedaliero, facilitando i familiari al suo uso. L'ospedalizzazione della SLA con la caratteristica imprevedibilità dell'evoluzione, ha sensibilmente ridotto il ricorso a ricoveri in ambienti “impropri” ed “inadeguati” per la peculiarità sintomatologica che in fase critica deve essere gestita al di fuori dell'ambito neurologico di iniziale competenza.

EPISODI DI TUBERCOLOSI IN DUE ASILI NIDO DI UNA ASL ROMANA

Napoli PA°, Sesti E°, Auriemma P°°, Lauria F*, Borgia P**, Girardi E**, Nasi G^, P. Galli^^

°UOC Sorveglianza, prevenzione e controllo malattie infettive ASL Roma B

°°UOC Qualità e Risk Management ASL Roma B

°°°Dipartimento Materno Infantile ASL Roma B

*UOC M.I.A.R., IRCSS L. Spallanzani – Roma

**Dipartimento Epidemiologico ASP Lazio

^Direzione Sanitaria Ospedale Classificato Cristo Re – Roma

^^Direzione Sanitaria Casa di Cura Villa Luisa - Roma

Parole chiave: Tubercolosi, asilo nido, organizzazione territoriale

Introduzione: In Italia la frequenza della tubercolosi è andata progressivamente diminuendo dalla seconda metà del 1900 fino agli anni '80, mentre negli ultimi 20 anni si è assistito ad un trend sostanzialmente stabile, oscillando sempre intorno ai 7 casi per 100.000 abitanti. Negli ultimi 10 anni l'incidenza di TBC nei bambini (età compresa tra 0-4 anni) si è mantenuta intorno ai 3-4 casi ogni 100.000, mostrando solamente 2 picchi, rispettivamente nel 2005 con 4,4 casi e nel 2008 con 4 casi per 100.000 bambini, facendo registrare di conseguenza un aumento, sempre più frequente, di focolai epidemici in comunità scolastiche. In questo lavoro è illustrato un intervento di Sanità Pubblica messo in atto a seguito della notifica di un caso di tubercolosi polmonare in un bambino di 13 mesi che ha frequentato due asili nido.

Materiali e metodi: Nel mese di aprile 2010 il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dell'ASL Roma B ha ricevuto la notifica di un caso sospetto di tubercolosi polmonare relativa ad un bambino di 13 mesi residente nel proprio territorio. Dalle informazioni dei sanitari che avevano in cura il bambino si confermava la diagnosi (positività esame liquor e aspirato gastrico) e si apprendeva che l'inizio dei sintomi risaliva a metà marzo. E' stato costituito un apposito Gruppo di Lavoro (GdL) formato dai rappresentanti dei diversi servizi coinvolti e supportato da un rappresentante dell'ASP-Lazio ed un consulente infettivologo esterno. Individuati entrambi gli asili, i bambini ed il personale scolastico, si è proceduto agli interventi di profilassi secondo quanto previsto dalle linee guida. Per problemi organizzativi si è preferito adottare il tb-gold come test di screening, in quanto il test Mantoux avrebbe richiesto due accessi a distanza di 72 ore l'uno dall'altro (esecuzione e lettura). Il servizio di Medicina Preventiva dell'età evolutiva e la UOC di Pediatria dell'Ospedale S. Pertini hanno definito un percorso dedicato per i prelievi ematici e la valutazione clinica, hanno organizzato incontri con i genitori per aggiornarli sulla situazione, per dare informazioni sull'utilità e sulla necessità della chemio-profilassi e si è resa disponibile, una linea telefonica ad hoc, per tutte le eventuali richieste di chiarimenti. Il SISP, per la ricerca della fonte di infezione, ha provveduto ad individuare e sottoporre a screening i contatti stretti adulti rappresentati dai familiari del caso e dagli operatori scolastici delle due scuole.

Risultati: I bambini del primo asilo che hanno eseguito il test sono stati 53 e sono risultati 6 positivi e 15 cut-off, di questi tutti e 53 hanno eseguito Rx Torace risultando tutti negativi. Sono state eseguite 53 visite specialistiche e sono state avviate 51 profilassi, 2 non hanno voluto effettuarne. Dopo circa 8-10 settimane dall'ultimo contatto con il caso veniva effettuato nuovo tb-gold che interessava 47 bambini (tutti tranne i positivi al primo test), ne risultarono 8 positivi e 9 cut-off. I bambini oltre ad uscire dal protocollo terminarono anche la profilassi a suo tempo iniziata. A questo punto un ulteriore test tb-gold veniva eseguito soltanto sui bambini che avevano un risultato dubbio al precedente, dei 9 bambini risultati cut-off hanno eseguito il test solamente 8 in quanto 1 si era trasferito nel suo paese di origine, di questi solamente 1 era risultato positivo, tra l'altro al primo test era negativo ed al secondo era divenuto cut-off. I bambini del secondo asilo che hanno eseguito il test sono stati 41 e sono risultati 7 positivi e 7 cut-off, di questi 29 hanno eseguito Rx Torace risultando tutti negativi, gli altri 11 non hanno eseguito Rx per volontà dei genitori o perché non era necessario in quanto non frequentavano il nido durante la presenza del caso.

Conclusioni: Malgrado non sia stato possibile risalire al "paziente fonte", la gestione dell'evento epidemico è stata caratterizzata da una immediata risposta organizzativa (costituzione del gruppo di lavoro), a cui sono stati chiamati a far parte oltre a professionisti dei servizi aziendali, autorità sanitarie regionali (medici ASP-Regione Lazio) e specialisti IRCSS "Spallanzani" di Roma. La buona integrazione dei servizi sanitari aziendali con gli organismi regionali ha consentito il contenimento della diffusione dell'episodio infettivo. Un altro aspetto rilevante dell'episodio è stata la partecipazione "attiva" di tutti gli attori diretti es. i familiari dei bambini, tutto il personale degli asili nido ed i bambini.

LA RESILIENZA: UN CAMBIAMENTO DI PROSPETTIVA PER COSTRUIRE UN AMBIENTE DI LAVORO SANO E SICURO.

