

ANMDO 65°

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere



ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

4 Ottobre-Dicembre 2012

L'OSPEDALE

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

Classificazione e gestione
dei rifiuti sanitari nell'ambito
dell'Azienda Ospedaliera
Universitaria di Bologna
policlinico S.Orsola Malpighi

Documento ANMDO in tema di
governance clinica:
ruolo e compiti della Direzione
Sanitaria aziendale e della
Direzione Medica di
Presidio ospedaliero

Poster
38° Congresso Nazionale ANMDO

Comunicazioni
38° Congresso Nazionale ANMDO

ORIZZONTI



Classificazione e gestione dei rifiuti sanitari nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna policlinico S.Orsola Malpighi

Riassunto

Il presente articolo intende fornire un quadro descrittivo complessivo del "processo" di gestione dei rifiuti all'interno di una realtà aziendale Sanitaria Pubblica di grandi dimensioni e di rilevanza nazionale com'è il Policlinico S.Orsola Malpighi. Vengono passate in rassegna le varie tipologie di rifiuti prodotti e la relativa specifica classificazione, nonché le modalità di gestione per ogni categoria. Viene infine focalizzata l'attenzione sulla formazione degli operatori coinvolti nel processo di gestione, elemento indispensabile per garantire un'efficace ed efficiente gestione del processo.

G. Finzi*, **G. Govoni****, **M. Campagna*****, **S. Cugini******

* *Direzione Medica Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico S.Orsola Malpighi, Bologna*

** *Direzione Medica Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico S.Orsola Malpighi, Bologna*

*** *Direzione Medica Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico S.Orsola Malpighi, Bologna*

**** *Collaboratrice ANMDO (Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere)*

PAROLE CHIAVE:

Rifiuti sanitari, classificazione, gestione, formazione

INTRODUZIONE

La crescita esponenziale della quantità di rifiuti sanitari prodotti cui si assiste da alcuni anni, ha conseguenze dirette sull'aumento dei "costi" di raccolta e di smaltimento e, soprattutto, comporta un impatto ambientale di difficile valutazione: dell'aria, dell'acqua e del sottosuolo. Di conseguenza, cresce l'esigenza di diffondere una cultura della differenziazione dei rifiuti prodotti e la necessità di un'impostazione scientifica dei problemi da affrontare, in maniera da minimizzare i "costi", nel senso più ampio del termine, ed ottimizzare

così l'uso delle risorse disponibili. Argomento del presente lavoro è "l'universo" dei rifiuti prodotti nel contesto di un'Azienda Ospedaliera, il Policlinico S. Orsola Malpighi. L'obiettivo consiste nell'analizzare la produzione e la gestione dei rifiuti (come previsto dall'art. 183 D.lgs 152/2006 "gestione": la raccolta, il trasporto, il recupero e lo smaltimento dei rifiuti, compreso il controllo di queste operazioni), nel rispetto della tutela dell'ambiente, nel contesto di una realtà aziendale di estrema rilevanza come è il Policlinico S. Orsola Malpighi.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria

di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi è un ospedale a Padiglioni ed è fisicamente suddivisa in due aree, l'area Malpighi e l'area S. Orsola. Si estende su 3 isolati per circa 1,8 Km di lunghezza su una superficie di 245000 mq, 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). Attualmente è operativamente organizzata in 7 Dipartimenti comprendenti 87 Unità Operative (UU.OO.) che solo per le attività di degenza occupano 60 "contenitori degenziali", i servizi amministrativi e tecnici di supporto.

Relativamente all'anno 2011, i dati del personale ospedaliero sono riportati in tabella1.

Facendo sempre riferimento all'intero anno 2011, i dati di attività sono riportati in tabella2.

È evidente come in una realtà aziendale di tali dimensioni la gestione dei rifiuti, oltre a movimentare alti volumi, risulta essere anche un processo di notevole complessità e delicatezza, rivestendo così un "processo" di estrema importanza.

I RIFIUTI PRODOTTI

Le categorie di rifiuti prodotte in ambito aziendale, e la relativa classificazione secondo normativa (DPR 254/2003 e Linee Guida Regione Emilia Romagna approvate con Delibera 1155/2009), sono riportate schematicamente nella tabella 3.

Si riportano le quantità prodotte nell'anno 2011 delle tipologie di ri-

Personale comparto ospedaliero	4264
Personale medico	648
Personale laureato non medico	127
Totale dipendenti ospedalieri	5.039
Personale comparto ospedaliero	119
Personale medico	218
Personale laureato non medico	18
Totale dipendenti universitari	355
Totale dipendenti	5.394

Tabella 1: Dati personale ospedaliero

n° posti letto (tot.)	1.362
n° ricoveri ordinari	55.906
n° ricoveri day hospital	14.363
n° interventi chirurgici	30.418
n° accessi in emergenza	135.220
n° prestazioni per esterni	3.237.954

Tabella 2: Dati di attività

Codice CER		Classificazione Rifiuto
180103*	Rifiuti che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni	Pericoloso a rischio infettivo
160211*	Apparecchiature fuori uso, contenenti clorofluorocarburi, HCFC, HFC.	Pericoloso non a rischio infettivo
180108*	Medicinali citotossici e citostatici	Pericoloso non a rischio infettivo-Richiede particolari modalità di smaltimento
180106*	Sostanze chimiche pericolose o contenenti sostanze pericolose	Pericoloso non a rischio infettivo
160601*	Batterie al piombo	Pericoloso non a rischio infettivo
200121*	Tubi fluorescenti ed altri rifiuti contenenti mercurio	Pericoloso non a rischio infettivo
090101*	Soluzioni di sviluppo e attivanti a base acquosa	Pericoloso non a rischio infettivo
090104*	Soluzioni fissative	Pericoloso non a rischio infettivo
060404*	Rifiuti contenenti mercurio	Pericoloso non a rischio infettivo
160506*	Sostanze chimiche di lab. contenenti o costituite da sostanze pericolose, comprese le miscele di sostanze chimiche di lab.	Pericoloso non a rischio infettivo
160114*	Liquidi antigelo contenenti sostanze pericolose	Pericoloso non a rischio infettivo
130208*	Altri oli per motori, ingranaggi e lubrificazioni	Pericoloso non a rischio infettivo
160213*	Apparecchiature fuori uso, contenenti componenti pericolosi, diversi da quelli di cui alle voci 160209* e 160212* (160209*: trasformatori e condensatori contenenti PCB 160212*: apparecchiature fuori uso, contenenti amianto in fibre libere)	Pericoloso non a rischio infettivo
180109	Medicinali diversi da quelli di cui alla voce 180108* (180108*: medicinali citotossici e citostatici)	Non pericoloso-Richiede particolari modalità di smaltimento
180203	Rifiuti che non devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni	Non pericoloso
170403	Piombo	Non pericoloso
150106	Imballaggi in materiali misti	Assimilati agli urbani
200301	Rifiuti urbani non differenziati	Assimilati agli urbani
180104	Rifiuti che non devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni (es. bende, ingessature, lenzuola, assorbenti igienici)	Assimilati agli urbani
170405	Ferro e acciaio	Non pericoloso-Favorito il recupero
200134	Batterie e accumulatori diversi da quelli di cui alla voce 200133* (200133*: batterie e accumulatori di cui alle voci 160601, 160602 e 160603 nonché batterie e accumulatori non suddivisi contenenti tali batterie. (160601*: batterie al piombo 160602*: batterie al nichel cadmio 160603*: batterie contenenti mercurio)	Non pericoloso-Favorito il recupero
200138	Legno diverso da quello di cui alla voce 200137* (200137*: legno contenente sostanze pericolose)	Non pericoloso-Favorito il recupero
200125	Oli e grassi commestibili	Non pericoloso-Favorito il recupero
200102	Vetro	Non pericoloso-Favorito il recupero
200101	Carta e cartone	Non pericoloso-Favorito il recupero
160214	Apparecchiature fuori uso, diverse da quelle di cui alle voci da 160209* a 160213* (160209*: trasformatori e condensatori contenenti PCB 160213*: apparecchiature fuori uso contenenti componenti pericolosi diversi da quelli di cui alle voci 160209 e 160212)	Non pericoloso-Favorito il recupero
090107	Carta e pellicole per fotografia, contenenti argento o composti dell'argento	Non pericoloso-Favorito il recupero
080318	Toner per stampa esauriti, diversi da quelli di cui alla voce 080317* (080317*: toner per stampa esauriti contenenti sostanze pericolose)	Non pericoloso-Favorito il recupero

Tabella 3: Rifiuti prodotti in ambito aziendale e relativa classificazione

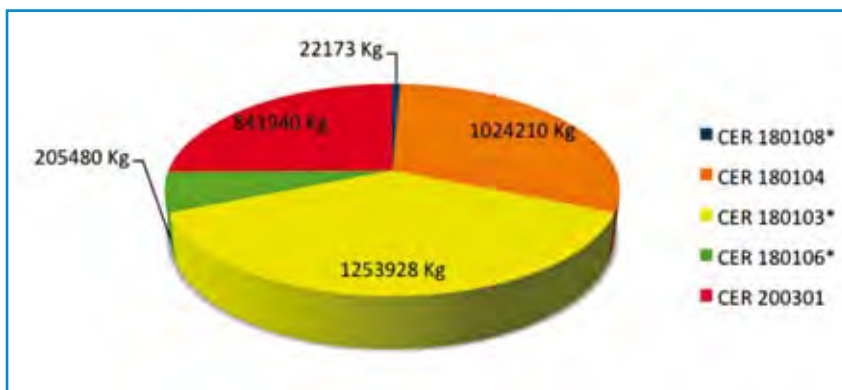


Figura 1: Quantità prodotte nell'anno 2011

fiuti identificate con i seguenti codici CER: CER 180108* (Medicinali Citotossici e Citostatici), CER 180104 (Rifiuti sanitari che non devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni), CER 180103* (Rifiuti sanitari che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari in funzione della prevenzione delle infe-

zioni), CER 180106* (Sostanze chimiche pericolose e contenenti sostanze pericolose) CER 200301 (Rifiuti solidi urbani o assimilati agli urbani).

Nel grafico seguente si riporta l'andamento delle quantità prodotte nel triennio 2009, 2010, 2011 relativamente alle tipologie di rifiuti identificate con i codici CER 180104 (Rifiuti sanitari che non devono essere rac-

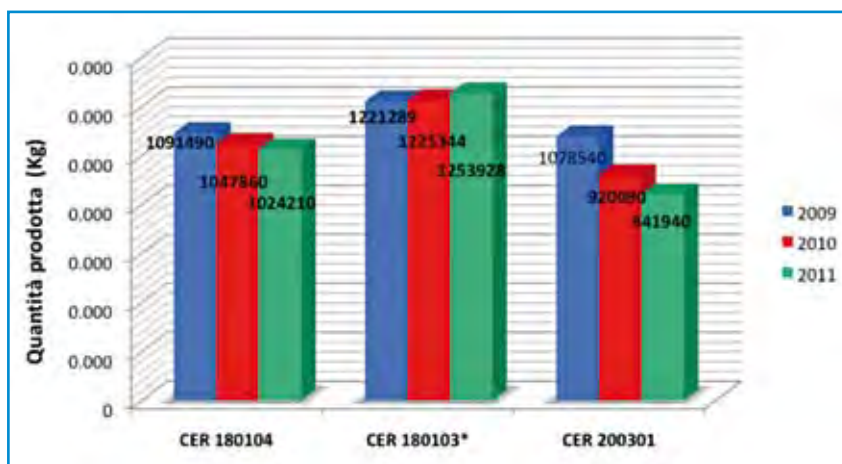


Figura 2 e Figura 3: Quantità rifiuti prodotti triennio 2009-2010-2011

colti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni), CER 180103* (Rifiuti sanitari che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari in funzione della prevenzione delle infezioni), CER 200301 (Rifiuti solidi urbani o assimilati agli urbani).

IL PROCESSO DI GESTIONE

Come riportato nell'art. 183 c. 1 del D.Lgs 152/2006 per gestione dei rifiuti si intende la raccolta, il trasporto, il recupero e lo smaltimento dei rifiuti, compresi il controllo di tali operazioni. Il processo di gestione inizia quindi con la formazione del rifiuto e la sua corretta classificazione. Al responsabile sanitario compete la responsabilità della disinfezione, della chiusura ermetica dei contenitori, della conservazione e della consegna per le successive fasi di smaltimento.

La gestione dei rifiuti nell'ambito della realtà aziendale in esame prevede due tipologie prevalenti di trasporto: quelle interne alla struttura e al Policlinico e quelle esterne al Policlinico stesso. Punto di separazione tra i due momenti di trasporto è rappresentato dalle aree in cui viene effettuato il deposito temporaneo.

I trasporti interni iniziano con la raccolta all'interno dei singoli reparti dei Padiglioni per concludersi con lo stoccaggio dei rifiuti nelle Aree Ecologiche di deposito temporaneo. All'interno dell'Azienda sono presenti numerosissimi punti di raccolta rifiuti, locali specifici ubicati presso i luoghi di produzione o nelle immediate vicinanze, posti generalmente in stanze prossime ad ascensori e montacarichi.

I trasporti interni sono caratterizzati da due attività principali:

- Spostamenti orizzontali che consistono nel trasporto dei conte-

nitore o dei roll/container al punto di raccolta del reparto per quanto riguarda gli spostamenti all'interno degli immobili, e trasporto lungo i percorsi di collegamento (tunnel) tra i vari padiglioni per quanto riguarda gli spostamenti all'esterno. I trasporti nei tunnel avvengono mediante trattorini elettrici tecnicamente compatibili, di minimo impatto ambientale e massima sicurezza.

■ Spostamenti verticali relativi al transito dei carrelli dedicati alla raccolta nei montacarichi.

Le attrezzature dedicate al trasporto ed i relativi contenitori vengono periodicamente sottoposti ad interventi di manutenzione, bonifica e disinfezione.

Quale deposito temporaneo dei rifiuti sono state create quattro aree ecologiche (Figura 4) attrezzate a seconda dei casi con cassonetti, contenitori, compattatori, cisterne, campane, ecc., nelle quali vengono convogliate le varie tipologie di rifiuti. Le 4 aree ecologiche (A B C D) sono simili in termini strutturali ma caratterizzate da tipologie di contenitori e codici CER di raccolta diversi. Tali aree sono oggetto di periodici interventi di sanificazione, bonifica, manutenzione e sistematico controllo dei presidi ambientali presenti.

Vediamo ora nel dettaglio, per ciascuna categoria, la modalità di gestione del rifiuto prodotto: tipologia di imballaggio utilizzato e caratteristiche del deposito temporaneo.

Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo

Come riportato nel DPR 254/2003, i contenitori atti a contenere i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo devono presentare le seguenti caratteristiche:

■ Il contenitore a diretto contatto con il rifiuto deve essere costituito da un imballaggio a perdere, monouso, anche flessibile,

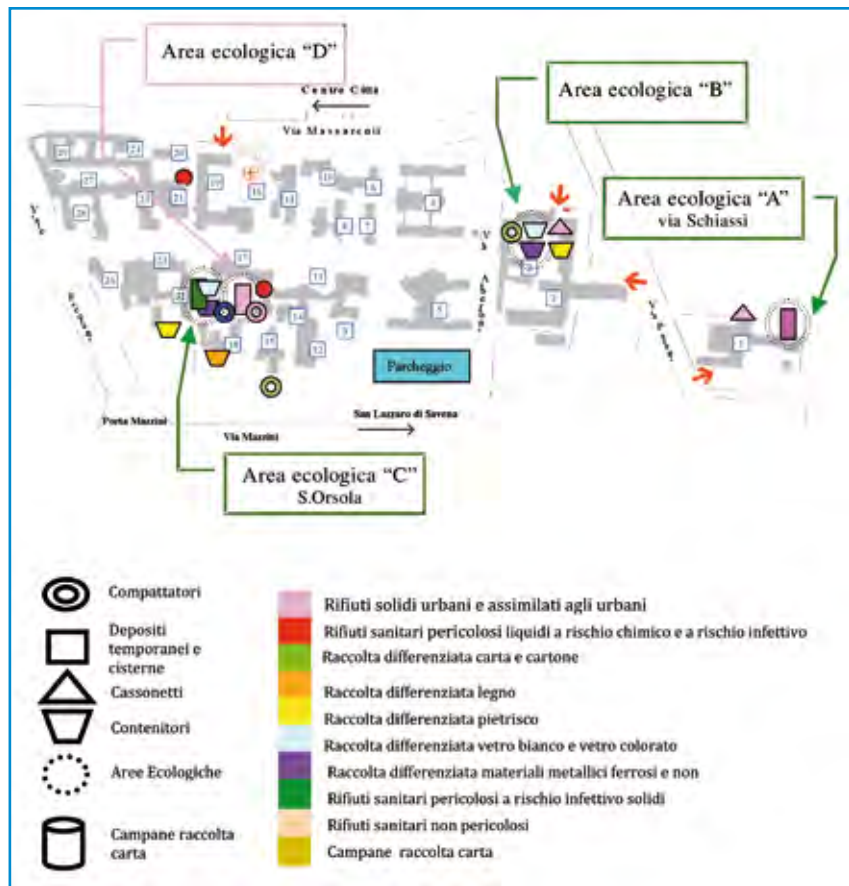


Figura 4: Aree Ecologiche

recante la scritta "Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo" e il simbolo del rischio biologico. Generalmente viene utilizzato un sacco di plastica chiudibile con fascetta bloccata. Se si tratta di rifiuti TAGLIANTI O PUNGENTI, il contenitore a diretto contatto con il rifiuto deve essere costituito da un imballaggio rigido a perdere, resistente alla puntura, recante la scritta "Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo taglienti e pungenti". Entrambe queste tipologie vengono inserite nel contenitore esterno di cui al punto successivo.

■ Il contenitore esterno deve essere resistente agli urti e alle sollecitazioni durante la movimentazione e il trasporto e deve essere realizzato in un colore idoneo a distinguerlo dagli imballaggi utilizzati per gli altri rifiuti. Il contenitore può essere monouso op-

pure riutilizzabile, previa idonea disinfezione ad ogni ciclo d'uso, e deve recare la scritta "Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo".

Nell'Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola Malpighi per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo non taglienti e/o pungenti, vengono utilizzati contenitori gialli in plastica rigida con fondo termosaldato, dotati all'interno di sacchi in polietilene con fascetta di chiusura. I contenitori utilizzati hanno capacità pari a 40 litri.