E. Sesti^o, G. Nasi^o, F. La Commare*, M.L. Paglioni**

^o *Direttore UOC Qualità e Risk Management ASL Roma B*

^o *Dirigente Medico Direzione Sanitaria Ospedale Classificato "Cristo Re" Roma*

**Direttore Sanitario Hospice Villa Speranza UCSC Roma*

***Dirigente Psicologa ASL Roma B*

Parole chiave: resilienza, organizzazione, individuo

Il termine «resilienza», appartiene alla fisica dei materiali e indica l'attitudine di un corpo a riacquistare la propria forma iniziale dopo aver subito una deformazione causata da un impatto. Indica elasticità, la caratteristica cioè di alcuni materiali di assorbire molta energia in caso di urto, in contrapposizione ai materiali rigidi che viceversa nell'impatto assorbono poca energia. Resilienza non è quindi equivalente a "resistenza", si può dire anzi che indichi il suo opposto, una "non resistenza" funzionale alla sopravvivenza, un piegarsi senza spezzarsi. Eliminare lo stress, non solo è impossibile, ma anche inutile. Siamo fatti per convivere quotidianamente con lo stress, a tale scopo possediamo dentro di noi, un insieme di risorse che abbiamo ereditato dal passato che si chiama proprio «resilienza» o resistenza psicologica.

La resilienza inizia ad essere la regola negli esseri umani, ma non è certo indice di fragilità.

Considerato che la resilienza è declinabile in ambienti aziendali, associativi, territoriali, si può parlare di "aziende resilienti", "organizzazioni resilienti", "associazioni resilienti".

Oggi più che mai per un manager è essenziale essere reattivo ed emotivamente stabile per trasformare gli eventi stressanti in eventi positivi, sia sul piano professionale che personale. Diventare più "resistenti" è possibile. Lo sviluppo della resilienza nelle persone è caratterizzato da componenti di tipo psicologico: spirito di sacrificio, fiducia nelle proprie capacità, senso di controllo, tolleranza alla frustrazione, capacità di ristrutturazione cognitiva, attitudine alla speranza, miglioramento consapevole nel percorso di apprendimento lungo tutto l'arco della vita, consapevolezza dell'importanza del gruppo, incremento della trama di relazioni nella rete, capacità di socializzare e di relazionarsi in modo supportante dentro e fuori il gruppo. L'organizzazione resiliente si crea pertanto intessendo relazioni in grado di stimolare amore e fiducia, offrendo modelli di ruolo rassicuranti; progettando realisticamente le proprie mete pianificandone le tappe per conseguirle. Tutto ciò conduce ad una visione positiva di sé e alla fiducia nelle proprie attitudini e risorse, con conseguente capacità di comunicare adeguatamente, di risolvere i problemi e di controllare le emozioni e gli impulsi.

Tali capacità si possono costruire e sviluppare attraverso strategie legate alla personalità individuale e alla cultura. In generale sono suggerite le seguenti modalità per costruire la resilienza: sviluppare una rete di connessioni sociali, evitare di considerare le crisi come problemi insormontabili, accettare che il cambiamento faccia parte della vita, puntare alla realizzazione dei propri obiettivi, agire in modo deciso, nutrire un'immagine positiva di sé, considerare le cose in prospettiva, mantenere una visione ottimistica, prendersi cura di sé e creare modalità personali di rafforzamento della resilienza.

Occorre quindi spostare il focus dal singolo individuo alla comunità, attraverso una lettura circolare per la quale un soggetto con capacità resilienti contribuisce a rendere resiliente la propria comunità che a sua volta funge da tutore della resilienza stessa per gli individui che ne fanno parte; al contrario, l'assenza della resilienza comunitaria rende vulnerabili i suoi membri.

37° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

PREMIO AMBIENTE

L'USO RAZIONALE DELL'ENERGIA E IL RISPETTO DELL'AMBIENTE: LA CULTURA PER UNA SOSTENIBILITÀ VINCENTE

M. De Michele, G. Serrazanetti, D. Pedrini.

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi - Coordinamento Attività Tecniche Integrate.

Parole chiave: strategie e politiche ambientali, uso razionale delle fonti energetiche, rispetto dell'ambiente, certificazione, gestione.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola – Malpighi, si estende su un'area per circa 1,8 km di lunghezza e 300 m di larghezza, su cui insistono 30 padiglioni.

L'Azienda è organizzata in 7 Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) che comprendono 91 Unità Operative, è dotata di 1758 posti letto con un organico di 5355 dipendenti, vi si effettuano 72.000 ricoveri all'anno e 4.000.000 di prestazioni specialistiche per esterni, si stimano circa 20.000 presenze al giorno di frequentatori (personale dipendente, studenti e docenti universitari, pazienti, visitatori e fornitori, ecc.).

Un grande ospedale, dal punto di vista ambientale, è un oggetto difficile: invasivo, energivoro, concentratore di traffico, produttore di rifiuti di tutti i tipi, ecc.; l'"energia" nel contesto di una struttura ospedaliera assume un ruolo determinante anche per la qualità delle prestazioni sanitarie ed assistenziali erogate. In una situazione di questo genere, l'approccio verso le tematiche di uso razionale delle energie e di rispetto ambientale non può che essere sistematico, costante e "pressante". Imperativo è assicurare ai degenti e ai cittadini un miglioramento della qualità della vita, risparmio economico, riduzione delle emissioni inquinanti.

Il progetto e l'esperienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola Malpighi, a partire dal 2007, si impernia su strategie di intervento di breve, medio e lungo periodo, con particolare attenzione, da un lato, alle azioni quotidiane ed ai comportamenti di tutti e, dall'altro, all'utilizzo delle nuove tecnologie e delle fonti rinnovabili per migliorare l'efficienza energetica negli interventi di manutenzione e di trasformazione del patrimonio (strutture, impianti, tecnologie e attrezzature).

Per ogni attività e per ogni intervento è possibile andare a verificare sul campo i risultati qualitativi e/o quantitativi ottenuti nei vari anni.