I contenitori per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo taglienti e/o pungenti sono monouso, in materiale plastico rigido e resistente, di colore giallo e dotati di chiusura ermetica. I contenitori utilizzati presentano capacità differenti (4-7-18-30-60 litri), secondo le dimensioni dei rifiuti che

devono contenere.

I contenitori, una volta chiusi, devono essere raggruppati all'interno del reparto che li ha prodotti, in un locale dedicato e dotato di appositi requisiti. Successivamente i contenitori vengono raccolti e conferiti nelle aree deputate al deposito temporaneo. Il DPR 254/2003 pone dei limiti su quanto tempo possa rimanere in deposito temporaneo un contenitore di rifiuti a rischio infettivo una volta prodotto, cioè una volta chiuso l'imballaggio: il deposito temporaneo può avere una durata massima di 5 giorni dal momento della chiusura del contenitore. Nel rispetto dei requisiti di igiene e sicurezza e sotto la responsabilità del produttore, tale termine è esteso a 30 giorni per quantitativi inferiori a 200 litri.

Le linee guida della regione Emilia Romagna stabiliscono che siano le strutture sanitarie, nell'ambito delle procedure e istruzioni operative interne per la gestione dei rifiuti, ad indicare e definire il tempo massimo che può intercorrere tra il momento in cui viene deposto il primo rifiuto a potenziale rischio infettivo nel contenitore e la sua chiusura definitiva.

Rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo

Gli imballaggi che possono essere utilizzati per questi rifiuti sono di diversa forma e presentano caratteristiche chimico-fisiche differenti a seconda del tipo di rifiuto che devono contenere: es. taniche per liquidi di laboratorio, contenitori in plastica per i termometri rotti, contenitori in cartone per i neon. I rifiuti a rischio chimico devono essere smaltiti in impianti autorizzati per le singole tipologie di rifiuto (es. oli usati: ceduti al Consorzio obbligatorio degli oli usati. Accumulatori esausti: Consorzio obbligatorio di batterie al piombo e rifiuti piombosi).

Rifiuti sanitari non pericolosi

Gli imballaggi utilizzati per tale tipologia di rifiuti sono costituiti da sacchi in plastica di colore bianco o grigio chiaro, con sistema di chiusura costituito da fascetta non riapribile, facilmente distinguibili dai contenitori usati per altri tipi di rifiuti e recanti la scritta "Rifiuti sanitari non pericolosi - non introdurre taglienti e/o pungenti".

I sacchi, perfettamente chiusi, sono depositati all'interno dei roll-container utilizzati come deposito temporaneo nel punto di produzione.

Rifiuti sanitari assimilati agli urbani

Gli imballaggi utilizzati per tale tipologia di rifiuti sono costituiti da sacchi in plastica di colore nero, privi di logo aziendale con fascetta o legaccio non riapribile per la sigillatura sacco.

I sacchi, perfettamente chiusi, sono depositati all'interno dei roll-container utilizzati come deposito temporaneo nel punto di produzione.

Rifiuti citotossici e citostatici

Nell'Azienda Ospedaliera in esame sono utilizzati contenitori di capacità pari a 4 litri o 40 litri in polipropilene e/o polietilene. I contenitori da 4 litri sono monouso in materiale plastico rigido e resistente, di colore bianco e dotati di coperchio a pressione per la chiusura temporanea. I contenitori da 40 litri sono realizzati in polipropilene alveolare, di colore blu.

LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Aspetto non trascurabile nel processo di gestione dei rifiuti è la formazione degli operatori, chiave di volta dell'intero processo. Come riportato nelle Linee Guida

della Regione Emilia Romagna, dal 2004 alcune Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna hanno implementato progetti di formazione sulla gestione dei rifiuti, ottenendo risultati in termini di:

- miglioramento del grado di applicazione della normativa vigente;
- miglioramento della separazione fra le tipologie di rifiuti prodotti, con conseguente riduzione della produzione di rifiuti a rischio infettivo e incremento delle raccolte differenziate;
- diminuzione dei costi complessivi di smaltimento, derivanti dalla riduzione della produzione di rifiuti a rischio infettivo;
- sensibilizzazione degli operatori.

Le fasi in cui si sono sviluppati i progetti aziendali, sono così riassumibili:

Fase 1) Analisi: esame dati quantità prodotte, osservazione modalità di separazione rifiuti nelle UU.OO.

Fase 2) Individuazione criticità: scarsa o inadeguata formazione del personale, mancanza di alcune tipologie di contenitori, carenze nelle procedure.

Fase 3) Risoluzione criticità: organizzazione corsi di formazione, elaborazione di procedure aziendali specifiche.

Fase 4) Controllo: verifiche sul grado di applicazione della procedura e monitoraggio dati di produzione.

In tali progetti è stata data particolare rilevanza alla formazione degli operatori, con specifico riferimento alla professione infermieristica e separatamente ai coordinatori infermieristici, veri nodi organizzativi della rete Aziendale. È appunto agli operatori che occorre fare riferimento in termini formativi per ottenere concretamente una corretta indi-

viduazione dei rifiuti che rispetti la classificazione di legge e li avvii quindi al percorso corretto. I progetti formativi prevedevano eventi formativi di base trasversali rivolti a operatori provenienti da diverse Unità Operative eterogenee; a questi si aggiungono eventi formativi di approfondimento per capire le esigenze relative alle specifiche problematiche di ogni U.O. L'Azienda Sanitaria Policlinico S.Orsola Malpighi ha aderito a tali progetti avviando quindi corsi di formazione rivolti a tutto il personale che interviene nel processo di gestione dei rifiuti.

CONCLUSIONI

È evidente come la gestione dei rifiuti all'interno di ogni realtà

aziendale è un processo complesso, la buona riuscita del quale è strettamente legata al comportamento di tutte le figure che intervengono nel ciclo di gestione dei rifiuti stessi.

A maggior ragione, in realtà aziendali di estrema rilevanza, com'è il Policlinico S.Orsola Malpighi, è necessario focalizzare l'attenzione sulla formazione ed informazione degli operatori, elemento indispensabile per poter operare correttamente secondo i criteri previsti dalle normative vigenti. Anche su questo fronte il Policlinico S.Orsola Malpighi è all'avanguardia e buona parte dell'efficienza ed efficacia del processo è da attribuire alle competenze e all'attenzione degli operatori coinvolti.

BIBLIOGRAFIA

1. *D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254 Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179*
2. *Delibera 1155/2009 Approvazione delle "Linee guida per la gestione dei rifiuti e degli scarichi idrici nelle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna"*
3. *D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152 Norme in materia ambientale (Testo Unico Ambientale)*

Documento ANMDO in tema di governance clinica: ruolo e compiti della Direzione Sanitaria aziendale e della Direzione Medica di Presidio ospedaliero

G. Finzi

Presidente Nazionale ANMDO

U. L. Aparo, A. Appicciafuoco, C. Catananti, R. Cunsolo, C. Del Giudice, K. Kob, C. Ponzetti, G. Pelissero, D. Stalteri, B. Zamparelli

Segreteria Scientifica Nazionale ANMDO

A. Carbone, M. Bertozzi, F. Bisetto, G. Matarazzo, I. Pandiani, G. Pieroni G. Serafini

Segreteria Sindacale Nazionale ANMDO

A. Scarmozzino, R. Arione, E. Azzam, P. Costanzo, G. DeFilippis, F. Garufi, U. Podner Komaromy, A. Penna, F. Ripa, R. Sacco

Direttivo Regionale ANMDO Piemonte

PAROLE CHIAVE:

Governance clinica; Direzione Sanitaria aziendale; Direzione Medica di Presidio ospedaliero

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni i sistemi sanitari di tutti i Paesi sviluppati hanno dovuto affrontare importanti sfide dovute all'aumentata pressione economica, alla crescente complessità della scienza e delle tecnologie sanitarie, ai mutamenti demografici e all'aumento dell'incidenza e della prevalenza delle patologie croniche.

Per molti anni l'organizzazione del sistema sanitario si è basata su una nozione implicita di qualità imperniata su logiche strutturali, sul principio che l'arruolamento di personale adeguatamente formato e la disponibilità di strutture e attrezzature coerenti fossero sinonimo di un elevato livello assistenziale.

L'esplosione delle conoscenze, la parcellizzazione degli approcci tecnico-sanitari, la razionalizzazione dei costi e gli aumentati bisogni di

salute hanno minato questa nozione di qualità delineando la necessità di un approccio sistemico al problema dell'assistenza e di un governo di tipo globale.

Le seguenti criticità di sistema coinvolgono in misura più o meno ampia anche la Direzione Sanitaria di Azienda e di Presidio:

- accresciuta complessità del sistema nelle componenti tecnico-scientifiche e manageriali
- assenza di un approccio epidemiologico alla pianificazione sanitaria
- peso limitato delle evidenze scientifiche nelle decisioni aziendali
- tensioni fra "interessi" aziendali, dipartimentali, di singole unità operative
- aspettative non sempre convergenti fra professionisti e manager
- qualificazione professionale da integrare su strumenti gestionali

rinnovati, tramite l'acquisizione del core-curriculum specifico

■ nuovi ruoli professionali emergenti e definizione di ambiti di responsabilità precisi.

In tale contesto la ricerca di modelli organizzativi come risposta all'accresciuta complessità, in grado di conciliare la cultura professionale e la cultura manageriale e i loro "valori" di riferimento in una sintesi equilibrata, rappresenta la logica a cui tendere nelle organizzazioni sanitarie, sia a livello generale sia a livello delle singole Aziende.

La Governance Clinica è stata definita come "il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della Qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili" (NHS, 1998). E' dunque un impegno ufficiale ed esplicito a garantire la Qualità dell'assistenza erogata ai pazienti e anche un incoraggiamento a rivedere i contenuti professionali e gestionali delle attività sanitarie verso una loro intima convergenza.

La Governance Clinica (Gardini, 2007) propone un sistema di governo incentrato su specifici valori, tra cui il rigore metodologico nella valutazione delle informazioni disponibili sugli interventi sanitari appropriati sulla base di prove di efficacia, ma anche l'integrazione professionale, la gestione sistemica dei percorsi assistenziali con la valutazione delle performance e le attività di audit clinico, la gestione del rischio e la valutazione delle tecnologie, l'autovaluta-

zione dei professionisti e l'accreditamento professionale, lo scambio e la comunicazione-partecipazione con il paziente e in generale con i portatori di interesse (Grilli, 2004; Taroni, 2004).

RAZIONALE E OBIETTIVO DEL DOCUMENTO

Il Direttore Sanitario di Azienda e il Direttore Medico di Presidio ospedaliero, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, assumono oggi un ruolo nuovo che si caratterizza nelle emergenti complessità organizzative per compiti di Governo di grande importanza, che richiedono una formazione culturale specifica, ma solidamente innestata in una formazione igienistica.

Già la scelta di dibattere nell'ambito del Congresso Nazionale dell'A.N.M.D.O., che si tenne a Tirrenia dal 22 al 24 ottobre 2003, il tema del "Governo Clinico nelle Direzioni Sanitarie" era scaturita dalla consapevolezza del ruolo fondamentale svolto dal Direttore Sanitario quale responsabile della Governance Clinica. A lui, infatti, è affidato il delicatissimo compito di orchestrare, nell'ambito di un sistema a rete caratterizzato dalla non-linearità e dalla tendenza all'auto-organizzazione tipica dei sistemi complessi, gli effetti originati dalla mutua interazione delle pratiche operative svolte dai diversi attori delle organizzazioni sanitarie che interagiscono tra loro in relazioni molteplici.

Nel corso del 2007 il Direttivo Nazionale ha analizzato ulteriormente il problema, rimarcando in un Documento specifico le funzioni e le competenze del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico di Presidio ospedaliero nella Governance Aziendale.

L'obiettivo del presente documento, dopo un richiamo alla normativa e alle funzioni del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico

di Presidio ospedaliero, è di discutere il significato della Governance Clinica nelle Aziende Sanitarie e di formulare in tale ambito una proposta operativa di lavoro per la Direzione Medica Ospedaliera e per la Direzione Sanitaria di Azienda al fine di:

- delineare gli obiettivi da perseguire e gli strumenti da utilizzare
- definire il modello organizzativo
- illustrare le competenze del Direttore Sanitario d'azienda e del Direttore Medico di Presidio ospedaliero in tale ambito.

La convinzione è che, se ben sviluppate, le logiche della Governance Clinica possano rappresentare uno spunto imprescindibile di riferimento per la progettazione organizzativa degli ospedali del futuro.

IL DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA E IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO NELLA LEGISLAZIONE NAZIONALE VIGENTE

Le normative nazionali, regionali e delle province autonome riguardanti il riordino del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale/Provinciale, e, in particolare, l'atto aziendale, sono gli strumenti giuridici che sanciscono i principi e i criteri dell'organizzazione e del funzionamento dell'Azienda. In base all'art. 3, comma 4, del Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", "sono organi dell'Unità sanitaria locale il Direttore generale e il Collegio dei revisori. Il Direttore generale è coadiuvato dal Direttore amministrativo, dal Direttore sanitario e dal Consiglio dei sanitari...".

In base all'art. 3, il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario sono nominati con provvedimento

motivato del Direttore generale. Il rapporto di lavoro del Direttore generale, del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età. Il Direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo e dal Consiglio dei sanitari. Il Direttore sanitario è "un medico in possesso della idoneità nazionale di cui all'articolo 17 che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il Direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza".

In base all'art. 3 (Modificazioni all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), comma 1-quater, del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", "Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario."

Il comma 1-quinquies del citato articolo recita quanto segue: "Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale".

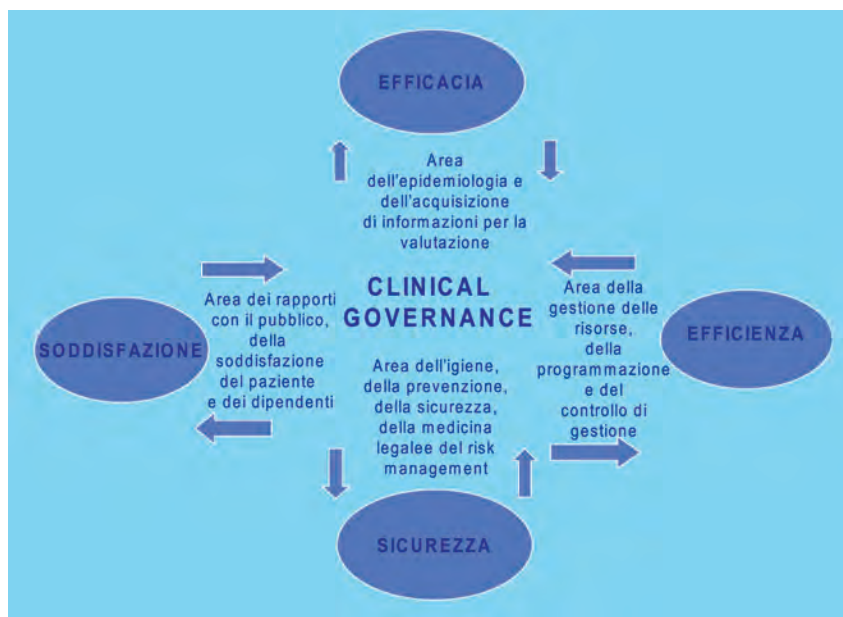


Figura 1. Dimensioni della Qualità

La citata norma, modificando l'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, prevede altresì che "l'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, disciplina l'attribuzione al Direttore amministrativo, al Direttore sanitario, nonché ai Direttori di Presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti comprese, per i dirigenti di struttura complessa, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno e l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale."

Da quanto sopra esposto, emerge l'importanza dell'atto aziendale in merito all'attribuzione dei "compiti" alla dirigenza, ivi comprese quelle del Direttore Sanitario e del Direttore Medico di Presidio ospedaliero.

Infine il D.P.R. n. 484 del 10.12.1997, regola la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale", citando la "direzione medica di presidio ospedaliero".

IL RUOLO DELLA DIREZIONE SANITARIA NELLA GOVERNANCE CLINICA

Secondo i presupposti enunciati la logica della Governance Clinica può rappresentare una formidabile occasione per la Direzione Medica ospedaliera per riaffermare e rinforzare il ruolo che le compete nella organizzazione aziendale (Wallace, 2001).

Anche per la Direzione Sanitaria il punto di partenza deve essere comunque sempre ricercato nelle logiche della valutazione e del miglioramento della Qualità (Bewick, 1989, Donabedian 1990 e 1996) che, come illustrato nella figura 1 (Aparo UL 2001), sono traducibili in specifiche parole chiave di riferimento (efficacia, sicurezza, efficienza, soddisfazione) e in contestuali aree professionali di base che abbiano le evidenze scientifiche come chiave di lettura primaria (Sacket, 1995 e 1996).

In tal senso efficacia, sicurezza, efficienza e soddisfazione sono da considerare le fondamenta per andare ad articolare l'organizzazione ospedaliera, e più in generale

aziendale, nell'area della sintesi organizzativa e del coordinamento delle attività clinico assistenziali, ove va rimarcato il ruolo cruciale che deve rivestire la Direzione Medica per quanto riguarda:

- l'integrazione dei determinanti della governance
- lo sviluppo dei modelli operativi e degli obiettivi a essi sottesi
- le funzioni di direzione da svolgere
- le competenze da possedere
- il modello organizzativo aziendale da applicare

I DETERMINANTI E I MODELLI DELLA GOVERNANCE CLINICA

Per realizzare il necessario cambiamento culturale nelle organizzazioni sanitarie, la Governance ha da una parte la necessità di fondarsi su principi e valori condivisi che la legittimino e le conferiscano la necessaria credibilità, dall'altra l'esigenza di identificare precisi ambiti di rendicontazione e di responsabilità per la sua traduzione operativa. La politica di attuazione della Governance clinica richiede un approccio di "sistema" e va realizzata tramite l'integrazione dei determinanti presentati nella tabella 1 e l'applicazione dei rispettivi modelli operativi.