L'obiettivo principale è creare "*cultura per una sostenibilità vincente*" e perseguire, nella propria politica ambientale, il compito etico e morale di contribuire alla protezione dell'ambiente sviluppando la politica di sensibilizzazione ed il coinvolgimento del personale e dei soggetti terzi ai quali sono affidati appalti, lavori, incarichi e servizi.

ECO-OSPEDALE: LA CERTIFICAZIONE ISO 14001 COME STRUMENTO DI RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE.

Ardini A1., Bressan C2., Blasi Luciano³

1Medico igienista Direzione Medica , 2 ingegnere Ufficio Tecnico, rappresentante della Direzione per l'ambiente, 3collaboratore tecnico professionale Ufficio Tecnico, responsabile ambientale. – Presidio Bassini, Cinisello B. (MI)-A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento Milano

L'ospedale Bassini, è un ospedale pubblico generale di 300 posti letto. La sua collocazione all'ingresso del Parco Nord ha fornito l'opportunità all'Azienda di intraprendere il percorso verso la certificazione ambientale UNI EN ISO 14001 e di integrazione con analoghe iniziative promosse dal Consorzio Parco Nord.

Il progetto "ECO-OSPEDALE" si rivolge a tutti gli utilizzatori del nosocomio (operatori, fornitori di servizi esterni, pazienti che accedono all'ospedale per le cure).

Gli elementi fondamentali di questa nuova visione di una gestione integrata della salute e dell'ambiente sono riassumibili nei seguenti obiettivi, monitorati attraverso la raccolta e la verifica periodica di adeguati indicatori, da parte dell'Ufficio Tecnico e della Direzione Sanitaria:

Monitoraggio del conferimento rifiuti e dei consumi delle risorse energetiche

Adeguamenti normativi

Ottimizzazione dei consumi

Lo scopo iniziale del progetto, ovvero la certificazione ISO 14001 è stato raggiunto a giugno del 2008. Il punto di forza di questo progetto è rappresentato dal coinvolgimento non solo dei componenti del gruppo di lavoro ma di tutto il personale dell'ospedale, utenza compresa. E' importante sottolineare infine, che la gestione più oculata dei processi, il rispetto dei vincoli normativi in materia ambientale ha portato ad un utilizzo delle risorse più efficace ed efficiente in quasi tutti i progetti di miglioramento realizzati e soprattutto nella gestione dei rifiuti pericolosi potenzialmente a rischio infettivo.

Parole chiave: Eco-Ospedale; UNI EN ISO 14001; Controllo impatto ambientale

PER UNA SALUTE DI «CLASSE A»: IL PRIMO PASSO VERSO L'ECO-SOSTENIBILITÀ DEL PRESIDIO OSPEDALIERO "MAGGIORE" DI CHIERI (ASL TO5 – REGIONE PIEMONTE)

Dott. Messori Ioli Giovanni, *Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero Maggiore di Chieri (ASLTO5 – Piemonte)*, *messori.giovanni@aslto5.piemonte.it*

Vola Federico, *tirocinante presso la S.C. Controllo di Gestione, ASL TO5*

Di Nicuolo Christian, Del Fabbro Marzio, Fissore Andrea, *progettisti presso Ecostudio Architetti, www.ecostudioarchitetti.com, info@ecostudioarchitetti.com*

Aimone Massimo, *Direttore Sanitario ASLTO5*

Plastino Vito, *Commissario ASLTO5*

Parole chiave: ecosostenibilità ambientale, health impact assessment, edilizia sanitaria Ecocompatibile

Abstract

Per far fronte ai vincoli di sostenibilità economica del sistema, cui è quotidianamente e in modo sempre più pressante messo di fronte, il manager sanitario è chiamato a cogliere le opportunità offerte da un nuovo approccio nei confronti della sostenibilità ambientale. Una strategia green si traduce infatti per un'ASL in un maggiore onere nel breve periodo, ma in consistenti risparmi nel medio e nel lungo periodo. L'health impact assessment e la valutazione di impatto strategico sono gli strumenti che permettono di riportare queste valutazioni al centro del momento decisionale. Nell'ASL TO5 si stanno proponendo delle soluzioni innovative, ponendo l'attenzione verso la variabile ambientale di medio-lungo periodo, nell'ottica di un riallineamento della sostenibilità economica e di quella ecologica. Questa prospettiva «economologica» attraversa una pluralità di ambiti decisionali: tanto la riorganizzazione delle strutture aziendali, quanto i nuovi progetti di edilizia sanitaria.

MODELLI E SOLUZIONI PER IL RECUPERO DELL'ACQUA OSMOTIZZATA NEGLI IMPIANTI IDRICI PER LA PRODUZIONE DI ACQUA PER DIALISI

Autore: D. Nepa*

Ingegnere collaboratore ANMDO

Abstract:

Il recupero e la gestione delle risorse idriche negli ultimi anni stanno ricoprendo un ruolo sempre più importante nelle pubbliche amministrazioni ed in particolare nelle strutture sanitarie pubbliche che private.

È possibile recuperare e avere quindi una buona gestione delle risorse idriche ospedaliere in diversi modi (serbatoi di accumulo per le acque meteoriche, installazione di frangigetto e miscelatori d'aria nei rubinetti dei lavandini, installazione di cassette per WC che utilizzano quantitativi d'acqua differenziati).

All'interno delle strutture sanitarie è possibile agire un un processo che fa dell'acqua il suo punto critico: la dialisi. Questo processo è un vero è proprio "divoratore" d'acqua che per il suo utilizzo deve subire una serie di trattamenti per raggiungere le caratteristiche chimico-fisiche per essere poi utilizzato nel rene artificiale.

Il collo di bottiglia dell'intero processo, per gli impianti che non sono di ultima generazione, è nel trattamento osmotico che scarica una notevole quantità di acqua sia al primo che nel secondo stadio (se si tratta di bi-osmosi). Nel progetto saranno presentate alcune soluzioni impiantistiche, diverse tra loro per caratteristiche e modalità di utilizzo dell'acqua di recupero, per evitare di disperdere nell'ambiente dei quantitativi di acqua "pregiata" con inevitabile spreco di risorse economiche.

ESPERIENZE DELL'ASL N. 1 IMPERIESE CIRCA LA SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE APPLICATA ALLA SANITÀ

Gian Paolo Pagliari * Donata Passerini** Marina Doria; Pierpaolo Dellacà*** Russom Teklé; Anna Onesti****
*Direttore Area Presidio Ospedaliero

**Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale Risk Management e I.C.P.A.

***Dirigente Medico Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale; Ingegnere Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.

****Medico Competente; Assistente Sanitaria Servizio Medico Competente

PAROLE CHIAVE

Sviluppo Sostenibile – Benessere – Luogo di lavoro

RIASSUNTO

E' da circa due anni che all'interno dell'ASL n.1 Imperiese è stato costituito un gruppo composto da medici, infermieri ed operatori sanitari, che si riunisce a cadenza mensile presso la sede amministrativa dell'ASL. La formazione del gruppo sopra citato è stata possibile grazie alla sensibilità sull'argomento dimostrata dalla Direzione Aziendale ed è stata organizzata come fase iniziale una giornata di sensibilizzazione allo sviluppo sostenibile in collaborazione con il Comité pour le Développement Durable en Santé, France.

Il gruppo così formato e che contava inizialmente 23 persone, è attualmente composto da circa 40 persone che elaborano congiuntamente obiettivi e strategie, identificando priorità in relazione alla fattibilità ed all'impatto economico delle azioni che si vorrebbero intraprendere.

Ai lavori del gruppo partecipano anche i responsabili amministrativi dell'ASL in considerazione del fatto che alcune azioni implicano necessariamente il coinvolgimento per esempio della Struttura Complessa Ingegneria Clinica e/o della Struttura Complessa Gestione Risorse.

Numerosi sono i campi dove possono essere sviluppate azioni virtuose per l'ambiente, ma necessariamente il gruppo ha scelto prioritariamente di rivolgere la propria attenzione verso obiettivi concreti, realisticamente raggiungibili e misurabili.

Ad oggi sono stati ottenuti i seguenti risultati:

RIFIUTI

Risparmio di € 110.411,63 nell'anno 2010 rispetto all'anno precedente relativo alla spesa per lo smaltimento dei rifiuti speciali.

E' stata aumentata la raccolta differenziata (vetro, carta, cartone, plastica) in quasi tutta l'Azienda.

Il rispetto delle linee guida aziendali sui rifiuti è da due anni inserito tra gli obiettivi di qualità delle schede di budget di ogni Struttura sia Ospedaliera che Territoriale ed il raggiungimento dell'obiettivo è correlato al salario di risultato.

ACQUISTI VERDI RESPONSABILI

Inserimento nel Capitolato Speciale per la gara delle pulizie (scadenza a luglio 2011) di un punto che premia la Ditta che offrirà un progetto ad elevata sostenibilità ambientale in relazione all'utilizzo di materiali e prodotti a minore impatto inquinante.

Dal 2010 è in corso un programma di sostituzione delle pile monouso in pile ricaricabili in alcune Strutture.

Collaborazione con la Commissione Interna di Qualità per la verifica dell'applicazione del capitolato per quanto riguarda il Servizio di Ristorazione.

ENERGIA ED ACQUA

Eliminazione di una procedura per la lotta contro la Legionellosi, ovvero lo shock termico che oltre a non produrre i risultati positivi sperati, produceva un grande ed inutile consumo di acqua e di calore.

Negli ultimi due anni i lavori di ristrutturazione parziale degli immobili sia ospedalieri che territoriali sono eseguiti sempre più in maniera sostenibile, ovvero ad esempio vengono posizionati infissi e materiale isolante, viene installata illuminazione a basso consumo energetico e vengono sostituite caldaie con altre a risparmio energetico.

EDUCAZIONE E PROMOZIONE ALLA SALUTE

Promozione di riunioni di sensibilizzazione all'interno delle varie strutture sia ospedaliere che territoriali;

Elaborazione di un ecodecalogo di azioni virtuose distribuito all'interno di tutte le Strutture.

Presentazione di poster e comunicazioni a numerosi congressi.

Creazione di uno spazio intranet dedicato alla “Sanità Ecosostenibile”.

Organizzazione di una giornata di studio “L’Ospedale Etico esperienze sullo Sviluppo Sostenibile applicato alla Sanità” il 20 maggio 2011 presso la sede Aziendale di Bussana.

MANAGEMENT SOSTENIBILE

Sensibilizzazione dei Direttori degli Ospedali a gestire la loro Struttura con una politica orientata allo sviluppo sostenibile.

Inserimento nelle schede di budget 2010 e 2011 di un obiettivo correlato al “Progetto Sanità e Sviluppo Sostenibile” avente come indicatore la partecipazione alle riunioni del gruppo aziendale e come risultato atteso almeno 6 partecipazioni annuali.

Il raggiungimento degli obiettivi presenti nella scheda di budget è correlato al salario di risultato.

Il gruppo aziendale ha convenuto di orientare per l'anno **2011** le proprie azioni **su due aree** che possono essere così riassunte:

continuare ad agire nei campi già esplorati in quanto solo nel ricordare quotidianamente le azioni virtuose che devono e possono essere svolte.

integrare al massimo i gruppi attualmente presenti in Azienda che si occupano di “Sviluppo Sostenibile applicato alla Sanità”, di “Benessere organizzativo sul luogo di lavoro” e di “Rischio da stress lavoro – correlato negli ambienti di lavoro” al fine di intraprendere un percorso condiviso che prenda in esame tutti i mutamenti che già oggi, ma ancora più in futuro, condizioneranno il fenomeno dello stress correlato al luogo di lavoro.

E' indubbio che un ambiente di lavoro migliore dal punto di vista della sostenibilità ambientale può avere un riflesso positivo sul benessere sul luogo di lavoro e sulla riduzione dello stress.

E' chiaro che gli obiettivi enunciati sono ambiziosi e raggiungibili solamente attraverso una reale condivisione dei difficili percorsi da intraprendere.