LE FUNZIONI DEL DIRETTORE SANITARIO DI AZIENDA E DEL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO

Direttore Sanitario di Azienda

Il Direttore Sanitario di Azienda dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari e partecipa al processo di pianificazione strategica aziendale, concorrendo alla definizione delle priorità rispetto ai bisogni di salute della comunità. Inoltre, è responsabile della Governance Clinica complessiva dell'azien-

Determinanti	Modelli Operativi
Utilizzo delle evidenze scientifiche nelle decisioni	- Contestualizzazione delle evidenze sulla base di un lavoro multidisciplinare e multiprofessionale - Facoltà di accesso ad informazioni scientifiche primarie e secondarie sulla efficacia degli interventi sanitari
Condivisione delle buone pratiche	- Analisi sistematica dei bisogni per la definizione di Linee guida cliniche e percorsi assistenziali - Collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale - Comunicazione ed interrelazione
Apprendimento dall'esperienza	- Sviluppo degli audit clinici - Gestione dei reclami e dei contenziosi - Gestione del rischio clinico
Sviluppo professionale	- Definizione di piani di formazione continua mirata a qualità, etica, responsabilità - Accreditemento professionale - Sviluppo dei sistemi premianti orientati alla qualità
Responsabilizzazione e rendicontazione	Sviluppo delle reti informative ed informatiche Valutazione e miglioramento delle performance dei processi e degli esiti Coinvolgimento dei pazienti e degli altri stakeholder Ricerca e sviluppo

Tabella 1. Determinanti e modelli operativi

da, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Partecipa al governo aziendale, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, al direttore amministrativo e, ove previsto, al direttore dei servizi sociali.

Assume la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e di pareri obbligatori, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

Promuove, coordina e verifica iniziative finalizzate alla promozione della salute.

Promuove, coordina e verifica, tramite i servizi competenti, l'applicazione delle norme in materia di igiene e dispone misure finalizzate alla tutela della salute pubblica.

Svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei direttori medici dei presidi ospedalieri, del dipartimento di prevenzione, dei distretti e delle altre articolazioni sanitarie aziendali, promuovendo l'integrazione delle strutture.

In particolare, Il Direttore Sanitario di Azienda:

- presiede il consiglio dei sanitari, i collegi tecnici per la selezione dei candidati per l'accesso ai posti di direttore di unità operativa, nonché per la verifica, al termine dell'incarico, dei risultati conseguiti dagli stessi;

- presiede, di norma, il comitato etico aziendale e ne cura gli adempimenti;

- partecipa ad altre commissioni o le presiede, ove previsto da normative vigenti;

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute e della domanda di assistenza sanitaria della comunità;

- elabora proposte e fornisce pareri in merito alla programmazione sanitaria aziendale;

- definisce modelli organizzativi delle strutture sanitarie, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi aziendali, e ne promuove l'adozione;

- concorre alla definizione dei provvedimenti straordinari con carattere d'urgenza;

- collabora al controllo di gestione dell'azienda, definendone le linee

di indirizzo e i contenuti specifici di sua competenza;

- concorre alla definizione dei contenuti del sistema informativo aziendale;

- concorre alla definizione dei modelli organizzativi per la promozione della qualità e provvede, per quanto di competenza, all'attuazione della verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;

- promuove il processo di valutazione di tecnologie sanitarie (health technology assessment) e ne verifica l'applicazione;

- promuove il processo di valutazione del rischio clinico e la sua gestione (risk clinical management), attivando le strategie necessarie per la riduzione dei rischi stessi;

- promuove l'adozione di processi clinici basati sulle evidenze (evidence based medicine), anche attraverso adeguati programmi e percorsi assistenziali;

- definisce le strategie ed i criteri per l'allocazione delle risorse umane e tecnico strumentali nell'ambito dei servizi sanitari, nel rispetto della programmazione sanitaria aziendale;

- promuove lo sviluppo delle risorse umane e della conoscenza aziendale (knowledge management) attraverso l'attività di formazione permanente, aggiornamento e riqualificazione del personale (ECM);
- concorre alla promozione di iniziative di ricerca finalizzata nell'ambito dei servizi sanitari;
- coadiuva il direttore generale nel mantenimento dei rapporti con le istituzioni, i vari enti e organismi operanti in ambito socio-sanitario.

Direttore Medico di Presidio ospedaliero

Il Direttore Medico di Presidio ospedaliero concorre, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, al raggiungimento degli obiettivi aziendali e opera sulla base degli indirizzi del direttore sanitario, assicurando la continuità assistenziale con i servizi territoriali.

Nel presidio ospedaliero ha competenze gestionali, organizzative, igienico sanitarie, di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione, di aggiornamento, di promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni.

Inoltre, è corresponsabile della Governance Clinica del presidio, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei direttori medici dei dipartimenti, delle strutture complesse e delle strutture semplici di dipartimento, promuovendo l'integrazione delle strutture sia all'interno del presidio che con quelle territoriali. Promuove, coordina e verifica iniziative finalizzate alla promozione della salute.

Nell'ambito delle funzioni gestionali ed organizzative, il Direttore Medico di Presidio ospedaliero svolge le seguenti funzioni:

- risponde della gestione operati-

va complessiva del presidio ospedaliero;

- rende operative le indicazioni organizzative definite dall'azienda;

- coordina le strutture dipartimentali;

- sulla base degli obiettivi aziendali e del budget complessivo del presidio ospedaliero, concorre alla definizione degli obiettivi dei dipartimenti e delle altre strutture;

- partecipa alla negoziazione o negozia direttamente il budget con i direttori dei dipartimenti e delle altre strutture, in base al budget del presidio e in linea con gli obiettivi generali aziendali;

- collabora con la direzione aziendale alla definizione dei criteri di assegnazione e gestione delle risorse ed è responsabile della loro corretta applicazione nei dipartimenti e nelle altre strutture;

- cura la raccolta dei dati statistici sanitari, utili a fini interni o per l'inoltro agli uffici e servizi competenti;

- esprime valutazioni tecnico - sanitarie e organizzative sulle opere di costruzione e ristrutturazione edilizia, autorizzando l'esercizio dell'attività clinico-assistenziale negli ambienti destinati a tale scopo;

- valuta il programma di manutenzione ordinaria e straordinaria, predisposto dall'ufficio tecnico e propone le priorità di intervento, con particolare riferimento a eventuali situazioni di urgenza;

- elabora proposte e fornisce pareri in merito alla programmazione ospedaliera;

- fornisce al direttore sanitario proposte di modelli organizzativi delle strutture ospedaliere, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi aziendali e ne promuove l'adozione;

- adotta provvedimenti straordinari con carattere d'urgenza;

- concorre al controllo di gestione dell'azienda, fornendo proposte al direttore sanitario e collabora attivamente con l'Ufficio di controllo di gestione;

- collabora attivamente all'implementazione del sistema informativo ospedaliero e alla definizione dei contenuti del sistema informativo aziendale, provvedendo, per quanto di sua competenza, al corretto flusso dei dati;

- esprime parere e formula proposte su programmi di informazione, formazione e aggiornamento del personale;

- promuove le attività di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini, con particolare riferimento all'applicazione della carta dei servizi e ai rapporti con le associazioni di volontariato;

- vigila e attua provvedimenti in merito alle attività d'urgenza ed emergenza ospedaliera;

- vigila sulla programmazione, organizzazione e applicazione delle attività rivolte a migliorare l'accettazione sanitaria, i tempi di attesa per prestazioni in regime di ricovero ordinario, diurno e ambulatoriale;

- ha la responsabilità della gestione organizzativa generale del poliambulatorio ospedaliero in ordine all'utilizzo ottimale delle risorse strutturali, tecnologiche e di personale;

- provvede all'organizzazione per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dal presidio ospedaliero.

Nell'ambito delle funzioni igienico-sanitarie e di prevenzione, il direttore medico di presidio ospedaliero:

- emana direttive e regolamenti, sorvegliandone il rispetto, in tema di tutela della salute e della sicurezza

- nel luogo di lavoro, igiene e sicurezza degli alimenti, ambienti e delle apparecchiature, attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione, smaltimento dei rifiuti sanitari, nonché strategie per la prevenzione delle infezioni ospedaliere;

- adotta i provvedimenti necessari per la salvaguardia della salute di operatori, pazienti e visitatori;

- è componente del comitato contro le infezioni ospedaliere;

- adotta strategie di organizzazione, gestione e controllo sui servizi alberghieri e di supporto, qualora esternalizzati;
- progetta e cura processi relativi alla tutela dell'ambiente e dell'igiene ambientale, della sicurezza e mobilità interna;
- applica e verifica la normativa sanitaria e sviluppa percorsi atti all'applicazione della stessa;
- progetta processi per la prevenzione delle infezioni in ospedale;
- progetta processi relativi ai servizi di supporto alle attività sanitarie;
- progetta processi per la tutela dell'igiene degli alimenti, della ristorazione ospedaliera e della nutrizione clinica;
- coordina gruppi di lavoro per progetti aziendali, regionali e/o nazionali.

Nell'ambito delle funzioni medico-legali, il Direttore Medico di Presidio ospedaliero:

- adempie ai provvedimenti di polizia mortuaria;
- in tema di attività inerenti il prelievo d'organi, svolge attività di organizzazione e di vigilanza, partecipando, se necessario, quale membro al collegio medico per l'accertamento della morte, compiendo, inoltre, ogni ulteriore atto di competenza; inoltre, sovrintende, nel rispetto degli indirizzi del coordinatore regionale trapianti, alle attività organizzative del coordinatore locale trapianti;
- vigila sulla corretta compilazione della cartella clinica, della scheda di dimissione ospedaliera e di tutta la documentazione sanitaria;
- risponde, dal momento della consegna all'archivio centrale, della corretta conservazione della documentazione sanitaria;
- rilascia agli aventi diritto, secondo modalità stabilite dall'azienda e nel rispetto della normativa vigente, copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria e certificazioni;

- inoltra ai competenti organi le denunce obbligatorie;
- coordina l'attività di valutazione del rischio clinico;
- vigila sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte degli operatori sanitari;
- vigila sul rispetto delle norme in materia di sperimentazione clinica, partecipa al comitato etico aziendale e cura la conservazione della relativa documentazione;
- presiede commissioni tecniche o vi partecipa in base a disposizioni aziendali o normative specifiche;
- vigila sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari ed esprime parere obbligatorio su raccolta, elaborazione e trasmissione di dati sanitari, con particolare riguardo ai mezzi informatici e telematici.

Nell'ambito delle funzioni scientifiche, il Direttore Medico di Presidio ospedaliero:

- promuove lo sviluppo delle risorse umane e della conoscenza aziendale (knowledge management) attraverso l'attività di formazione permanente, aggiornamento e riqualificazione del personale (ECM);
- verifica il livello di informazione, formazione e aggiornamento del personale dei servizi in gestione esterna;
- coordina, per quanto di competenza, l'organizzazione dei previsti corsi di specializzazione per il personale laureato del ruolo sanitario;
- collabora all'elaborazione di piani di ricerca finalizzata e ne coordina l'attività;
- vigila sull'ammissione e l'attività del personale volontario e frequentatore.

Nell'ambito delle funzioni di promozione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, il Direttore Medico di Presidio ospedaliero:

- promuove iniziative per il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;

- provvede affinché i modelli organizzativi delle unità operative e dei dipartimenti siano orientati al raggiungimento di buoni livelli di qualità gestionale, di qualità tecnico-professionale e di qualità percepita;
- promuove l'adozione, da parte delle unità operative e dei dipartimenti, delle strategie definite dalla direzione aziendale con particolare riguardo, in campo clinico, ai principi dell'Evidence Based Medicine (EBM).

Rapporti tra Direzione Medica di Presidio ospedaliero e i dipartimenti ospedalieri

Nei confronti dei dipartimenti ospedalieri, il Direttore Medico di Presidio ospedaliero svolge le seguenti funzioni:

- nel rispetto degli obiettivi generali dell'azienda, definisce gli obiettivi specifici dei dipartimenti, concordati con i direttori di dipartimento, e vigila sul loro conseguimento;
- partecipa alla negoziazione o negozia direttamente il budget con i direttori dei dipartimenti, in base al budget del presidio e in linea con gli obiettivi generali aziendali;
- definisce le strategie e i criteri per l'allocazione delle risorse umane e tecnico strumentali nell'ambito dei servizi sanitari, nel rispetto della programmazione sanitaria aziendale
- svolge funzioni di interlocutore per le proposte dei direttori dei dipartimenti rispetto alla programmazione aziendale;
- svolge funzioni di supporto tecnico all'attività dei dipartimenti, per gli aspetti organizzativi e gestionali;
- coordina la raccolta e l'elaborazione dei dati di attività e di utilizzo delle risorse, per la predisposizione del piano di attività annuale, del monitoraggio delle attività svolte e della verifica dei risultati raggiunti;
- esprime valutazioni tecniche e organizzative sulla costruzione, ri-

strutturazione e ampliamento degli spazi comuni assegnati ai dipartimenti;

- esprime valutazioni tecniche e organizzative sulle proposte di acquisto di attrezzature biomedicali;

- applica e verifica norme in tema di tutela di salute e sicurezza nel luogo di lavoro, igiene e sicurezza degli alimenti, ambienti e delle apparecchiature, attività di pulizia, disinfezione, sterilizzazione e disinfezione; smaltimento dei rifiuti sanitari; strategie di prevenzione delle infezioni ospedaliere;

- esprime parere sulle proposte dei direttori dei dipartimenti, in tema di formazione e aggiornamento del personale;

- promuove, d'intesa con i direttori dei dipartimenti, l'utilizzo corretto di strumenti e metodologie di miglioramento e controllo della qualità;

- promuove le attività di partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini

FUNZIONI NELLE AREE TRASVERSALI

Governo aziendale

Il governo aziendale di una azienda sanitaria consiste nella capacità della direzione strategica, -direzione generale, direzione sanitaria e amministrativa - di esprimere una visione di sviluppo, di indirizzare l'organizzazione verso obiettivi di salute, utilizzando gli strumenti propri delle risorse umane, tecnologiche, strutturali e finanziarie. In questo contesto la direzione sanitaria di azienda partecipa attivamente nell'individuare, nell'elaborare e nel definire obiettivi di salute e, di conseguenza, nel fissare le priorità per l'uso delle risorse. Per questa funzione, il Direttore Sanitario aziendale si avvale di risorse professionali della direzione medica di presidio ospedaliero, dei responsabili di distretto per l'assistenza primaria, del dipartimento

di prevenzione per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie e di eventuali strutture di staff della direzione strategica.

Evidence based health care (EBHC)

Una considerevole quantità di comportamenti, di tecniche professionali, di decisioni impiegate regolarmente nell'assistenza e nell'organizzazione dei servizi non si basa su chiare ed evidenti dimostrazioni scientifiche e sono l'esito di consuetudini professionali assunte acriticamente nella prassi quotidiana nelle decisioni di sanità pubblica. Le decisioni sanitarie relative a un paziente a gruppi di pazienti o ad una comunità devono essere basate su evidenze fondate sulla ricerca, relative alle conseguenze del trattamento, rafforzate dall'uso intelligente di informazioni più ampie su risorse finanziarie, flussi di pazienti, politica sanitaria.

Il Direttore Sanitario deve organizzarsi per sostenere il processo sistematico di reperimento, di valutazione e uso dei risultati della ricerca clinica e di comunità come base per le decisioni di sanità pubblica e per le scelte organizzative dell'azienda nell'ottica dell'Evidence based health care intesa come l'insieme dell'Evidence based medicine e dell'Evidence based public health. Il Direttore Medico di Presidio ospedaliero avvia, sulla scorta di priorità cliniche o di esiti, la selezione sistematica di procedure in corso nell'ospedale e interviene nella modifica. Sviluppa nell'ambito dell'ospedale la metodica della revisione e promuove la formazione.

Health Technology Assessment e Horizon Scanning

La continua evoluzione della tecnologia (apparecchiature, farmaci, presidi, modelli organizzativi nell'erogare le prestazioni assistenziali), con i suoi elevati costi, im-

pone ai responsabili della sanità la scelta di tecnologie mediche basate si sull'efficacia e efficienza della nuova tecnologia in termine di salute, ma anche di attente valutazioni etiche e sociali. Infatti, l'introduzione di una nuova metodica o di una nuova procedura assistenziale deve essere valutata sull'impatto della salute non solo immediata ma anche delle conseguenze sulla salute, sulla organizzazione dei servizi sanitari, sulle conseguenze sociali ed economiche.

Si assiste ad una crescita impetuosa delle biotecnologie, delle nano tecnologie e dell'information and communication technology (ICT). Bioscienza, Nanoscienza e Infoscienza, opportunamente orientate dall'etica dei valori, tendono a caratterizzarsi come i motori della crescita e dello sviluppo sostenibili nei prossimi decenni.

Il Direttore Sanitario deve armonizzare le richieste nell'azienda, valutare i vantaggi e gli svantaggi di una tecnologia innovativa (miglioramento qualitativo della prestazione, impatto sulla salute e sulla organizzazione, i costi, la formazione, gli aspetti etici e sociali, ecc.), sviluppare un piano pluriennale di investimenti compatibili con le risorse disponibili.

Al Direttore Medico di Presidio ospedaliero invece compete, con la collaborazione del clinico, l'elaborazione di studi o proposte specifiche d'innovazione su propria iniziativa o su proposta del clinico, nel qual caso dovrà esprimere un giudizio di merito sulla tecnologia tenendo conto dell'impatto sull'assistenza, sull'organizzazione, sui costi. Particolare attenzione dovrà essere data all'integrazione organizzativa e professionale richiesta dalla tecnologia e allo sviluppo armonico e uniforme nei diversi settori dell'assistenza ospedaliera.

Il Direttore Medico di Presidio ospedaliero concorre, inoltre, alla definizione delle caratteristiche o

specifiche della tecnologia e alla revisione dell'organizzazione del percorso assistenziale, partecipa alle commissioni tecniche di selezione, promuove e coordina lo sviluppo di linee guida professionali e ne monitorizza l'implementazione mediante l'elaborazione di indicatori.

Risk clinical management

L'attività professionale del medico e dell'infermiere e di altro personale sanitario, come del resto di ciascuna attività umana, è soggetta a possibili errori che, nel caso della salute, possono determinare anche gravi conseguenze fino alla morte.

Molte volte gli errori trovano come concause i modelli organizzativi per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, altre volte il singolo operatore sanitario.

L'esame sistematico degli errori dovrebbe invece aiutare l'organizzazione e i professionisti a migliorarsi.

Il Direttore Sanitario di Azienda promuove in tutti i servizi ospedalieri, distrettuali e di prevenzione iniziative volte alla riduzione degli errori, mediante una intensa attività formativa protesa a far emergere nel personale una cultura positiva di apprendimento dagli errori ed elabora un sistema di segnalazione interna degli errori stessi.