D'altro canto le professionalità che si stanno già occupando di tutti gli argomenti sopra descritti, hanno iniziato spontaneamente ad analizzare gli argomenti stessi ed è proprio tale volontarietà che rende ottimisti sul proseguimento del lavoro.

Le idee che sono alla base di questo progetto sono idee condivise e condivisibili dalla stragrande maggioranza dei lavoratori, sono idee unificatrici che possono sviluppare all'interno della comunità anche un senso di appartenenza che ad oggi è piuttosto ridotto.

CRITERI PER LA REALIZZAZIONE DI CANTIERI SOSTENIBILI ALL'INTERNO DEGLI OSPEDALI

Ing. A. De Marco*, **Ing. P. Piane****, **Dr.E. Piane***, **Dr. O. Perfetti*****, **Dr. A. Benvenuto*****, **Dr. A. Mancuso******

Azienda Ospedaliera Cosenza

Ufficio Tecnico A.O. CS, ** Libero Professionista, *Direzione Sanitaria P.U. CS, ****Specializzando Igiene Catanzaro*

Gli Ospedali sono organismi edilizi soggetti a continua trasformazione e/o ampliamento spesso in continuità di esercizio. Ciò determina la necessità, nell'installazione di un cantiere, di avere professionalità adeguate a valutare e controllare i conseguenti rischi anche ambientali.

Gli autori, partendo da queste premesse, propongono la realizzazione di un cantiere sostenibile, esaminando le due fasi ritenute fondamentali nella realizzazione di un'opera cioè quella della progettazione e quella della gestione del cantiere.

Partendo dall'ipotesi che per sostenibilità si intende anche la possibilità di realizzare un'opera che sia economicamente compatibile, con costi di gestione congrui e totalmente realizzabile, grande importanza è stata data alla fase di programmazione e progettazione dell'opera seguita dalla fase realizzativa in cui si è posta attenzione all'inserimento e alla gestione del cantiere nel contesto ospedaliero.

Il progetto vuole essere uno spunto di riflessione ed un indirizzo per tutti coloro, sia medici igienisti che tecnici, che si trovano a dover decidere le modalità di realizzazione di un'opera e che vogliono idearla in maniera sostenibile.

37° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

DIRETTORE SANITARIO DEL 2025

CIOGORI*, IL GRAN MONTE

Alberto Appicciafuoco

Direttore Sanitario Presidio San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze

Parole chiave: un nuovo mondo

Introduzione

La Sanità Pubblica italiana attraversa una fase nella quale alle difficoltà rappresentate dalla insufficienza delle risorse economiche si aggiunge una crisi dei modelli organizzativi praticati ormai da decenni. Alcuni pallidi tentativi di modifica dell'attuale situazione non hanno sortito effetti significativi.

Analisi presente e futura

Gli ospedali del 2011 hanno ridotto il numero dei posti letto, molti hanno riorganizzato la degenza per intensità di cura, ma l'afflusso continuo con trend in aumento di pazienti al DEA crea criticità che spesso vanno ad interferire con l'attività programmata del presidio.

L'organizzazione ormai consolidata del lavoro ospedaliero H24 reggerebbe ancora in modo sufficiente se non ci fosse un disallineamento con l'attività sanitaria territoriale, inefficiente ed obsoleta, organizzata e presente su 5 giorni settimanali. Un modello ormai vetusto in un momento di crisi economica e di assoluta vacanza del governo politico. Come spesso capita in questo contesto socio-politico-economico vi è una fuga dei quadri dirigenziali del Servizio Sanitario con un ricambio generazionale spinto che crea presupposti per proposte organizzative assolutamente nuove.

Il ricambio generazionale si concretizza anche nella sfera politica innescando un circolo virtuoso che dà il via a un profondo rinnovamento delle persone e dei modelli organizzativi.

Nel 2020 viene varata una Riforma Sanitaria che responsabilizza le Regioni in modo spinto con separazione fra attività territoriale e quelle ospedaliere, con l'ospedale che ritorna ad essere struttura autonoma con un proprio Consiglio di Amministrazione e un proprio specifico bilancio aziendale. L'organizzazione dipartimentale viene alleggerita e riportata alla funzione tecnica, la funzione gestionale viene assegnata a un'unica figura che è l'Amministratore Delegato, in larga maggioranza di provenienza medica, esperto di organizzazione Sanitaria. Uno spazio conquistato sul campo in virtù di una professionalità indiscussa assicurata dal buon livello di preparazione universitaria e della formazione continua sostenuta dalla Associazione Scientifica di categoria (ANMDO).

Conclusioni

Il nuovo setting consente in un breve volgere di tempo una profonda reingegnerizzazione dei processi ospedalieri che produce il raggiungimento di una efficacia e un'efficienza operative insperate pochi anni prima. Il tutto nel rispetto dei parametri economici assegnati che consentono il raggiungimento della sostenibilità economica.

In sintesi si concretizza un livello politico di programmazione strategica sanitaria, e un livello tecnico di organizzazione dei modelli assistenziali delegato a professionisti del settore e un livello tecnico di diagnosi e cura delegato ai professionals. Una chiarezza ed un rispetto dei ruoli che è la ricetta del successo della Riforma con buona soddisfazione dei cittadini.

* *Ciogori è il nome "locale" del monte K2*

IL PROBABILE E IL PROPONIBILE: SCENARI, RUOLO E FORMAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO NEL 2025

Francesco Auxilia, Gilberto Bragonzi, Francesco Ceratti,
Maria Teresa Cuppone, Guido Fontana, Marco Triulzi

Referente: Maria Teresa Cuppone, Direttore Sanitario IRCCS Policlinico San Donato (direz.sanit@grupposandonato.it)

Parole chiave: scenario sanitario, livelli di competenza professionale, percorso di formazione

Introduzione: l'individuazione delle competenze e delle funzioni proprie del direttore sanitario nel 2025 dipende necessariamente dalla riflessione sui fattori che, a giudizio degli autori, determineranno in futuro il contesto nel quale si dovrà operare, e sulla scorta di quanto condiviso si sono delineate le caratteristiche personali e professionali che deve possedere chi si propone al ruolo di direzione sia di presidio ospedaliero, sia di azienda ospedaliera o sanitaria, sia ancora di articolazioni organizzative a livello del territorio. Viene infine presa in considerazione l'attuale proposta formativa per i ruoli sopra indicati, e in considerazione delle carenze riscontrate vengono delineati i percorsi formativi ritenuti indispensabili per l'acquisizione delle conoscenze e capacità necessarie allo svolgimento delle funzioni proprie del direttore sanitario in un contesto con possibilità di rapido cambiamento e di sempre maggiore complessità.

Analisi presente e futura: gli elementi che nelle situazione attuale, e ancora di più nello scenario prossimo venturo, si ritengono determinanti nel condizionare le funzioni e il ruolo del direttore sanitario sono stati individuati nella composizione demografica, nelle caratteristiche epidemiologiche della popolazione, nella domanda ed aspettative dei cittadini con prevedibile variabilità tra gruppi sociali, nella ragionevole evoluzione delle conoscenze scientifiche e dello sviluppo tecnologico, nello sviluppo economico e nella possibilità di nuovi modelli organizzativi dei servizi sanitari. L'insieme di questi elementi consente di identificare le capacità professionali, aggiuntive rispetto ad un profilo personale che sia garanzia di correttezza comportamentale, che deve possedere chi si candida a ruoli di direzione ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria distinguendo per ciascun livello anche le conoscenze e le esperienze specifiche necessarie. L'analisi condotta relativamente all'attuale proposta formativa per il ruolo di direttore sanitario non prevede in modo sistematico lo svolgimento di corsi specifici che invece andrebbero istituiti e che dovrebbero avere una base uniforme a livello delle varie realtà regionali anche mediante individuazione di consorzi tra atenei per rendere completo il percorso formativo. E' infine necessario che l'aggiornamento costante delle conoscenze e delle competenze del direttore sanitario sia sostanziale e non soddisfi unicamente, come oggi troppo spesso accade, solo requisiti formali di partecipazione a corsi o seminari.

Conclusioni: l'evoluzione della società, nei suoi vari aspetti, impone attenzione ai cambiamenti ed alla loro analisi in modo da consentire che la persona portatrice di bisogni e di aspettative venga sempre tenuta al centro della organizzazione. In questo senso il direttore sanitario risulta essere tra i più importanti attori per lo svolgimento di questo compito fondamentale e per assolvere tale compito deve possedere, oltre a caratteristiche personali di garanzia, conoscenze e competenze specifiche che devono essere acquisite e costantemente aggiornate in corsi di alto livello professionale e con sostanziale uniformità rispetto ai vari contesti regionali.

IL RUOLO DEL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO NEL SISTEMA COMPLESSO-OSPEDALE

L. Cosentino*, C. Cosentino**;

* Direttore Medico PO Copertino-Nardò (Le); ** Dr.ssa Psicologa, Univ. di Parma.

Parole chiave: SCA, comportamenti organizzativi, leadership complessa.

Introduzione: vi sono sufficienti dati per affermare che l'ospedale (e più in generale le organizzazioni sanitarie) si comporta come un Sistema Complesso Adattativo (SCA) e non può essere "progettato" dall'esterno, né può esistere un "responsabile e/o controllore centrale". Da tale premessa, si è cercato di derivare un approccio alternativo al management della organizzazione-ospedale.

Analisi presente e futura: uno SCA è un "insieme di agenti individuali che hanno una libertà di azione sufficiente a renderli non del tutto prevedibili e le cui azioni sono interconnesse in modo tale che l'azione di un agente cambi il contesto per gli altri agenti" (Plsek, 2001); operano secondo regole interne o modelli mentali con i quali ogni agente interpreta e risponde agli eventi del suo ambiente. L'ospedale risponde alla complessità ambientale con comportamenti organizzativi tipici degli SCA e quindi, non esistendo in uno SCA un responsabile unico con funzioni di comando e controllo, l'approccio alla sua gestione dovrebbe utilizzare lo strumento della leadership piuttosto che le tradizionali tecniche di management (pianificazione e controllo). Gli attori organizzativi si influenzano reciprocamente (interazioni locali, feed-back) in modo imprevedibile, innescati spesso da cause minime, talora distanti. Trattandosi di una organizzazione a legami deboli le persone, pur mantenendo una propria identità e autonomia interagiscono, cooperano e interpretano gli eventi esterni (Orton, Weick, 1990). Per governare un'organizzazione di questo tipo, non bastano forme di controllo basate su norme e procedure formali, ma occorre saper riconoscere e convivere con la complessità ambientale (turbolenza, instabilità, incertezza) tipica delle situazioni di "cambiamento organizzativo aperto" (Stacey, 1996). Viene proposto il costrutto della "leadership complessa" (Marion, Uhl-Bien's, 2001) fondato sui principi della scienza della complessità e che attribuisce al leader complesso un ruolo prevalente di facilitatore (più che controllore).

Il ruolo dei leader come facilitatori (Plowman, 2007) prevede i seguenti meccanismi operativi:

- rottura dei pattern esistenti: creare ed evidenziare i conflitti; accettare l'ambiguità e l'incertezza;
- incoraggiare le novità: stabilire regole semplici; favorire comportamenti collettivi (tipo sciame); promuovere le interazioni non-lineari;
- agire da creatore di senso (sensemaker): creare relazioni attraverso il linguaggio; accettare il ruolo di tag (simbolo, bandiera).

Il costrutto di leadership complessa viene infine riferito al processo valutativo (Health Technology Assessment) quale strumento efficace e necessario per la gestione del cambiamento organizzativo indotto dall'introduzione di una tecnologia in una organizzazione sanitaria (impatto organizzativo).