Dal canto suo, il Direttore Medico di Presidio ospedaliero opererà concretamente sugli episodi e metterà in atto iniziative sistematiche preventive mediante l'analisi dei percorsi assistenziali ed organizzativi prevalenti nell'erogazione dell'assistenza. Di conseguenza, elaborerà un programma complessivo per l'ospedale di prevenzione per la gestione del rischio clinico prevedendo specifici interventi di formazione, di rinnovo tecnologico, di revisione dei percorsi assistenziali, di informatizzazione dei processi assistenziali, di revisioni o modifiche organizzative quali-quantitative.

Contribuirà per l'area ospedaliera a sostenere il sistema di segnalazione interna degli errori e a elaborare specifici indicatori.

Promozione della qualità

La qualità del servizio ospedaliero coinvolge, in un processo di miglioramento continuo, l'intera organizzazione dell'ospedale. La soddisfazione del paziente, dei suoi bisogni e delle sue aspettative è, di fatto, frutto dell'intervento di molte componenti: il servizio, l'informazione, l'appropriatezza, l'efficacia, la tempestività e altro ancora. Per ottenere un risultato di qualità occorre il coinvolgimento di tutto l'ospedale, con la condivisione di valori ed obiettivi. Nell'ambito delle competenze di promozione della qualità, il Direttore Sanitario di Azienda concorre alla definizione dei modelli organizzativi per la promozione della qualità e provvede, per quanto di competenza, all'attuazione della verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

Spetta, invece, al Direttore Medico di Presidio ospedaliero provvedere, affinché i modelli organizzativi siano orientati al raggiungimento di buoni livelli di qualità gestionale, tecnico-professionale e di qualità percepita, garantendo il necessario supporto tecnico ai direttori delle unità operative e dei dipartimenti.

LE COMPETENZE DEL DIRETTORE SANITARIO DI AZIENDA E DEL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO

Dall'insieme delle funzioni pare sia opportuno porre particolare accento sulle articolate e consolidate competenze del Direttore Medico di Presidio ospedaliero:

- una di tipo manageriale, riconducibile alla funzione di "responsabile dell'ospedale"
- una seconda di tipo organizzativo

- una terza di tipo igienico-sanitaria e di prevenzione

- una quarta orientata al sistema di valutazione e della qualità dell'assistenza.

- una quinta di tipo relazionale ed emotivo

Questi cinque ambiti di competenza possono essere attribuiti a un'unica struttura organizzativa, articolata in più settori, o a più strutture indipendenti ma interconnesse, secondo una schema a rete che coniughi lo sviluppo di specifiche professionalità con l'esercizio di responsabilità gestionali globali, in relazione alla complessità e dimensione del presidio ospedaliero, alla sua articolazione in dipartimenti, al numero di stabilimenti che lo compongono e alla loro autonomia funzionale.

Su questi aspetti di "architettura" della Direzione Medica di Presidio ospedaliero varrà la pena di ritornare, magari aprendo un confronto sui vari modelli adottati o adottabili, mettendo da parte quelle che possono essere le preoccupazioni di difendere l'esistente, per promuovere invece la cultura del rinnovamento e adattamento della struttura e delle prerogative della Direzione Medica di Presidio ospedaliero alle nuove realtà, complessità, esigenze e missioni aziendali.

È certo però che l'articolato quadro di competenze, unito alle grandi dimensioni aziendali, richiede comunque che, partendo dalla "visione globale del sistema", tipica delle discipline igienico-organizzative, vengano sviluppate specifiche professionalità relative alle varie competenze, da utilizzare non solo nella direzione medica di presidio ospedaliero, ma anche negli uffici di staff aziendali. Come dalle discipline mediche e chirurgiche generali si sono evidenziate le specialità, dalla disciplina di igiene e organizzazione dei servizi ospedalieri devono svilupparsi gli specialisti di settore, pur mantenendo una stretta relazione funzionale con la Direzione

Competenza Professionale <i>Determina il modo in cui controlliamo noi stessi</i>	
Programmatoria	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi dei bisogni - Lettura della complessità - Programmazione dei servizi - Valutazione della sostenibilità
Organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo dei modelli organizzativi delle aree sanitarie - Controllo di gestione - Valutazione di efficacia, appropriatezza e costo beneficio degli interventi - Gestione delle tecnologie (technology assessment, valutazione di impatto) - Progettazione ed utilizzo delle reti informative ed informatiche - Integrazione interaziendale ed extraaziendale - Gestione rapporti con il personale e gli stakeholder
Igienico-sanitaria e di prevenzione, promozione della salute	<ul style="list-style-type: none"> - EBP - Igiene delle strutture sanitarie - Edilizia Sanitaria - Gestione della sicurezza e del rischio clinico
Valutativa e di miglioramento della qualità dell'assistenza	<ul style="list-style-type: none"> - EBM, EBHC - Analisi dei processi - Implementazione delle linee guida e dei percorsi - Valutazione delle performance - Sviluppo delle attività di audit e strumenti di analisi proattiva - Attenzione alla soddisfazione dei clienti - Trasparenza e tutela dell'organizzazione sanitaria nel confronto con gli stakeholder

Tabella 2. Competenza professionale

Medica di Presidio. Un servizio sanitario nazionale (SSN), deve essere in grado di garantire a ogni cittadino un equo accesso alle prestazioni essenziali di elevata qualità, tenendo conto sia della crescente complessità dei temi legati alla sanità e alla salute sia della forte ed emergente richiesta di trasferimento delle decisioni riguardanti questi temi a livello locale e decentrato.

Il perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione del SSN, connessi al processo di aziendalizzazione, comporta la necessità di affiancare alle azioni strategiche per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi, interventi formativi rivolti al conseguimento di risultati di efficacia ed efficienza gestionale. Da un tipo di gestione uniformante, indifferenziata e omogenea, sorretta dalle influenti teorie delle economie di scala, si sta passando, fra difficoltà e resistenze d'ogni sorta, a una gestione capace di cogliere le unicità dei molteplici interlocutori dell'ospedale, interni ed esterni.

Questa transizione, dall'idea di massa all'idea di un tessuto intricato di soggettività organizzativa, sta delineando una nuova ecologia delle organizzazioni, multidimensionale e complessa. I fattori immateriali come la conoscenza, i servizi, le informazioni, le relazioni personali ne costituiscono le componenti essenziali.

Chi, come il Direttore Sanitario di azienda e il Direttore Medico di Presidio, ha responsabilità direzionale di indirizzo di una organizzazione complessa, come l'ospedale o una azienda sanitaria, deve saper cogliere queste innovazioni e coniugarle con l'organizzazione sviluppando nel tempo la propria competenza professionale, secondo quanto riassunto nella tabella 2.

L'area della relazione e dell'intelligenza emotiva

Expertise, competenze professionali e competenze emotive sono da considerare come bagagli imprescindibili e tutte egualmente

da coltivare per il Medico di Direzione Sanitaria e come tali sono di seguito discusse, soprattutto in chiave di risposta alle complessità emergenti.

Indipendentemente dal potenziale intellettuale, è l'expertise (la totalità di informazioni specialistiche e abilità pratiche di cui si dispone) a conferire la competenza per svolgere un determinato lavoro. In larga misura l'expertise consiste anche in una combinazione fra il buon senso e le conoscenze e le capacità specialistiche che si raccolgono nell'eseguire qualsiasi lavoro.

L'expertise è l'apprendimento in trincea; è la consapevolezza dei trucchi del mestiere, quell'autentica conoscenza sul come interpretare una professione che deriva solo dall'esperienza.

L'expertise è una competenza di base che è fondamentale per ottenere un determinato incarico e portarlo a termine, ma la qualità della prestazione è determinata

COMPETENZA PERSONALE Determina il modo in cui controlliamo noi stessi	
Consapevolezza di sé	Comporta la conoscenza dei propri stati interiori — preferenze, risorse e intuizioni - Consapevolezza emotiva: riconoscimento delle proprie emozioni e dei loro effetti - Autovalutazione accurata: conoscenza dei propri punti di forza e dei propri limiti - Fiducia in se stessi: sicurezza nel proprio valore e nelle proprie capacità
Padronanza di sé	Comporta la capacità di dominare i propri stati interiori, i propri impulsi e le proprie risorse - Autocontrollo: dominio delle emozioni e degli impulsi distruttivi - Fidatezza: mantenimento di standard di onestà e integrità - Coscienziosità ed assunzione delle responsabilità per quanto attiene alla propria prestazione - Adattabilità flessibilità nel gestire il cambiamento - Innovazione: capacità di sentirsi a proprio agio e di avere un atteggiamento aperto di fronte a idee, approcci e informazioni nuove
Motivazione	Comporta tendenze emotive che guidano o facilitano il raggiungimento di obiettivi - Spinta alla realizzazione, impulso a migliorare o a soddisfare uno standard di eccellenza - Impegno, adeguamento agli obiettivi del gruppo o dell'organizzazione - Iniziativa, prontezza nel cogliere le occasioni - Ottimismo, costanza nel perseguire gli obiettivi nonostante ostacoli e insuccessi

Tabella 3. Competenza personale

dal modo in cui vengono svolte le attività.

Chi, come il medico della Direzione Sanitaria, è incaricato della supervisione del lavoro svolto da altri professionisti e tecnici, deve possedere un certo grado di expertise nel settore specifico; sarebbe impossibile svolgere una simile attività senza una ragionevole comprensione di ciò che le persone da controllare stanno facendo.

D'altra parte, quell'expertise è solo un requisito soglia in quanto, anche in campi eminentemente tecnici, i supervisori eccellenti non si distinguono per le loro abilità tecniche, ma per la capacità di confrontarsi con le persone.

L'intelligenza emotiva personale comprende la consapevolezza di sé, che porta a dare un nome e un senso alle emozioni negative, aiutando a comprendere le circostanze e le cause che le scatenano; più in generale essa permette una autovalutazione obiettiva delle proprie capacità e dei propri limiti, così da riuscire a proporsi mete realistiche, scegliendo poi le risorse personali più adeguate per raggiungerle.

Anche *l'autocontrollo* fa parte delle competenze personali. Esso implica la capacità di dominare le proprie emozioni, il che non vuol dire negarle o soffocarle, bensì esprimerle in forme socialmente accettabili. L'incapacità di gestire le proprie emozioni può portare infatti ad agire in maniera inopportuna e magari a forme di esagerata tensione nei confronti degli altri.

Chi è padrone di sé riesce di solito a comportarsi in maniera appropriata alla situazione, tenendo conto delle regole del vivere sociale, riconoscendo le proprie responsabilità e i propri errori, rispettando gli impegni presi e portando a compimento i compiti assegnatigli. Tra le competenze personali può essere inoltre collocata la capacità di alimentare la propria motivazione, mantenendola anche di fronte alle difficoltà o agli imprevisti.

La *capacità di motivarsi* è formata da una giusta dose di ottimismo e dallo spirito di iniziativa, attitudini che spingono a perseguire i propri obiettivi, reagendo attivamente agli insuccessi e alle frustrazioni.

L'intelligenza emotiva sociale è costituita da quell'insieme di ca-

ratteristiche che ci permettono di relazionarci positivamente con gli altri e di interagire in modo costruttivo con essi.

Una delle componenti più importanti di questo aspetto dell'intelligenza è costituita dall'*empatia*, ossia dalla capacità di riconoscere le emozioni e i sentimenti negli altri, ponendoci idealmente nei loro panni e riuscendo a comprendere i rispettivi punti di vista, gli interessi e le difficoltà interiori. Essere empatici significa percepire il mondo interiore dell'altro come se fosse il nostro, mantenendo tuttavia la consapevolezza della sua alterità rispetto ai nostri punti di vista.

La *comunicazione*, altra attitudine "sociale" è invece la capacità di parlare agli altri, facendo coincidere il contenuto esplicito dei messaggi (trasmesso dalle parole) con le proprie convinzioni ed emozioni (involontariamente rivelate attraverso il linguaggio del corpo). Comunicare in maniera efficace è anche saper ascoltare e fare domande, mantenendo una reale attenzione alle risposte emotive degli interlocutori.

Secondo Goleman (2006), "Quanto

COMPETENZA SOCIALE

Determina il modo con cui gestire le relazioni con gli altri

Empatia	Comporta la consapevolezza dei sentimenti, delle esigenze e degli interessi altrui - Comprensione degli altri: percezione dei sentimenti e delle prospettive altrui; interesse attivo per le preoccupazioni degli altri - Assistenza: anticipazione, riconoscimento e soddisfazione delle esigenze del cliente - Promozione dello sviluppo altrui: percezione delle esigenze di sviluppo degli altri e capacità di mettere in risalto e potenziare le loro abilità - Sfruttamento della diversità: saper coltivare le opportunità offerte da persone di diverso tipo - Consapevolezza politica, lettura ed interpretazione delle correnti emotive e dei rapporti di potere in un gruppo
Abilità sociali	Comportano abilità nell'indurre risposte desiderabili negli altri: - Influenza, impiego di tattiche di persuasione efficienti - Comunicazione, invio di messaggi chiari e convincenti - Leadership, capacità di ispirare e guidare gruppi e persone - Catalisi del cambiamento, capacità di iniziare o dirigere il cambiamento - Gestione del conflitto, capacità di negoziare e risolvere situazioni di disaccordo - Costruzione di legami, capacità di favorire e alimentare relazioni utili - Collaborazione e cooperazione, capacità di lavorare con altri verso obiettivi comuni - Lavoro in team, capacità di creare una sinergia di gruppo nel perseguire obiettivi comuni

Tabella 4. Competenza sociale

più un lavoro è complesso, tanto più conta l'intelligenza emotiva, se non altro perché una carenza in queste abilità può ostacolare l'uso dell'expertise tecnica e delle doti intellettuali, per quanto pronunciate esse siano”.

L'intelligenza emotiva determina la potenzialità di apprendere le capacità pratiche basate sui suoi elementi di riferimento: consapevolezza e padronanza di sé, motivazione, empatia e abilità nelle relazioni interpersonali. La competenza emotiva dimostra quanto di quella potenzialità è stata tradotta in reali capacità pronte per essere messe in atto nella professione. Così delineate e descritte, le principali competenze emotive del professionista della Direzione Sanitaria possono essere riassunte nelle tabelle successive, precisando che, a seconda del ruolo svolto, della complessità aziendale, del contesto storico e del momento culturale, esse potranno essere variamente “coltivate” e utilizzate dal professionista chiamato a gestire la complessità sanitaria per quanto riguarda le competenze personali (tabella 3) e le competenze sociali (tabella 4).

LA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO E IL MODELLO ORGANIZZATIVO NELLA GOVERNANCE CLINICA

Gli strumenti operativi prima delineati possono trovare il loro concreto sviluppo all'interno di un modello organizzativo adeguato. La stessa impostazione del sistema di Governance Clinica, pur nella consapevolezza dell'ambito di autonomia di ogni Azienda, deve riconoscere come centrale il ruolo della Direzione Medica di Presidio ospedaliero.

Il percorso formativo assicurato dagli studi igienistico-organizzativi e l'apporto esperienziale derivante dalla quotidiana pratica prevenzionale e manageriale garantiscono agli specialisti in Igiene e Medicina Preventiva un notevole vantaggio nello svolgimento delle funzioni di responsabilità degli Uffici di staff funzionali alla Governance, anche nella considerazione che tali attività possano essere tecnicamente svolte da figure dirigenziali che alla competenza clinica abbiano affiancato un corposo percorso formativo in am-

bito specifico (Programmazione e Controllo di Gestione, Qualità, Risk Management, Igiene Ospedaliera, ecc.).

La necessità di interpretare le molteplici istanze provenienti dalle aree cliniche, prevenzionistiche, amministrative, formative rende altrettanto imprescindibile che la figura del Direttore Sanitario Aziendale sia ricoperta da uno specialista in Igiene e Medicina Preventiva dal momento che la formazione e le scelte lavorative di questo professionista meglio garantiscono le funzioni di interprete attivo della complessità e facilitatore propositivo dei Progetti, tanto necessarie per la corretta implementazione della Governance clinica.

Il Direttore Sanitario di Azienda e il Direttore Medico di Presidio ospedaliero devono ideare i piani applicativi della Governance clinica e promuoverne l'implementazione in tutte le realtà aziendali inizialmente mediante un'attenta attività ricognitiva, seguita da un'intensa attività formativa protesa a fare emergere nel personale una cultura positiva di apprendimento e di collaborazione, da

finalizzare nella valutazione di efficacia delle azioni intraprese e in un solido sistema premiante a supporto.

La Direzione Sanitaria aziendale deve quindi definire il modello organizzativo dei vari sistemi interessati alla Governance e attivare le strategie necessarie a renderlo operativo.

Dal canto suo il Direttore Medico di Presidio ospedaliero, la cui professionalità è confermata dalla regolamentazione di accesso agli incarichi di struttura complessa, è ugualmente interprete dei diversi "linguaggi" presenti nella Struttura sanitaria da lui diretta, è il garante dell'applicazione operativa sistemica e rendiconta sui risultati ottenuti per quanto di propria competenza.

In tale ambito, considerato l'insuccesso dei progetti di Governance clinica a sviluppo "top-down", è indispensabile attuare gli strumenti della Governance clinica con modalità "bottom-up", previa costituzione delle reti trasversali tematiche multiprofessionali.

Le reti per la Governance clinica devono essere strutturate in Unità trasversali di supporto alle attività di Governance e il ruolo dei facilitatori andrà istituzionalizzato e riconosciuto.

Per ottimizzare il coordinamento delle reti e dei progetti di Governance clinica, gli uffici di staff (Programmazione e controllo di gestione, Qualità, Formazione, Sistemi informativi, ecc.) devono essere riqualificati e sottoposti ad un processo di riorganizzazione, chiarendo nello specifico il ruolo da ricoprire nel sistema di Governance.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La morale per il prossimo futuro è basata sui risultati. Non bastano le intenzioni. Per ottenere

risultati adeguati occorre sapere pianificare. Dunque occorre sapere costruire l'avvenire. Non lo puoi fare se non hai gli strumenti giusti. Il Direttore Sanitario deve quindi essere capace di utilizzare gli strumenti della governance clinica e di assumersene la responsabilità. Deve imparare di continuo, in tutti i campi e da tutti. Il Direttore Sanitario deve confrontarsi con gli esperti ed essere esperto in quante più specialità gli riesca. Deve essere in grado di proporsi come modello di ruolo affinché chi lavora con lui impari di continuo.