IL DIRETTORE SANITARIO DEL 2025

Patrizia Monti

DSA Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco

Parole chiave: risorse, innovazione, integrazione

Introduzione

Per definire competenze, funzioni, know how del Direttore Sanitario Ospedaliero del 2015 occorre delineare lo scenario prevedibile della sanità e degli Ospedali dei prossimi decenni. In sintesi i fattori di rilievo prevedibili sono costituiti da: disponibilità di alta tecnologia ma di alto costo, presenza di un grande numero di malati cronici multiproblematici anziani, interessati a effettuare scelte e a muoversi nella ricerca di prestazioni e servizi di eccellenza; pazienti immigrati che usano in acuzie l'Ospedale, scarsamente integrati nel sistema; possibili episodi di epidemie o di patologie infettive di difficile trattamento per scorrette politiche di uso di antibiotici; enormi possibilità e diversificazione della cura per introduzione di nuove terapie; importanti quote di attività in regime ambulatoriale; impatto della genetica; scarsità di risorse a disposizione.

Analisi presente e futura

Già ora è possibile vedere in nuce alcuni aspetti che costituiranno i pilastri dell'evoluzione del sistema e le necessità di competenze necessarie al Direttore Sanitario. La carenza di fondi cui invece corrisponde la necessità di grandi investimenti occorrenti a sostenere gli aspetti strutturali e gestionali e tecnologici domineranno lo scenario. Di conseguenza occorreranno capacità organizzative per rendere il sistema più efficiente soprattutto nella gestione delle risorse; si sta affrontando il problema della gestione dei posti letto per intensità assistenziale ma in futuro occorrerà prevedere la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi, in parte anche connessi alle difficoltà di reperire specialisti e all'invecchiamento della popolazione che lavora, unitamente al diverso ruolo dell'infermiere e all'implementazione della telemedicina e della robotica. Di massima importanza è altresì la funzione di Fund raising, cioè la capacità di trovare forme di autofinanziamento attraverso la partecipazione a progetti, anche in partnership con l'industria, con l'offerta di pacchetti di prestazioni in libera professione o attraverso la fornitura diretta di servizi complementari (sterilizzazione per altre aziende ecc.). Ancora è necessario prevedere di sperimentare modelli organizzativi o gestionali diversi anche attraverso soluzioni innovative che superino altresì vincoli contrattuali e utilizzino forme di incentivazione o che prevedano l'introduzione di figure professionali diverse (ingegnere gestionale, esperti di marketing, hotelier, sala manager ecc.) che contribuiscano a togliere e ad assegnare a figure meno onerose attività impropriamente ora affidate a figure professionali dell'ambito sanitario. Si dovrà dare risalto alla comunicazione, ai meccanismi e agli strumenti di unificazione di specificità professionali che vedono sempre più la "parcellizzazione" della cura del paziente integrando professionisti, servizi, settori del volontariato, istituzioni; occorrerà coltivare l'etica del lavoro, acquisire competenze sull'analisi dell'outcome e della valutazione dei servizi, possedere gli strumenti dell'HTA per effettuare scelte congrue rispetto all'introduzione di tecnologie, conoscere ed utilizzare aspetti di economia sanitaria e avere le conoscenze utili a leggere in maniera critica gli studi e le ricerche cliniche per poter discutere con il clinico la necessità, l'opportunità e l'evidenza documentata che sostiene la richiesta di introduzione di nuove metodiche. Infine significa avere la capacità di portare le nuove conoscenze all'interno dell'organizzazione e rendere immediatamente disponibile la scoperta o l'innovazione all'interno della struttura anche attraverso revisioni e modifiche di modelli organizzativi.

Conclusioni

Per arrivare a declinare quanto previsto si dovrà lavorare sulla formazione sia degli aspetti professionali (in particolare infettivologia a medicina legale, e strumenti specifici quali l'analisi critica dei dati di revisioni scientifiche, le tecniche di analisi del rischio clinico, organizzativo e della qualità) che sugli aspetti manageriali che devono trovare pari spazio rispetto alle competenze più "tecniche". La formazione all'estero deve fare parte integrante del percorso formativo del direttore sanitario

IL DIRETTORE SANITARIO DEL 2025: MEDICO, MANAGER E LEADER

Nicola Nicolotti^o, Andrea Cambieri*

^o Medico in Formazione Specialistica. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Istituto di Igiene. Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma

* Direttore Sanitario. Policlinico Universitario "A. Gemelli" - Roma

Parole Chiave: Management, comunicazione, reti ospedale e territorio

Introduzione

I ruoli dell'ospedale e dell'assistenza territoriale di oggi sono profondamente mutati rispetto al passato. La popolazione di oggi invecchia e sopravvive di più: in questa ottica, sarà sempre più importante il ruolo dell'assistenza territoriale e sociale con cui gli ospedali sono chiamati sempre più ad integrarsi. La popolazione di oggi, consumatrice dei servizi offerti dal SSN, è inoltre più consapevole ed informata: vuole essere sempre più parte attiva nelle scelte di salute ed essere assistita da un Sistema Sanitario di Qualità. Tutto questo in un contesto in cui l'aumento dell'offerta e della domanda, che qualunque Direttore Sanitario è chiamato a governare, cozza, e cozzerà sempre più, con il problema della limitatezza delle risorse. In un'epoca di risorse limitate, quindi, il compito di ogni figura che ruota intorno al mondo della Sanità (operatori sanitari, manager, politici, pazienti e cittadini) è, e sarà, quello di garantire servizi sanitari ottimali per una sanità di valore. Per il Direttore Sanitario, il valore massimo da raggiungere è rappresentato dalla possibilità di fornire servizi secondo standard che massimizzino i benefici e minimizzino gli effetti negativi migliorando continuamente la qualità dell'assistenza.

Analisi presente e futura

Con il regio decreto n° 1631 del 1938 (la così detta "*Legge Petraghiani*"), è stata ufficialmente istituita, per la prima volta, la figura del Direttore Sanitario. A questi era affidato il compito di "*curare il buon governo dell'ospedale*" e per far questo si doveva avvalere delle sue migliori competenze derivanti dalla tradizione igienistico-sanitaria. Doveva inoltre svolgere il ruolo di controllo del personale sanitario e di consulenza nei confronti dell'amministrazione. Oggi, a distanza di oltre settanta anni da quella prima legge, il Direttore Sanitario ha assunto sempre più un ruolo gestionale e di direzione tecnica dell'ospedale con necessarie competenze medico-legali/documentali, di controllo e promozione della qualità e ultimamente anche di gestione del budget.