Il Direttore Sanitario deve coordinare l'attività dei dipartimenti che, tra i possibili diversi assetti organizzativi aziendali, rappresenta quello che meglio di altri configura un ambiente clinico-organizzativo idoneo all'applicazione del governo clinico. Assetto che presuppone sia un'assistenza integrata e multidisciplinare con coordinamento stabile tra i responsabili delle unità operative, sia un approccio assistenziale centrato sul malato e sull'insieme del suo percorso diagnostico-terapeutico, piuttosto che sui singoli momenti che lo compongono.

Le attività dipartimentali necessitano di supporto, in termini di metodologie e strumenti. In questo risulta fondamentale il ruolo delle direzioni sanitarie quale ambito di orientamento, supporto tecnico-metodologico e coordinamento generale del governo clinico aziendale.

La direzione sanitaria si trova quotidianamente e inevitabilmente al centro del complesso intreccio di relazioni e collegamenti tra le unità organizzative dell'ospedale e deve quindi porsi come autorevole punto di riferimento e mediazione in un contesto che tende inesorabilmente verso la specializzazione delle conoscenze e in cui i conflitti professionali

sono sempre più accesi.

La sfida per i medici di direzione sanitaria è esaltante. Per poterla affrontare devono impegnarsi in un'opera di formazione continua che deve essere veramente a 360 gradi.

Il Direttore Sanitario deve essere colto e costantemente aggiornato su quanto accade nel mondo della medicina, deve essere capace di distinguere le mode effimere dalle tendenze e deve avere la capacità di individuare quelle che vanno giustamente perseguite, contrastando invece il consumismo tecnologico fine a se stesso. Deve perseguire l'eccellenza, che è un'arte che si ottiene con l'allenamento. Perché si è ciò che si fa in modo ripetuto. L'eccellenza non è un atto, è un'abitudine. Lo ha detto un famoso consulente aziendale che ha partecipato alla campagna di "acquisizioni" di Alessandro Magno. Il suo nome è Aristotele.

Ancora più affascinante è il compito del Direttore Sanitario di un Ospedale di Insegnamento che deve contribuire all'integrazione fra ricerca e assistenza e sviluppare la ricerca nel campo della programmazione, dell'organizzazione e della gestione ospedaliera.

Tradurre le attività di ricerca nella pratica clinica, raccogliere informazioni per misurare la performance del sistema in relazione a standard pertinenti, garantire la formazione continua a tutto il personale sanitario, imparare dagli errori, sono alcune delle metodologie da utilizzare per perseguire il miglioramento della qualità.

E' responsabilità del Direttore Sanitario mostrare gli sforzi fatti nel mettere la qualità dell'assistenza al primo posto tra le priorità, avendo approntato un sistema per identificare e gestire le sue eventuali basse performance.

La qualità è una responsabilità di sistema e nella gestione totale della qualità tutti devono essere coinvolti: il governo della pratica clinica deve vedere realizzata la condivisione multidisciplinare, la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli utenti interni ed esterni della struttura sanitaria adattando la sua progettazione che non dovrà essere attuata con schemi predefiniti, ma che sarà caratterizzata da flessibilità e continua verifica partecipata.

L'organizzazione sanitaria nel suo complesso infatti è un web di siti diversi. I siti, ovvero i nodi, sono le funzioni. I nodi non sono unici. Occorre distinguere tra nodi di referenza e nodi di autorità. Il nodo di referenza è un nodo che viene riconosciuto dagli altri soggetti della rete come referente. Il nodo d'autorità è un nodo capace di modificare i comportamenti dei nodi o siti referenti. Divento un nodo d'autorità quando registro un grande traffico d'entrata perché gli utenti si rivolgono a me. Il Direttore Sanitario non è un nodo d'autorità per il semplice fatto di essere direttore sanitario. Se gli utenti non lo considerano avrà uno scarsissimo traffico d'entrata limitato esclusivamente a obblighi di legge. Se invece possiede le capacità richieste dall'utenza ed è presente sul sito dell'utenza ed è in grado di fornire all'utenza gli scenari richiesti, allora costituisce senz'altro un nodo d'autorità. L'ospedale attraverso l'articolazione a rete sviluppa linee di governo organiche e coerenti fra di loro, orientate al governo clinico, al governo finanziario e al governo strategico globale. Nella rete dove si colloca il direttore sanitario? Si trova ovunque. Nella rete si muove in modo continuo per favorire le collaborazioni e, fondamentalmente, per fornire energia al sistema.

Il Direttore Sanitario, in definiti-

va, è il responsabile della creazione di un ambiente aziendale e dello sviluppo degli strumenti di delega che, per competenza, determinino percorsi clinico assistenziali per patologie o per popolazioni orientate alla pratica della governance clinica.

Gli ospedali si sono trasformati in un periodo brevissimo ed estremamente turbolento da sistemi chiusi in sistemi aperti. Questi ospedali non hanno più top manager in cima all'organizzazione, ma top manager che lavorano attraverso l'organizzazione. Il top manager deve essere un interprete, capace di riferire all'interno dell'ospedale ciò che avviene all'esterno e viceversa riferire all'esterno ciò che l'ospedale sa fare o che non sa fare. Questa capacità d'interagire con l'ambiente esterno richiede una capacità di lavorare in rete, nonché di saper comunicare, reclutare e coalizzare.

BIBLIOGRAFIA

1. Aparo U.L., Finzi G., Sesti E., "Manuale di Accredimento professionale della Direzione Medica di Ospedale", Roma: Edicom SRL,
2. Direttivo Nazionale ANMDO. Funzioni e le competenze del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico di Presidio ospedaliero nella Governance Aziendale. *L'Ospedale* n. 1/07
3. Finzi G. Relazione introduttiva Convegno Nazionale ANMDO "il Governo clinico delle Direzioni Sanitarie", Tirrenia, 2003
4. Goleman D. *Lavorare con intelligenza emotiva*. BUR, XII edizione, 2006
5. Kob K., Finzi G. *Il ruolo del direttore sanitario di Azienda e del Direttore Medico di Presidio ospedaliero nel contesto sanitario italiano ed europeo*, *L'Ospedale*, 6-16, n. 4, 2009. 2004.
6. Pieroni G., Finzi G. *La Direzione Medica Ospedaliera nella nuova Sa-*

nità Pubblica: impegni e prospettive professionali. *Igiene e Sanità pubblica*. Supplemento 3/2010

7. Ripa F., Cinotti R., Arione R., Azzolina M.C., Barbaro S., Borsotti M. e coll. *L'accreditamento della Direzione Sanitaria presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino. Atti del X° Congresso Nazionale Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIVRO): Il miglioramento continuo della qualità in una sanità che cambia*. Caltanissetta, 20-23 ottobre 1999. *QA, Volume 11, n. 3 - settembre 2000: pp 146-147.*

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

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

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

INTRODUZIONE: Il conteggio garze/aghi e l'effettuazione della Check List per la sicurezza in Sala Operatoria rappresentano due aspetti fondamentali della gestione del rischio nel processo chirurgico.

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria S. Anna di Ferrara utilizza nei propri blocchi operatori il Software OrmaWeb di Dedalus: questa applicazione permette di gestire a livello informatico la conta garze/aghi e la Check List di Sala Operatoria.

CONTENUTI

Conteggio garze/aghi: Il supporto informatico segue la logica dettata dalle Raccomandazioni Ministeriali.

Il conteggio deve essere effettuato:

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

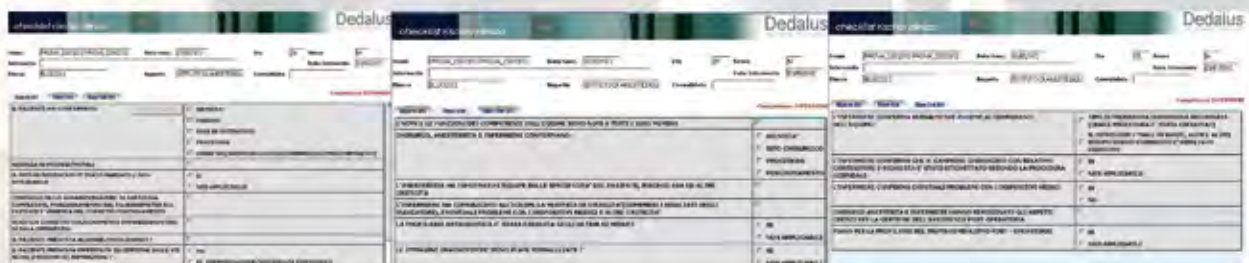
La registrazione viene effettuata per ogni tipo di garza utilizzata.

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



Check List: OrmaWeb consente di "spuntare" gli items direttamente su PC, evitando compilazioni cartacee. Questo permette di non effettuare inserimenti informatici a posteriori, con conseguente risparmio di tempo.

Garantisce inoltre una maggiore compliance e completezza della procedura, essendo la compilazione condizione essenziale per la chiusura del registro operatorio.



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

Rappresenta quindi uno strumento strategico a supporto del lavoro dei professionisti sanitari.



VERSO L'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA: LA RIORGANIZZAZIONE DELLA DEGENZA DI AREA CHIRURGICA DEL P.O. DI IVREA - ASL TO4

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

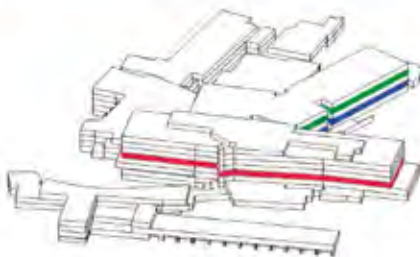
ASLTO4 -* Direzione Medica P.O.R Area C, ** S.I.T.R.O. Area C, ***CO.GE

Premessa

Il modello clinico assistenziale per intensità di cura rappresenta una sfida sia per i professionisti, sia per l'organizzazione che deve mettere in campo capacità progettuali di coinvolgimento e di costante verifica dei processi impostati. Gli elementi che maggiormente influenzano il livello di performance degli Ospedali è oggi rappresentato dalla capacità di governo degli stessi e quest'ultima si sostanzia tramite la capacità di impostare PDTA condivisi, aggiornati e finalizzati a perseguire l'appropriatezza delle prestazioni ed a valorizzare i diversi ruoli coinvolti nel percorso di cura.

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

PRIMA



■ CHIRURGIA GEN. ■ UROLOGIA ■ OCL-ORL

DOPO

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

Obiettivi

Risultati

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

Fasi progettuali



Bibliografia

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



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

G. Farrauto*, G. Guida**

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

Introduzione

Il problema dell'indisponibilità dei posti letto all'interno dell'Ospedale è un problema strutturale che deve trovare soluzioni organizzative all'interno del nosocomio, implementando strategie di maggior efficacia ed efficienza, intervenendo sull'offerta, sulle dinamiche degli accessi, sulla dimissione dai Reparti e sul deflusso dei pazienti dall'area dell'emergenza.

L'urgenza deve essere garantita dal punto di vista assistenziale medico-infermieristico mediante ricovero in posti letto di competenza; la dipartimentalizzazione deve essere d'aiuto garantendo soluzioni alternative; altra criticità è un'insufficiente integrazione tra ospedale e servizi territoriali, laddove molti casi potrebbero ritrovare un'adeguata risposta.

Gestione della criticità legata alla carenza di posti letto

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

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

Azioni e competenze

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

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

Conclusioni

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

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



FRAMMENTAZIONE e INTEGRAZIONE
Valori ed etica in Sanità

**MONITORAGGIO DEI COMPORTAMENTI
DEGLI OPERATORI SANITARI
NEI GRUPPI OPERATORI**

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

^o Direttore Funzione Ospedaliera
* Infermiere ICI

Parole chiave

Comportamenti, prevenzione ISC, raccomandazioni forti.

Introduzione

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

Obiettivo

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

Materiali e Metodi

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

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

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

Si sono osservati i comportamenti degli operatori nel corso di 90 interventi chirurgici (chirurgia generale, urologia, ortopedia, ORI, ostetricia/ginecologia).

Gli operatori osservati sono stati:

- 54 chirurghi
- 30 strumentiste
- 25 anestesisti
- 40 operatori di sala (OSS, infermieri)

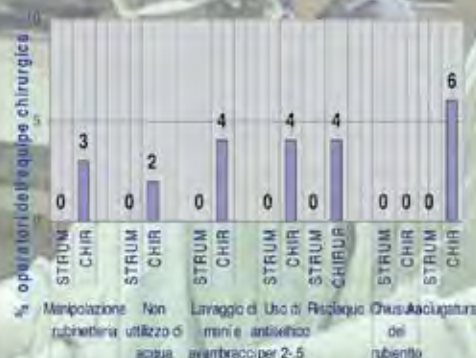
Conclusioni

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

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

Grafico: Raccomandazioni forti

FASI DEL LAVAGGIO MANI NON RISPETTATE



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



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

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

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

PAROLE CHIAVE

Clinical Governance - Budget - Riorganizzazione Aziendale

INTRODUZIONE

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

CONTENUTI

La DMPO:

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

CONCLUSIONI

Il percorso attivato ha consentito un'attento monitoraggio degli obiettivi assegnati e l'implementazione di un sistema strutturato, uniforme, trasversale al Presidio e consolidato (i cui prodotti e espletati dai seguenti dati):

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

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

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



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

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

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

FASE DEL PRE-RICOVERO

FASE DEL RICOVERO

ACCETTAZIONE BLOCCO OPERATORIO

VERIFICHE NELL'IMMEDIATO POST-OPERATORIO

Passaggio POST-OPERATORIO/ INGRESSO REPARTO

TIME -OUT (verifiche di équipe)

SIGN -OUT (verifiche relative all'intervento)

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

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

Controllo del rischio da *Legionella spp.* e dei costi presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia Muzzi A.¹, Marena C.², Lodola L.³, Fiorentini M.L.¹, Lodi R.⁴, Perversi L.⁵, Marone P.⁶, Pellino P.⁷

1 Dirigente medico, Direzione Medica di Presidio; 2 Direttore medico di Presidio, Direzione Medica di Presidio; 3 Chimico, Medicina nucleare; 4 Infermiere Coordinatore, Direzione Medica di Presidio; 5 Dirigente biologo, Laboratorio di Microbiologia e Virologia; 6 Direttore ff Laboratorio Microbiologia e Virologia; 7 Direttore Sanitario, Direzione Sanitaria Aziendale.

Parole chiave: *Legionella spp.*; costi; capitolato di gara

Introduzione: Il rischio di Legionellosi suscita un interesse crescente in ambito sanitario, a fronte del costante aumento dei casi. L'acquisizione della malattia dipende infatti sia dalle caratteristiche del microrganismo, sia dalla suscettibilità individuale, sia dalle condizioni ambientali. Gli ospedali sono ambienti a rischio per la trasmissione della legionellosi a causa della tipologia di persone ricoverate (immunodepressi), della possibile presenza di aree di ristagno nella rete idrica e della temperatura dell'acqua calda, che favoriscono la proliferazione delle legionelle.

Contenuti: La conoscenza dei singoli aspetti che caratterizzano il processo di gestione del rischio da Legionella ha permesso di individuare nella metodologia HACCP (Metodologia dell'analisi dei pericoli e dei Punti di Controllo Critici), lo strumento di lavoro più idoneo presso la Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia.

L'elaborazione del piano per la sicurezza microbiologica dell'acqua nella rete idrica dell'Ente ha coinvolto un gruppo di lavoro multidisciplinare.

Particolare attenzione è stata posta da Direzione Medica di Presidio, Struttura Tecnico Patrimoniale e Laboratorio di Microbiologia e Virologia nell'elaborare il capitolato di gara, nell'ottica di implementare i sistemi di controllo interni, riducendo i costi diretti. I punti di forza del capitolato sono:

- **Ruolo dell'assuntore:** garanzia di comprimere la presenza di legionella nella rete idrica entro livelli non superiori a 100 UFC/L; monitoraggio degli impianti continuo, con azioni correttive entro 12 ore; campionamenti mensili secondo le indicazioni dalla Direzione Medica (1 punto/impianto di trattamento) presso laboratorio esterno accreditato; trasmissione mensile dei risultati microbiologici e delle eventuali azioni correttive intraprese in accordo con il gruppo di lavoro; messa in sicurezza dei punti terminali con filtri antibatterici assoluti in caso di positività.
- **Ruolo della Fondazione:** verifica della conformità del servizio, della validità delle misure di controllo e dell'erogazione del servizio rispetto alla progettazione, mediante sopralluoghi presso i Reparti e gli impianti; campionamento random in doppio dei campioni analizzati mensilmente; rispondenza del servizio rispetto al Progetto Qualità.

Le tabella 1 e la tabella 2 riportano rispettivamente i costi sostenuti dalla Fondazione per i sistemi di trattamento dell'acqua calda e per le indagini microbiologiche per la ricerca di *Legionella spp.* nell'acqua calda.

Tabella 1 costo sistemi di trattamento acqua calda

	Costo trattamenti fino al 2007 (trattamento in continuo a partire dal 2005)	Canone impianti ionizzazione rame-argento e biossido di cloro 2007-2009	Canone impianti biossido di cloro in continuo 2010-2015
	anno 2005: 168.000€(+ IVA 20%), pari a 201.200€ anno 2006: 252.200,00€ (IVA compresa)	230.400,00€(IVA compresa)/anno	119.800,00/anno
Totale	453.800 €	691.200 €	718.800 €
Risparmio			110.600 €/anno

Tabella 2 costo indagini microbiologiche

	Dal 2007 al 2010	Dal 2010 al 2015 (proiezione)
	12.000 €/anno	7.000 €/anno
Totale	36.000 €totali	35.000 €totali
Risparmio		5.000 €/anno

Conclusioni

La gestione del rischio da *Legionella* da parte di un gruppo multidisciplinare consente un governo del processo integrato e completo. L'elaborazione del capitolato di gara, basato sul risultato e sulla rispondenza al progetto di qualità, ha consentito di mantenere sotto controllo i livelli di contaminazione e di ridurre i costi sostenuti dalla Fondazione.



**UN SISTEMA INTEGRATO IN RISPOSTA ALLA COMPLESSITA':
ORGANIZZAZIONE SNELLA
NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA**



Azienda Ospedaliera di Perugia

Università degli Studi di Perugia

Orlandi W*, Piooppo M*, Bernardini I*, Torroni D*, Ruffini F*, Ceccarini E*, Panti A*, Di Giacomo G*, Bologni D*.
*Azienda Ospedaliera di Perugia, *Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva-Perugia
segreteria.unificata@ospedale.perugia.it

INTRODUZIONE

La complessità dell'organizzazione sanitaria e nello specifico di un'Azienda Ospedaliera necessita di un approccio multidimensionale e sistemico che apra nuove prospettive al management, alla gestione dei team di operatori sanitari, per impostare strategie assistenziali e per le attività direttamente cliniche. La nostra Azienda Ospedaliera di Perugia ha sperimentato il modello organizzativo della "lean organization" nella S. C. di Pronto Soccorso e nella S.C. di Ortopedia.

PAROLE CHIAVE

Lean Organization, flusso di valore, ortogeriatra

CONTENUTI

A partire dal 1° novembre 2011 è stato applicato al percorso del paziente ortopedico da sottoporre ad intervento chirurgico traumatico l'approccio "lean". Il percorso è visualizzato in una flow chart (fig.1) ed un "flusso di valore" (fig.2)

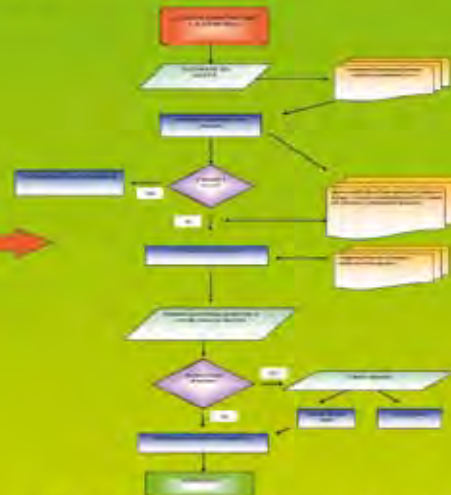


Figura 1: Flow chart del paziente ortopedico da sottoporre ad intervento chirurgico traumatico



Figura 2: Mappa del "flusso di valore"

RISULTATI

Nel rispetto della multidimensionalità di sistema e nell'ottica di un modello assistenziale orto-geriatrico, è previsto l'accesso 2 volte al giorno del medico geriatra. Mettendo a confronto il periodo novembre-dicembre 2011 con i mesi precedenti dell'anno si nota una riduzione del tempo medio di attesa tra l'evento ed il trattamento (2,89 giorni nel mese di dicembre) (fig. 3).

Se si utilizza l'indicatore ministeriale (rapporto percentuale fra numero di dimessi con diagnosi principale di frattura del femore che abbiano subito l'intervento entro due giorni dal ricovero ed il totale dei dimessi con diagnosi principale di frattura del femore) si arriva al valore più alto dell'anno pari a 47.4% (fig.4).

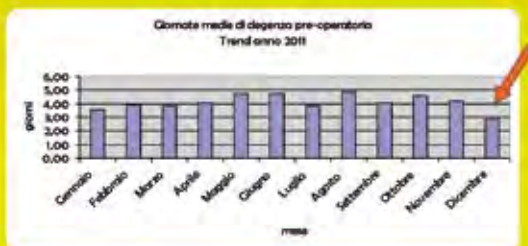


Figura 3: Trend 2011 giornate di degenza pre-operatoria

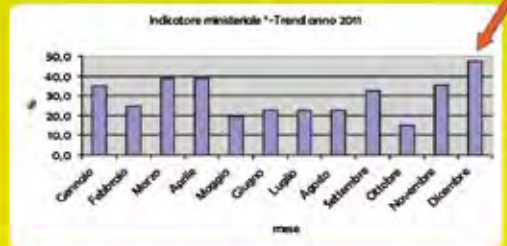


Figura 4: Trend 2011 Indicatore ministeriale

CONCLUSIONI

I valori più elevati dell'indicatore ministeriale, osservati nel periodo di applicazione delle strategie proprie della "Organizzazione snella", denotano una migliore efficienza che si riflette in una aumentata appropriatezza clinica e nella comprovata maggiore efficacia dell'assistenza erogata. L'approccio utilizzato concorre dunque a perseguire l'eccellenza, tendendo cioè alla "perfezione", nell'ottica del miglioramento continuo.

Bibliografia essenziale: Jones D., Mitchell A., *Lean thinking for the NHS*, The NHS Confederation, 2010, www.leanhealthcare.org.uk



IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" - San Giovanni Rotondo (FG)
U.O.C. di Risk Management e Qualità; U.O.C. Anestesia e Rianimazione 1 e 2; U.O.C. Chirurgia Toraco-Polmonare;
U.O.C. Otorinolaringoiatria-Chirurgia Maxillo-Facciale; U.O.C. Urologia
 Paolo Luigi, Melchiorre Giuseppe, Ottaviano Antonio, Pepe Giovanni, Russo Giovanni, Del Raga Carlo, Trinciro Nicola, Melchiorre Nicola, Mella Giovanni, Anna Costantini,
 Pasqua Infantina, Mascolo Giancarlo, Cavarella Grazia, Turo Doretti, Cocozzi Maria Addolorati, Talarico Nicola, Tarpino Incoronati, Frasca Antonio,
 Poma Maria Grazia, Baravato Giuseppe, Scipoli Pasquale, Nereo Turetta, Martino Maria.

SAFETY LIST PERIOPERATORIA: ESPERIENZA DELLA CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

PREMESSA

L'esperienza di implementazione della Safety List Perioperatoria in Casa Sollievo della Sofferenza, è stata presentata anche al Workshop finale del Corso di Alta Formazione per Clinical Risk Manager - IV edizione (in data 14-7-2011) organizzato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa in collaborazione con il Centro Regionale di Gestione del Rischio Clinico della Regione Toscana.

INTRODUZIONE

La sicurezza del processo chirurgico è considerata una delle priorità della sanità pubblica. Nel mondo, annualmente, si effettuano circa 234 milioni di interventi chirurgici (stima OMS) e secondo diverse esperienze e studi internazionali l'incidenza di eventi avversi associati all'assistenza chirurgica (ricoveri ordinari) si attesta tra il 3% e il 16%, con tasso di mortalità compreso tra lo 0,4% e lo 0,8% (1 mil. di morti circa) e 7 milioni di complicanze che causano disabilità. In tali studi circa il 50% degli eventi avversi è considerato prevenibile, con conseguenti ricadute positive sulla qualità dell'assistenza (riduzione di complicanze e di morti conseguenti ad interventi chirurgici) e sulla riduzione dei costi. L'adozione di una check list operatoria secondo i dati della letteratura internazionale e nazionale costituisce una pratica cost effective per la riduzione del rischio clinico in ambito chirurgico.

ANALISI DEL CONTESTO

L'attività di identificazione degli eventi avversi nella CSS, eseguita sulle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative all'anno 2008, ha evidenziato che l'88,1% degli eventi avversi riscontrati è collegato in vario modo, agli interventi chirurgici.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO EFFETTUATO

L'U.O. di Risk Management e Qualità, in collaborazione con alcune UUO chirurgiche e anestesiologiche ha elaborato un documento aziendale per la implementazione e l'utilizzo di una checklist operatoria (versione Marzo 2011), in aderenza a quanto previsto dal programma OMS e dalla Raccomandazione Ministeriale per la Sicurezza in Sala Operatoria, con l'obiettivo di elevare il livello di sicurezza del percorso assistenziale chirurgico.

Durante gli incontri con il gruppo di lavoro ad hoc è stata condivisa la necessità di elaborare una check list di "percorso" (Safety List Perioperatoria), che consentisse la verifica anche alle fasi pre- e post-operatoria abitualmente svolte in Reparto.

Formazione:

- 11 incontri formali (21 ore), oltre a quelli informali, per la elaborazione del modello di scheda sperimentale, delle relative istruzioni operative e per la formazione del personale medico e infermieristico.

- 92 Operatori: 58 infermieri (di cui 18 Coordinatori), 34 medici (Anestesisti e Chirurghi).

Durata sperimentazione: Maggio-Giugno 2011;

Unità Operative coinvolte: Chirurgia Toraco-Polmonare; Urologia; Chirurgia Maxillo-Facciale/Otorinolaringoiatria; Anestesia I; Anestesia II.

Valutazione della fase sperimentale:

- 1) Analisi quantitativa della corretta compilazione di tutti i campi e sezioni della scheda elaborata, effettuata su un campione di n. 200 moduli;
- 2) Analisi delle informazioni derivanti dallo specifico questionario di feedback somministrato al Personale Medico ed Infermieristico interessato.

RISULTATI

I vari items (fasi pre e postoperatorie) sono stati verificati mediamente nel **90,5%** dei casi (**adesione totale**) - range: 82% (sez. 7-IN - Chirurgo S.O.) - 99% (sez. 2-IN - Infermiere Reparto);

- Dalle risposte al questionario di feedback (n=106 questionari compilati su 250 distribuiti) risulta un giudizio complessivamente positivo (78%) della nuova modalità.

PUNTI DI FORZA

- utilità nella riduzione del rischio clinico in ambito chirurgico (84% di risposte positive);
- utilità nel favorire la comunicazione all'interno della équipe di sala operatoria (55% di risposte positive) e tra questa e il personale di reparto (66% di risposte positive);
- modalità di implementazione (85% di risposte positive);
- facilità d'uso e di compilazione del modulo (95 % risposte positive);
- funzionalità e adattabilità alle esigenze dei diversi reparti (83% risposte positive);
- precisa identificazione dei ruoli e delle responsabilità nella esecuzione delle varie fasi e delle successive verifiche;
- aumento del grado di sensibilizzazione degli operatori alle problematiche del rischio clinico in ambito chirurgico;
- tracciabilità e rintracciabilità delle attività relative al percorso chirurgico del paziente;
- rapporto costo/efficacia favorevole.

PUNTI DI DEBOLEZZA

- maggiore carico "burocratico" per evitare moduli da compilare;
- minore tempo da dedicare all'assistenza e al contatto diretto con i pazienti;
- modulo standard non completamente adattato alle esigenze di tutte le attività chirurgiche;
- non completa chiarezza di alcuni items e delle modalità di verifica.

SI RIPORTANO DI SEGUITO IL MODULO STANDARD DI SAFETY LIST (FIG. 1 e 2) E QUELLO PER GLI INTERVENTI SENZA LA PRESENZA DELL'ANESTESISTA (FIG. 3 e 4)

Figura 1

Figura 2

Figura 3

Figura 4

CONCLUSIONI:

L'adozione della Safety List Perioperatoria si è dimostrato strumento utile per la riduzione del rischio clinico in ambito chirurgico e per il miglioramento del percorso chirurgico (riduzione dei ritorni in degenza di pazienti non correttamente preparati e/o non corredati da tutti gli esami propedeutici all'intervento).

Si sono dimostrati di importanza decisiva:

- coinvolgimento attivo del Personale fin dalla fase di progettazione dell'intervento;
- costante attività di informazione/formazione degli operatori coinvolti;
- collaborazione e disponibilità al lavoro di gruppo degli operatori.

BIBLIOGRAFIA

1. Brennan TA, Leape LL, Lloyd R et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 1991; 324(2):370-7.
2. Lloyd LL, Brennan TA, Leape LL et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 1991; 324(2):375-84.
3. Wolcott C, Heath G, Wainwright M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective medical review. *BMJ*, 2000; 321(7174):16.
4. Elliott R, Luyk A, Brook R et al. Adverse events in New Zealand public hospitals: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal*, 2005; 118(1267):1271.
5. Thomas RJ, Studdert DM, Brennan TA, et al. A comparison of adverse event studies in Australia and the USA: case mix, method, criteria, population, patient and hospital characteristics. *International Journal of Quality in Health Care*, 2002; 14(3):174-77.
6. Schvartz R, Uspal J, Perlman B, et al. Danish Adverse Event Study: Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Upsala Tidskrift*, 2002; 105(3):170-4.
7. WHO Health Information Systems new series in health information international. Vol.2: H4.
8. Ganssler R, Thomas EJ et al. The incidence and nature of adverse event in Colorado and Utah in 1997. *Surgery* 1992; 128:697-75.
9. *Il Sole 24 Ore*, Servizio Utenti Ospedali, 2006.
10. *Il Sole 24 Ore*, 24 Agosto 2009 (anno 140).
11. *Il Sole 24 Ore*, 24 Agosto 2009 (anno 140).
12. *Il Sole 24 Ore*, 24 Agosto 2009 (anno 140).
13. *Il Sole 24 Ore*, 24 Agosto 2009 (anno 140).

Ipotesi di correlazione degli indicatori demografici e sociali con l'eccessivo ricorso al PS: indagine con metodologia RCA

Autori: G.Patriarca^o, F.Palumbo*, C.Barbarossa^o, A.Midolo^o, G.Drago**

^o Servizio Infermieristico P.O. Guzzardi- Vittoria

* Direttore Dipartimento di Emergenza ASP 7 Ragusa

**Coordinatore Sanitario RG1- ASP 7 Ragusa

Key word: *root cause analysis emergency department, emergency department and immigration people, improper utilization of emergency services*

Background: L'utilizzo improprio della rete di assistenza rappresentata dal pronto soccorso, soprattutto per le categorie socialmente deboli, produce lunghe attese ai cittadini, deviando l'attenzione dai pazienti con forti criticità cliniche e producendo in parallelo una forte pressione sul personale sanitario anche in rapporto all'incremento sostanziale dei costi. Le aree metropolitane e quelle a forte impatto di emigrazione, soprattutto in alcune aree del sud Italia con forte disagio sociale ed economico, hanno prodotto una forte pressione sui servizi sanitari, in particolare per le aree delle emergenze, erogatrici di servizi sanitari in modo "universalistico".

Materiali e metodi

L'indagine è stata condotta su indicazione della JCI con metodologia *Root Cause Analysis*, attraverso un procedimento di "Brain Storming" tra gli attori coinvolti, al fine di confrontare gli indicatori di performance relativi all'anno 2010 con i determinanti che influenzano l'accesso al PS dell'Ospedale di Vittoria, rispetto agli altri ospedali della provincia. L'analisi è stata effettuata comparando gli accessi ai PS aziendali alle variabili demografiche e sociali dei tre distretti sanitari dell'ASP 7 di Ragusa. I dati relativi agli accessi totali per distretto sono stati estrapolati dai reports inviati dal Controllo di Gestione dell'ASP 7 di RG. I dati relativi ai cittadini non italiani, sono stati estratti dai flussi informativi del software aziendale Firstade®. I dati sono stati stratificati per codice di priorità, tasso di ricovero sul totale degli prestazioni di emergenza, frequenza degli accessi sul totale degli abitanti per distretto, tasso di immigrazione, tasso di accesso popolazione italiana e popolazione straniera con i relativi test di significatività X^2 e **ODDS RATIO**.

Risultati

I risultati indicano un alto tasso di immigrazione nel distretto territoriale di riferimento del PS di Vittoria **9,04%** rispetto ad una media degli altri due distretti provinciali di **5,38%**. Per quanto riguarda gli accessi al PS della popolazione non italiana, i dati dimostrano che proporzionalmente alla demografia del distretto, la percentuale è del **2,93%**, verso una media provinciale del **1,67%**. L'analisi statistica condotta con il software **EPI INFO**, ha dato conferma all'ipotesi che i cittadini italiani utilizzino, proporzionalmente ed in misura maggiore, i servizi di emergenza rispetto ai cittadini di altre nazionalità ($P < 0,000$, **Odds ratio 5,24**).

Conclusioni

E' significativo il dato relativo al ricorso al PS da parte della popolazione italiana, da ricercare, in successivi studi, in altri fattori socio-demografici, quali la ricchezza pro-capite, il tasso di scolarizzazione ed il tasso di infortuni del distretto di riferimento in relazione agli altri distretti provinciali ed ai valori medi regionali. La soluzione dei percorsi dedicati ai codici bianchi contribuirà probabilmente alla riduzione degli accessi inappropriati ai servizi di emergenza, ma necessita di una correzione nell'aspetto relativo alla valutazione ed attribuzione del codice colore nel triage, poiché gli indicatori nazionali e regionali dimostrano un alto tasso di inapproprietezza nell'attribuzione del codice colore verde. A distanza di un anno dall'attivazione di tali percorsi sarà possibile valutarne l'impatto sull'appropriatezza degli accessi al PS.

L'impatto economico dell'inizio anticipato della terapia antiretrovirale: il caso della regione Lazio.

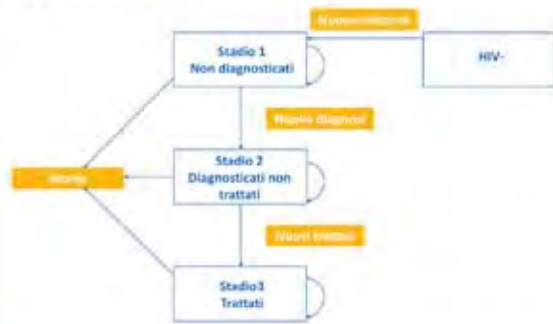
Zarelli L.¹, Angeletti C.¹, Pezzotti P.¹, Navarra A.¹, Mammone A.¹, Orchi M.¹, Trotta M.P.¹, Lorenzini P.¹, Ammassari A.¹, Girardi E.¹, Ippolito G.¹, De Salazar V.¹

¹ Istituto nazionale per le malattie infettive "L. Spallanzani", Roma. ² Lazio Sanità-Agenzia di sanità pubblica, Roma.

Introduzione

L'efficacia delle terapie antiretrovirali di combinazione (cART) nel prolungamento delle aspettative di vita dei soggetti HIV positivi, ha determinato la crescita della proporzione dei costi totali di cura rappresentata dai farmaci antiretrovirali (ARV). In conseguenza, l'evoluzione delle linee guida sull'utilizzo dei farmaci ARV costituisce uno dei principali driver di costo. In particolare, si va affermando il principio di un inizio anticipato della cART al fine sia di rallentare la progressione della malattia, che di ridurre la trasmissione dell'infezione tramite la riduzione della carica virale e dei comportamenti a rischio. Se la costo-efficacia di questo intervento è già stata studiata, minore è la conoscenza del suo impatto finanziario nel breve-medio termine.

Figura 1- Struttura del modello



Materiali e metodi

Per valutare l'impatto dell'inizio anticipato della cART, previsto nelle Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali di ottobre 2011, sulla dinamica dell'epidemia e sui costi, abbiamo usato un modello matematico deterministico, implementato in Microsoft Office Excel 2007. Il modello è strutturato in tre stadi, caratterizzati da diversi schemi di utilizzo delle risorse, che simulano le fasi del percorso terapeutico dei pazienti (Fig. 1).