Per far questo si dovrà nei prossimi 10-15 anni avvalere sempre più sia dei nuovi modelli organizzativi derivanti dalle Scienze economico-gestionali, informatiche e comunicative sia degli strumenti, vecchi e nuovi, messi a disposizione dalla Clinical Governance quali l'Health Technology Assessment (HTA), l'Evidence-based Health Care ed il Risk Assessment/Management.

Per tutto questo è richiesta sin da ora una formazione tecnico scientifica specifica in epidemiologia, biostatistica, medicina preventiva, tecnica ospedaliera, management, organizzazione dei servizi sanitari, Health Technology Assessment, informatica sanitaria, comunicazione verbale e non e leadership.

Conclusioni

Il ruolo del Direttore Sanitario sarà sempre più quello di essere un Medico, Manager e Leader, parte integrante del team ospedaliero, che dovrà operare sempre più con il fine di organizzare i servizi secondo standard che dovranno massimizzare i benefici per la popolazione in un'ottica di ricerca continua della qualità dei servizi. L'integrazione tra ospedale e territorio, anche attraverso il sistema delle reti tra strutture, l'ottimizzazione dell'uso delle risorse umane e tecnologiche e lo sviluppo di una cultura del management ambientale saranno le principali sfide organizzative del futuro.

IL DIRETTORE SANITARIO DEL 2025

Tonutti Giuseppe

Direttore Generale

Azienda per i Servizi Sanitari n.6 "Friuli Occidentale"

Parole chiave

Sanità pubblica, innovazione, gestione.

Abstract

Il lavoro parte dalla considerazione che, nel corso degli ultimi quindici anni, l'attività del direttore sanitario ha subito continui cambiamenti. Si sono aperti numerosi filoni di attività, mentre ben pochi se ne sono chiusi. Mentre anni fa era sufficiente l'esperienza di igiene, già oggi per essere un valido direttore sanitario si sono dovuti abbracciare campi di attività diversi, anche molto lontani dalla specializzazione di origine.

Accreditamento, innovazione tecnologica, edilizia ospedaliera e delle strutture territoriali, ambiente, informatizzazione, documentazione sanitaria, trasparenza, responsabilità, personale, epidemiologia e promozione della salute sono solo alcune delle materie che sono entrate a far parte del lavoro del direttore sanitario e che andranno seguite nel tempo perché in grado di modificare le sorti dei servizi sanitari.

Per poter agire con saggezza, il direttore sanitario del 2025 dovrà essere in grado di comprenderne l'essenza per poter tracciare la strada da percorrere. Per far questo, oltre alle competenze tecniche dovrà aver acquisito la mentalità adatta al ruolo e le caratteristiche personali necessarie per poterlo esercitare.

IL DIRETTORE SANITARIO DEL 2025

Dr.ssa A. Benvenuto*; **Dr. O. Perfetti***; **A. Mancuso****, **Dott. S. De Paola*****

**Direzione P.U. Azienda Ospedaliera Cosenza*

** *Specializzanda Igiene Università Catanzaro*

*** *Direzione Sanitaria Asp Cosenza*

Introduzione

Gli ospedali del futuro saranno sempre più ad elevato contenuto tecnologico, organizzati in dipartimenti, con riduzione delle degenze, organizzate per intensità di cure, ampliamento dei servizi e sviluppo dell'assistenza territoriale.

In questo processo di profonda trasformazione è fondamentale che chi ha la responsabilità direzionale modifichi ed orienti le proprie competenze. Sicuramente le figure più coinvolte a cavalcare l'onda del cambiamento sono il regista delle organizzazioni sanitarie (il direttore sanitario) e l'operatore tecnico (il direttore di presidio). Pare opportuno pertanto prepararsi e delineare ruoli, responsabilità e competenze necessarie per poter affrontare le sfide future.

Analisi presente e futuro

Il ruolo del direttore sanitario è in continua evoluzione da responsabile della funzione igienico – organizzativa del presidio ospedaliero, con un ruolo sia tecnico che manageriale a direttore di stabilimento di cui cura gli aspetti organizzativi e igienico-sanitari in termini tecnici, mentre le attività di direzione e programmazione generale diventano attribuzioni degli organi Aziendali che assorbono le competenze di tipo economico /manageriale. La figura del direttore sanitario ha visto negli anni la comparsa di nuove figure professionali, quali i medici competenti, i responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, i responsabili della qualità, i responsabili dei servizi infermieristici, etc che hanno acquisito competenze che in passato rappresentavano una parte preponderante della sua attività che è stata svuotata di contenuti in maniera considerevole.

In una ipotesi futura però, accanto alla contrazione delle funzioni sopracitate, ne compaiono di nuove quali quelle legate al dover sempre più garantire attività sicure e qualitativamente orientate al perseguimento di obiettivi di efficacia e di efficienza.

In ambito organizzativo si delineano nuovi ruoli e competenze per la direzione sanitaria:

- Health Technology Assessment.
- Attività di valutazione economica- qualitativa prestazionale
- Attività di valutazione delle competenze
- Padronanza di tecniche di comunicazione

Per raggiungere una competenza adeguata sarebbe auspicabile un percorso formativo specifico con attivazione di una specializzazione interfacoltà che coinvolga la scuola di specializzazione di igiene, la facoltà di economia aziendale orientata alla gestione delle aziende sanitarie, la facoltà di scienze della comunicazione.

Conclusioni

Il direttore sanitario del 2025, deve essere pronto a governare l'organismo ospedale, attraverso una analisi organizzativa sistemica, che partendo dal contesto, dalle attese sociali (bisogni e domande), risorse potenziali, coniugate con le risorse interne, i processi tecnici, gestionale, procedure riesca ad accompagnarlo verso il raggiungimento di alcuni obiettivi specifici di tipo prestazionale, che si tradurranno in outcome in termini di salute.



Finito di stampare nel mese di maggio 2011
dalla Litografia Solari - Peschiera Borromeo (MI)
Realizzazione grafica: Studio Gomez - Cologno Monzese

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

Edito da:

EDICOM

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