Si è assunto che l'infezione sia trasmessa essenzialmente per via sessuale, con tassi differenti fra i tre stadi del modello. Una volta diagnosticati, i soggetti HIV+ passano nello stadio 2 del modello e vengono classificati in uno di 5 stadi in base al livello dei cd4 alla diagnosi (<200; 200-349; 350-499; 500-749; >=750). I successivi passaggi fra gli stadi sono modellizzati tramite una matrice di transizione. L'inizio della cART è regolata da probabilità di inizio terapia stratificate secondo il livello della conta dei cd4.

Lo Scenario Base è ottenuto proiettando al 2016 i parametri stimati a partire dai dati della regione Lazio per il periodo 2007-2010. Variando le probabilità di inizio della cART in accordo alle indicazioni delle nuove Linee Guida, si è poi ottenuto lo Scenario con anticipo della cART.

Nel calcolo dei costi si è assunta la prospettiva del Sistema Sanitario Nazionale. I costi considerati sono quelli per ospedalizzazioni, farmaci ARV e non ARV, visite ed esami di laboratorio riferiti ai soggetti diagnosticati e sono riportati in euro in termini nominali.

Risultati

All'inizio della simulazione (1 gennaio 2012) si stimava che nel Lazio vivessero 13308 soggetti HIV+, dei quali 687 (5.2%) non diagnosticati. I maschi rappresentavano il 71.9% del totale e il 18.8% aveva contratto l'infezione in seguito all'utilizzo di droghe per via endovenosa. Quasi il 40% dei soggetti aveva un'età compresa fra 40 e 50 anni, con gli ultra cinquantenni più numerosi di coloro che avevano un'età inferiore a 30 anni (26.8% e 11.1% rispettivamente).

Nello Scenario Base le previsioni di nuove infezioni mostrano un lieve aumento, da 563 nel 2011 a 593 nel 2016, e il tasso di trasmissione (nuove infezioni per 100 soggetti infetti) passa dal 4.3% al 3.9%. Come conseguenza, si stima che i soggetti HIV+ aumentino nel periodo considerato di 1937 unità (+2.8% medio annuo). Al contempo, si prevede che gli individui trattati con cART crescano ad un tasso medio annuo del 3.4% (+2049 soggetti), passando dall'84.2% all'87.0% del totale.

I due aspetti segnalati rappresentano i principali "driver" della crescita dei costi totali di cura, che passano da 112.1 nel 2011 a 136.6 milioni € nel 2016 (+4.0% medio annuo) (Fig. 2). Infatti, la crescita del numero di soggetti diagnosticati determina il 71.5% dell'aumento nei costi totali, con la restante parte determinata dall'incremento del costo medio per soggetto diagnosticato (da 9041 a 9528 €, +5.4%), quest'ultimo dovuto all'aumento della proporzione dei soggetti trattati con cART e quindi alla componente legata ai farmaci ARV.

Con la versione di ottobre 2011, le Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali raccomandano l'inizio della terapia cART per i soggetti con conta dei cd4 minore di 500 cellule, invece che minore di 350 come nella precedente versione. Per valutare l'impatto economico delle nuove raccomandazioni, sono state modificate le probabilità di inizio del trattamento per livello di cd4 come mostrato nella Tabella 1. In conseguenza, il numero previsto di soggetti trattati a fine 2016 sale a 13682 unità rispetto alle 13259 dello Scenario base (90.4% del totale) (Tab. 1). Questo, a sua volta porta ad una riduzione del tasso di trasmissione medio (nel 2016 3.7% rispetto al 3.9% dello scenario Base) che si traduce in una riduzione del numero totale di soggetti con infezione da virus HIV, 15130 unità rispetto alle 15245 dello Scenario Base (Tab. 1). In termini di costi totali nel quinquennio 2012-2016, si ha un incremento pari a +16.7 milioni di € (+2.6%), dovuto sostanzialmente alle spese per farmaci ARV.

Figura 2- Impatto dell'inizio anticipato della cART sulle previsioni dei costi totali e del numero di soggetti con infezione da virus HIV

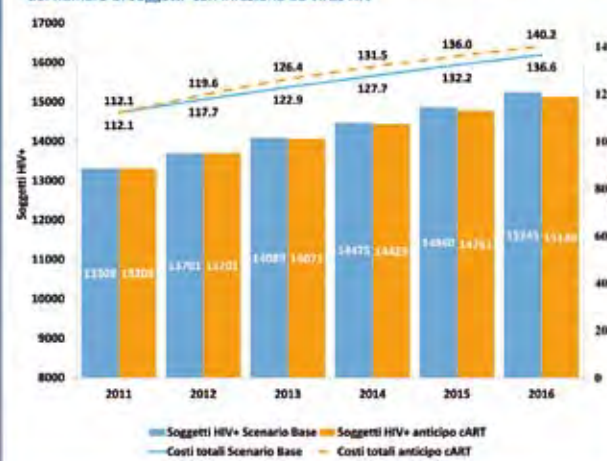


Tabella 1 - Impatto dell'inizio anticipato della cART su costi e dati epidemiologici

	Scenario Base	Scenario anticipo cART	Δ
Soggetti HIV+ al 31 Dicembre 2016	15245	15130	-115
Trattati	13259	13682	+423
Diagnosticati non trattati	1268	775	-493
Non diagnosticati	718	672	-46
Tasso di trasmissione dell'infezione*, 2016	3.9%	3.7%	-0.2%
Nuove infezioni, 2012-2016	2871	2747	-124
Nuove diagnosi, 2012-2016	2800	2723	-77
Soggetti che iniziano cART, 2012-2016	2854	3295	+441
Probabilità di iniziare cART per livello di cd4, 2016			
0-200	88.3%	90.0%	+1.7%
201-350	61.1%	90.0%	+28.9%
351-500	26.3%	70.0%	+43.7%
501-750	16.5%	40.0%	+23.5%
>=750	19.2%	40.0%	+20.8%
Costi totali, 2016 (mil. €)	136.6	140.2	+3.6
Farmaci ARV	107.1	110.7	+3.7
Farmaci non ARV	5.8	5.8	0.0
Ospedalizzazioni	14.0	13.9	-0.1
Visite e test di laboratorio	9.8	9.8	0.0

* Nuove infezioni per 100 soggetti HIV+

Conclusioni

L'inizio anticipato della terapia antiretrovirale risulta avere un impatto moderato (+2.6%) sulle spese per la cura dei soggetti HIV positivi del Lazio nel periodo 2012-2016, consentendo al contempo una riduzione delle infezioni. Nel lungo periodo, questo potrebbe addirittura configurare un risparmio, se si considerano le attuali stime sui costi lifetime per soggetto infetto (circa 320.000 euro scontati al 2010). Tuttavia, senza una contemporanea espansione nell'offerta dei test, l'anticipo della terapia non sembra poter raggiungere l'obiettivo di una rapida riduzione nell'incidenza di infezioni da HIV.

Il Modulo di Continuità Assistenziale e l'Agenzia per la Continuità Ospedale come modalità di governo dell'integrazione Ospedale-Territorio - Usl 8 Arezzo

Grazia Campanile*, Claudio Pedace **, Barbara Innocenti***, Barbara Bianconi***, Alessio Cappetti**, Mirella Rossi°, Branka Vujovic^

*Direttore Presidio Ospedaliero S. Donato - Arezzo

**Direttore Zona - Distretto Arezzo

***Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Ospedale S. Donato - Azienda Usl 8 Arezzo

°Dipartimento Infermieristico - Ostetrico e Tecnico Sanitario

^Direttore Sanitario Ausl 8 Arezzo

INTRODUZIONE

In Italia, come a livello internazionale, è ormai acquisito il concetto della necessità di strutturare e diffondere la cosiddetta "assistenza intermedia". Questo ambito viene definito come un'area che si colloca tra l'intensività assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività della presa in carico a domicilio o nelle strutture residenziali. Le finalità sono identificabili nel garantire la continuità assistenziale in prossimità della dimissione ospedaliera del paziente, favorire il suo ristabilimento funzionale unitamente al massimo recupero possibile dell'autonomia. Si risponde, in altri termini, alle necessità assistenziali che non trovano una risposta appropriata nel reparto per acuti e nelle lungodegenze, anche in attesa di predisporre al domicilio condizioni idonee per le attività di vita della persona.

In questa prospettiva la tipologia di servizio sopra descritta può prevenire i ricoveri non necessari e/o impropri e ridurre i tempi di ricovero nelle strutture per acuti. Il modello del Modulo di Continuità Assistenziale è collocato all'interno dell'Ospedale S. Donato di Arezzo e prevede l'attuazione di una unità di degenza a gestione infermieristica, con coordinatore ed equipe infermieristica dedicata. Nella gestione della proposta di ricovero e del percorso di integrazione fra specialisti ospedalieri e Medici di Medicina Generale, svolge un ruolo essenziale l'Agenzia per la Continuità Ospedale - Territorio.

L'AGENZIA PER IL CONTINUITA' OSPEDALE - TERRITORIO (ACOT)

L'Agenzia Aziendale per la continuità Ospedale-Territorio (ACOT) è un team funzionale istituito a livello zonale, che s'interfaccia con la struttura ospedaliera di degenza, il cui scopo è quello di:

- Gestire il percorso delle dimissioni ospedaliere, con particolare riguardo per quelle definite "difficili";
- Programmare l'accesso all'offerta assistenziale territoriale attraverso un collegamento costante con i Medici di M.G., con cui viene condivisa la strategia di percorso;
- Garantire attraverso un adeguato check-out la gestione ottimale dei pazienti al momento della dimissione;
- Mantenere collegamenti sistematici con Pronto Soccorso, reparti di degenza, Centrale operativa 118, Farmaceutica territoriale e ospedaliera, Strutture Intermedie, territoriali, R.S.A., Strutture riabilitative;
- Favorire l'integrazione tra il Presidio Ospedaliero e l'organizzazione Sociosanitaria del territorio, in particolare con la rete dei Punti Unici di Accesso (P.U.A.) e con le funzioni dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.).

IL MODULO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (MO.DI.CA.)

Il modulo di degenza è organizzato a regime in 20/22 posti letto. Ferma restando la necessaria flessibilità di gestione del numero dei letti in rapporto al fabbisogno espresso dall'ospedale o dal territorio, considerando come riferimento utile i dati storici di occupazione dei posti letto dell'ospedale di comunità della Zona Distretto di Arezzo, due terzi dei posti letto si considerano riservati alle dimissioni ospedaliere, un terzo a disposizione delle proposte del MMG.

I criteri di accesso tengono conto dei seguenti aspetti:

- inquadramento diagnostico del paziente già esaurito
- programma terapeutico compiutamente definito, quando non interamente completato
- quadro clinico relativamente stabilizzato.

Una particolare casistica è poi rappresentata dai pazienti dimessi dall'Emergenza / Pronto soccorso, per i quali il ricovero in reparto per acuti potrebbe essere inap-



propriato in quanto rispondente a bisogni sostanzialmente di urgenza sociale e non clinica (ad es. per anziani soli o con scarsa tenuta della rete familiare), oppure per specifici e definiti percorsi (ad es. per il paziente oncologico).

ORGANIZZAZIONE DEL MO.DI.CA.

L'accesso alla struttura avviene attraverso un percorso che inizia con l'attivazione dell'Agenzia per la Continuità Ospedale - Territorio cui viene segnalato il caso dallo specialista di reparto o dal MMG. La valutazione del caso viene effettuata dall'Agenzia integrata dal MMG, dallo specialista ospedaliero, dall'infermiere coordinatore del MoDiCa, che definiscono l'appropriatezza del ricovero presso il MoDiCa e il piano di cura e assistenza individualizzato comprensivo del numero di accessi del MMG e dello specialista necessari durante il periodo di ricovero. L'unità di degenza è a gestione infermieristica. La responsabilità organizzativa e gestionale è attribuita all'infermiere coordinatore della struttura. La responsabilità clinica del caso è in capo allo specialista ospedaliero che ha proposto il ricovero nelle prime 48 ore di degenza, passa poi al MMG nelle giornate di degenza successive attraverso un passaggio di consegne ben strutturato finalizzato alla reale integrazione tra le due figure professionali. Per la completa gestione del paziente come specificato nel piano di cura e assistenza individualizzato.

Appositi gruppi di lavoro coordinati dalla Direzione di Zona Distretto di Arezzo e composti da rappresentanti degli specialisti ospedalieri, dagli infermieri coordinatori, dai MMG sono stati costituiti per la definizione e l'aggiornamento di specifici protocolli relativi a:

- le caratteristiche cliniche e assistenziali che definiscono i criteri di accesso al MoDiCa,
 - le complicanze potenziali che possono insorgere durante il percorso di post acuzie e come identificarle e affrontarle (parametri da monitorare e interventi da attuare),
 - il piano di assistenza finalizzato ai bisogni del paziente,
 - la cadenza indicativa per la valutazione da parte dell'agenzia di continuità Ospedale Territorio integrata dal MMG, medico specialista e infermiere coordinatore.
- La permanenza all'interno del modulo è articolata secondo il progetto del singolo individuo, con predisposizione di obiettivi di degenza media di circa 7 giorni, e comunque non superiore ai 10 giorni.

La dimissione dei pazienti avviene secondo le seguenti modalità:

- al loro domicilio con o senza un intervento di cure domiciliari;
- verso strutture residenziali o semiresidenziali;
- verso strutture per acuzie o post acuzie qualora previsto nel progetto iniziale

CONCLUSIONI

Il carattere innovativo del modulo si realizza anche in relazione alla finalità specifica di integrare le professionalità territoriali ed ospedaliere nella gestione dei pazienti. Nell'ottica vera della continuità assistenziale e della necessità di rispondere ai bisogni dei pazienti, l'integrazione e la collaborazione fra gli specialisti e i MMG è necessaria per definire il percorso del paziente, le necessità di visite e consulenze, la previsione di durata del ricovero e la proposta di gestione successiva al ricovero. Il fulcro dell'integrazione è rappresentato dal ruolo dell'Agenzia di Continuità Ospedale - Territorio.



BIBLIOGRAFIA

1. DeI.GRT.N1010 del 1/12/2008
2. DeI.GRT. N 402 del 26/04/2004
3. PSR 2008/2010
4. PIS 2002/2004
5. L.R. N.66 del 18/12/2008
6. Del Azienda Usl 8 n. 459 del 2011

La Struttura di Cure Subacute presso un IRCCS pubblico. Aspetti organizzativi e clinico-assistenziali

E. Bonadeo¹; F. Barzizza²; A. Riva³; C. Marena⁴; G. Coccini⁵; A. Formenton⁶; P. Pellino⁷

¹Dirigente medico Direzione Medica di Presidio; ²Responsabile Medico Struttura Cure Subacute; ³Dirigente medico Direzione Medica di Presidio; ⁴Direttore Medico di Presidio; ⁵Infermiere Coordinatore Direzione Medica di Presidio; ⁶Infermiere RAD del Dipartimento Medico; ⁷Direttore Sanitario Aziendale. Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo-Pavia

PAROLE CHIAVE:

pianificazione, valutazione integrata

INTRODUZIONE

Il Piano socio Sanitario Regionale 2010-2014 della Regione Lombardia propone di modificare la prospettiva delle Strutture Sanitarie dalla "cura" al "prenderci cura" ovvero erogare le prestazioni nel modo il più possibile adeguato alle necessità prioritarie dei pazienti. In particolare il Piano prevede l'attivazione di strutture di degenza dedicate alle cure sub-acute che hanno la finalità di offrire assistenza e cura a pazienti prevalentemente anziani e/o affetti da patologie croniche, con problemi clinici ancora in fase attiva, dimissibili da un reparto per acuti ma non ancora inseribili in un percorso di assistenza domiciliare o residenziale socio-sanitaria. L'attivazione di queste strutture è finalizzata, secondo le indicazioni regionali, ad ottenere specifici obiettivi sanitari, quali la riduzione della degenza e dell'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, l'erogazione delle cure sulla base di una valutazione multidimensionale e della formulazione di un piano di assistenza individuale strutturato a partire da una valutazione clinica all'ingresso che definisca durata, terapie e risultati attesi. In sintesi le cure sub-acute sono orientate al recupero del massimo grado di indipendenza possibile per lo specifico paziente.

MATERIALI E METODI

Dal 1 gennaio 2012 abbiamo attivato, presso il Presidio di Belgioioso del Policlinico, la Struttura di Cure

Subacute con 20 letti. Dal punto di vista organizzativo si è stabilito che in una prima fase potessero accedere alla struttura solo pazienti provenienti dai reparti di Medicina Generale dell'ospedale in quanto sono quelli più saturi dal tipo di pazienti target. Già entro 72 ore dal ricovero il medico valuta la possibilità per quel paziente di proseguire le cure, dopo opportuno inquadramento diagnostico terapeutico e stabilizzazione, presso le cure subacute. Pertanto propone il paziente per la valutazione medica ed infermieristica da parte del team formato dai professionisti del reparto inviante e della Struttura di cure subacute. Se l'esito della valutazione soddisfa i criteri indicati dalla delibera regionale ed il paziente ha un indice di intensità assistenziale medio-alto (2 o 3 secondo l'IIA che va da 1 a 4), viene pianificato il trasferimento del paziente.

All'ingresso in Cure subacute viene stilato il piano di assistenza individuale completo degli obiettivi che si vogliono raggiungere.

RISULTATI

Nei primi due mesi di attività sono stati dimessi dalla Struttura Cure subacute 29 pazienti di età compresa tra 55 e 97 anni (media 81+9 anni; mediana 83 anni; moda 85 anni). Di questi, 25 sono stati trasferiti dalle Medicine Generali del Policlinico, 4 sono stati ricoverati su proposta del medico di Medicina Generale dopo

valutazione in Ambulatorio per Sub Acuti. Secondo la griglia di valutazione della intensità assistenziale proposta da Regione Lombardia 16 pazienti avevano un IIA di livello 2 e 13 di livello 3. La degenza in reparto si è protratta per una durata compresa tra 6 e 40 giorni, da segnalare che i due pazienti con la degenza di durata più breve e più lunga sono gli unici due pazienti deceduti. La durata media di degenza è stata pari a 17 +7 giorni; escludendo i due deceduti la durata media di degenza diviene pari a 16+6giorni. La diagnosi di dimissione è stata in 13 casi (45%) "scompenso cardiaco", in 4 casi (14%) "broncopneumopatia cronica ostruttiva", in 4 casi (14%) "polmonite", in 2 casi (7%) "cirrosi epatica scompensata", in 2 casi (7%) "influenza" associata in un caso a sindrome coronarica acuta, nell'altro ad insufficienza renale prerenale, in 2 casi (7%) "manifestazioni neurologiche aspecifiche in quadro di vasculopatia cerebrale cronica", in un caso "urosepsi" ed in un caso "ascesso renale". Dei 27 pazienti dimessi 2 sono stati inviati nella RSA dalla quale provenivano, uno è stato inviato ex novo in RSA ed i rimanenti 24 sono stati in grado di rientrare al proprio domicilio con attivazione della Assistenza Domiciliare Integrata in 8 casi. La pianificazione all'ingresso si conferma fondamentale sia per il paziente che per il corretto utilizzo dell'ospedale per acuti.

Centrale di sterilizzazione P.O. San G. Bosco – ASL TO2: valutazione della gestione in outsourcing

A. Carcieri*, M. Avanzato**

**Dirigente Medico S.C. Direzione Sanitaria P.O. Torino Nord Emergenza S. Giovanni Bosco – ASL TO2*

***Direttore P.O. Torino Nord Emergenza – S. Giovanni Bosco di Torino - ASL TO2*

PAROLE CHIAVE:

centrale di sterilizzazione, outsourcing

INTRODUZIONE

L'attivazione nel 2006 della Centrale di Sterilizzazione presso il Presidio Ospedaliero San Giovanni Bosco ASL TO2 (allora ASL 4 Torino) ha determinato due importanti cambiamenti organizzativi nell'ambito del trattamento dei dispositivi medici riutilizzabili: la centralizzazione dell'attività di sterilizzazione e il passaggio dalla gestione interna a quella in outsourcing. Tali cambiamenti hanno necessariamente richiesto un'attenta analisi pre-attivazione e una continua valutazione del servizio in essere.

MATERIALI E METODI

La realtà pre-centrale di sterilizzazione vedeva i due blocchi operatori quali punti di trattamento dello strumentario sia per i blocchi stessi che per i reparti/servizi dell'ospedale; nelle aree territoriali tale compito era assolto da alcuni servizi ambulatoriali. L'apertura della centrale di sterilizzazione ha determinato il passaggio da una gestione decentrata ad una centralizzata assoluta: tutto lo strumentario, sia ospedaliero che territoriale, sarebbe stato gestito dalla centrale che si sarebbe fatta carico del totale processo di sterilizzazione. Questo cambiamento ha reso necessaria una valutazione del materiale disponibile soprattutto alla luce dei nuovi tempi di ritorno del materia-

le sterile, mediamente più lunghi; in alcuni ambiti (sale operatorie) si è provveduto ad ampliare le scorte di strumentario chirurgico soprattutto specialistico.

La gestione della centrale di sterilizzazione, per carenza di personale da dedicare a questa attività, è stata affidata ad una ditta esterna. Anche al fine di creare un clima collaborativo e conoscitivo tra personale di sala operatoria e operatori di centrale, è stata effettuata una revisione delle check-list dello strumentario chirurgico, corredandole di immagini al fine di evitare eventuali errori nella fase di ricomposizione dei set.

La Direzione Sanitaria di Presidio è stata coinvolta in tutte le fasi di attivazione e di attività della centrale di sterilizzazione, dalla stesura del capitolato di gara alla valutazione della servizio.

RISULTATI

La centralizzazione dell'attività di sterilizzazione ha permesso l'omogeneizzazione del processo di sterilizzazione, il miglioramento del sistema di rintracciabilità, la mappatura della dotazione di strumentario chirurgico e la revisione dei set chirurgici, la razionalizzazione delle risorse professionali presenti nelle sale operatorie che prima si occupavano di questa attività.

L'esternalizzazione del servizio di

sterilizzazione ha reso il personale dipendente – consapevole della criticità del servizio appaltato e dei potenziali rischi intraoperatori di una non corretta gestione dello strumentario - diffidente nei confronti degli operatori della centrale; non avere più la gestione diretta dello strumentario amplificava il timore dell'ignoto all'atto dell'apertura del set chirurgico prima dell'intervento. La scelta di personale esterno adeguatamente formato può facilitare il superamento delle difficoltà che questo tipo di gestione può far emergere, basate soprattutto sulla conflittualità tra gruppi di professionisti.

A lungo termine, la gestione in outsourcing del servizio di sterilizzazione, potrebbe portare ad un impoverimento del know how del personale dipendente (infermiere, oss); pertanto è auspicabile una formazione continua in materia di sterilizzazione anche per il personale non addetto direttamente a questa attività.

Lavoro a turni e qualità della vita: indagine su una popolazione di infermieri della ASL di Lecce

C. Cosentino*, C. Leone**, C. Caldararo***, L. Cosentino***

*Dr.ssa Psicologa Univ. Parma,

** Infermiere ADIR-Nardò,

*** Cood. Inf. e Dir. Med. P.O. Copertino (Le)

PAROLE CHIAVE:

Lavoro a turni, percezione, qualità di vita

INTRODUZIONE

Valutare la qualità di vita del personale infermieristico turnista utilizzando degli “outcome di tipo soggettivo” (percezione del proprio stato di salute) quali possibili indicatori (seppure indiretti) dell’impatto dei modelli organizzativi e delle correlate attività assistenziali sulla qualità di vita degli infermieri stessi rilevati in “condizioni reali” ovvero nel loro contesto lavorativo.

MATERIALI E METODI

La ricerca è stata effettuata su un campione di 511 infermieri turnisti e giornalieri della Asl di Lecce: 168 uomini, (32.9%), 338 donne(66.2%), 5 non hanno risposto (0.9%).

Il campione di infermieri turnisti è costituito da 308 unità, 106 di sesso maschile e 200 di sesso femminile; quello di infermieri giornalieri (non turnisti): 203 unità, 62 di sesso maschile e 138

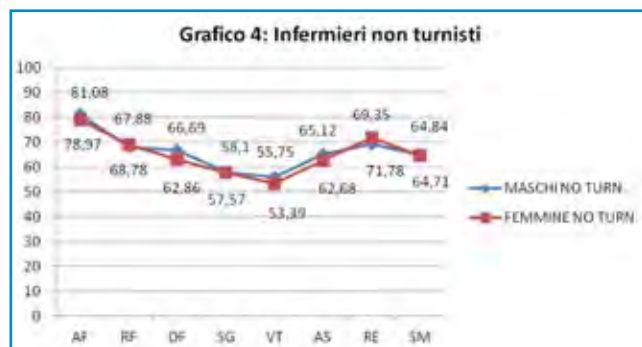
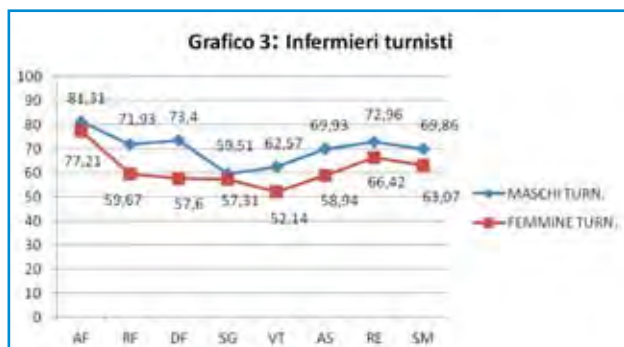
di sesso femminile; la partecipazione è stata volontaria e anonima. L’età media è di 43 anni; il 19,4% degli intervistati è celibe/nubile, il 72,2% coniugato/conviunte, il 6% separato/divorziato, l’1,6% vedovo/a (non risponde lo 0.8%). E’ stato utilizzato l’Sf36, questionario generico sullo stato di salute del soggetto che è caratterizzato dalla brevità e dalla precisione (valido e riproducibile), multidimensionale, articolato su 36 domande che identificano concettualmente 8 domini di salute.

RISULTATI/CONCLUSIONI

I dati rilevati con l’Sf36 nel campione indagato, sono stati confrontati con i dati di normalità di una popolazione italiana di riferimento e quindi analizzati e correlati tra loro per tipologia di lavoro (turnisti/non turnisti; il sottogruppo dei non turnisti è stato utilizzato come gruppo di controllo) e per sesso.

I risultati acquisiti indicano, come tendenza generale, che i punteggi medi delle dimensioni indagate nel campione di infermieri della ASL di Lecce, sono tutti al di sotto della media della popolazione italiana di riferimento sia nei maschi che nelle femmine.

L’analisi disaggregata (turnisti/non turnisti) non sembra indicare differenze se si valutano i campioni globalmente, tuttavia l’analisi di genere (maschi/femmine) consente di rilevare delle differenze di percezione che risultano in linea con i risultati attesi (e già presenti in letteratura) nelle femmine (la qualità di vita è percepita in modo più positivo nelle non turniste) rispetto a quanto rilevato invece nei maschi (la percezione è migliore nei turnisti). Gli Autori discutono possibili ipotesi interpretative cercando, inoltre, eventuali fattori causali nei modelli organizzativi e/o nei ruoli sociali e/o familiari.



Continuità assistenziale e integrazione tra Ospedale e Territorio: esperienza delle Comunità di Pratica ANMDO Piemonte Val D'Aosta

M. Desperati*, B. Bragante°, M.C. Azzolina§, G. Farrauto^, R. Ippolito^^, M. Rinaldi#, A. Vitale##, P. Pellegrino°, S. Porretto^^

ASO Alessandria*, ASL VCO°, ASO S.Giovanni B. TO§, ASO Novara^, USL Aosta^^, ASL TO5*, ASO Mauriziano TO##, ASO Cuneo°, ASL AL^^

PAROLE CHIAVE:

Continuità assistenziale, dimissioni protette, comunità di pratica

INTRODUZIONE

Nel corso del 2011 è stata costituita dall'ANMDO Piemonte -Valle d'Aosta una Comunità di pratica (CDP) per affrontare l'annoso problema della continuità assistenziale tra ospedale e territorio. SCOPO dell'iniziativa è stato quello di definire un documento condiviso da un congruo numero di Aziende sanitarie che confrontasse le numerose esperienze nate sul campo negli ultimi anni, definendo azioni realizzabili sull'intero territorio regionale.

MATERIALI E METODI

Alla CDP hanno aderito 9 aziende sanitarie, di cui 5 ospedaliere e 4 territoriali. La metodologia ha comportato la ricerca e la condivisione di dati sul problema, la raccolta di documenti ed azioni messe in atto dalla varie realtà sanitarie e la redazione finale di un documento, in forma di raccomandazioni, presentato nel corso delle iniziative formative 2011

RISULTATI

Si è esaminato il problema delle dimissioni "difficili", quantizzate in una fascia tra il 6 ed il 15% dei ricoveri nei reparti di medicina, con prevalenza di quelli provenienti dal Pronto Soccorso, in una realtà costituita da comunicazioni bidirezionali

non agevoli tra Ospedale e Territorio, specie quando il dialogo è tra Aziende ospedaliere e territoriali. La necessità impellente è risultata la definizione di regole chiare per le dimissioni protette, così sintetizzabili:

1- valutazione del paziente e dei suoi bisogni effettuata all'accettazione del paziente in reparto e ripetuta continuamente durante tutto il ricovero, a cura del personale di assistenza, e comprende aspetti cognitivi funzionali, sociali e sanitari. Viene evidenziata l'utilità di strumenti tecnici (indice di Brass) e di apposite figure organizzative (case manager)

2- coinvolgere nella valutazione gli stakeholder con utilizzo di equipe che comprendano anche personale del territorio. Emergono criticità legate alla comunicazione con i servizi sociali (orario di apertura, mancata disponibilità di soluzioni immediate...) tra ospedali e i MMG (spesso non si dispone di recapiti telefonici adeguati) e con i servizi di cura domiciliari e la difficoltà di far nominare amministratori di sostegno.

3- pianificare la dimissione attraverso una apposita procedura aziendale, anche intranet

4.- definire un piano personalizzato che rispetti i bisogni del paziente e della sua famiglia/caregiver e le

concrete possibilità operative del 'braccio' territoriale dell'ASL di riferimento (MMG e Cure Domiciliari)

5- definire concreti strumenti di comunicazione identificabili in relazioni medico infermieristiche strutturate

6- definire un sistema di monitoraggio con follow up anche telefonico e la rilevazioni di indicatori di outcome (es. % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni sul totale dei dimessi dai reparti di geriatria, medicina e ortopedia.) e di processo (es. tempo medio intercorso tra la richiesta la dimissione effettiva; Pazienti con valutazione rischio di dimissione difficile secondo protocollo / Pazienti con percorso di continuità di cure attivato; N° percorsi di continuità di cure attivati (per tipologia) / Totale pazienti con medio e alto rischio di dimissione difficile)

7- Attivare percorsi clinico- assistenziali integrati che proseguono anche dopo la dimissione

CONCLUSIONI

L'esperienza di CDP, pur nella difficoltà delle distanze territoriali tra gli interlocutori, si è dimostrata efficace, in tempi ristretti, per definire strumenti operativi attraverso la condivisione di esperienze significative, che spesso rimangono confinate nell'ambito territoriale in cui sono concepite.

Quote rosa in cardiocirurgia

C. Di Giambattista

Direttore Generale e Sanitario Maria Pia Hospital, Torino

PAROLE CHIAVE:

Femminizzazione, etica, cardiocirurgia

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è reso sempre più visibile un aumento significativo della presenza delle donne nel mondo della sanità italiana.

Nel processo evolutivo che la sanità sta perseguendo, processo di cambiamento culturale a favore di una logica di lavoro di equipe e di presa in carico globale del paziente, ci si chiede se la funzione delle donne che lavorano nei contesti sanitari possa rappresentare una risorsa significativa.

L'interpretazione al femminile dei processi di cambiamento in atto potrebbe rappresentare quindi un nuovo motivo di riflessione ed una risorsa utile per orientare efficacemente le prossime azioni di sviluppo del sistema.

Nonostante ciò, dai dati relativi alla condizione femminile nel SSN diffusi dalla Ragioneria generale di Stato emerge chiaramente una situazione sfavorevole: degli oltre 45 mila "camicie rosa" del Servizio sanitario nazionale solo il 13% ricopre il ruolo di dirigente medico. Inoltre, rimangono prettamente maschili le specialità chirurgiche (95% chirurgia maxillo facciale, 87% chirurgia toracica, 84% chirurgia generale) mentre il settore più femminile è quello pediatrico (56%). In particolare nell'ambito della cardiocirurgia, la rappresentanza femminile è solo del 4,5% e, dal punto di vista dirigenziale, dei 107 centri presenti in Italia solo due sono coordinati da figure femminili.

MATERIALI E METODI

Il presente studio ha lo scopo di esplorare le esperienze professionali del personale femminile di cardiocirurgia che opera presso Maria Pia Hospital al fine di presentare una testimonianza del processo di "femminizzazione" della sanità in una specialità medica ancora prettamente maschile.

RISULTATI

A partire dal 2010 il Maria Pia Hospital è una delle rare strutture sanitarie sul territorio nazionale a vantare una figura femminile, la Dott.ssa Chiara Comoglio, a capo del reparto di cardiocirurgia.

La Dott.ssa Comoglio, dopo un'esperienza decennale come facente funzioni primarie di dirigenti maschili, coordina un'equipe costituita da 4 donne e 2 uomini che lavora a stretto contatto con il reparto di terapia intensiva coordinato anch'esso da una donna, la Dott.ssa Biancardi.

La presenza di un'equipe per lo più al femminile si riflette nelle capacità di organizzazione e di gestione, con risvolti utili in termini di efficienza ed efficacia dei processi.

Sotto la direzione della Dott.ssa Comoglio si è assistito infatti ad un incremento sia del numero di interventi da 200 a 450 casi sia delle tipologie di interventi effettuati che riguardano la cardiocirurgia d'elezione.

Tale capacità organizzativa è col-

legata alla storica abitudine del genere femminile ad occuparsi parallelamente di più funzioni, e si esprime soprattutto dal punto di vista della visione di insieme, della creazione di reti di rapporti, della sistematizzazione dell'intervento, della rapidità di reazione e della gestione dell'imprevisto, della capacità analitica che fa essere le donne metodiche e pragmatiche.

Dal punto di vista comunicativo un rilievo importante è l'attenzione che viene rivolta ai rapporti nell'ambito dei gruppi di lavoro, sia con i colleghi che con i collaboratori. Le figure femminili infatti sono caratterizzate da una grande capacità di mediazione che si esprime nella possibilità di armonizzare tra posizioni differenti senza esasperare gli scontri ma piuttosto in una gestione utile dei conflitti.

E' soprattutto nell'ambito dell'attenzione al paziente che si esprimono prevalentemente le peculiarità proprie di un'equipe al femminile. L'attenzione all'empatia, ai bisogni, valori e preferenze individuali del paziente dovrebbe essere una delle componenti della buona pratica clinica.

Lo stile di comunicazione femminile realizza tutto ciò grazie ad una migliore attenzione all'aspetto emozionale della malattia oltre che a quello biomedico e grazie alla capacità di offrire maggior supporto emotivo, incoraggiamento e rassicurazione.

Le demenze e la malattia di Alzheimer: l'organizzazione dell'assistenza e degli obiettivi di piano

T. Fabbri*, D. Amici**, A. D'auria***

* Direttore III distretto Asl Roma b

** Responsabile uva Asl Roma b

*** Università degli studi di Roma Tor Vergata

PAROLE CHIAVE:

Demenza, diagnosi, centro

INTRODUZIONE

Le Demenze raccolgono un insieme di patologie le cui complicanze rappresentano una delle principali cause di morte e di disabilità negli ultrasessantacinquenni dei paesi occidentali. Nell'Azienda Roma B sono in attività due delle 34 Unità Valutative Alzheimer (UVA) regionali; entrambe operano con l'obiettivo della presa in carico globale del soggetto affetto e della sua famiglia, attraverso l'integrazione sociosanitaria dei servizi dedicati. L'attuale offerta assistenziale per i soggetti affetti da demenza comprende inoltre i centri diurni Alzheimer (due dei quali presso la ASL Roma B) per un totale di 443 posti nonché la possibilità di ricovero presso strutture residenziali dedicate (complessivamente 120 posti letto nel Lazio).

CENNI EPIDEMIOLOGICI

In Europa si stima che la demenza di Alzheimer (DA) rappresenti il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne del 4,4%.

La prevalenza di questa patologia aumenta con l'età; in Italia lo studio ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging, 2002) ha prodotto stime di prevalenza variabili da 2,5% a 6,8%, con una predominanza per il sesso femminile e un'incidenza di 7 casi per 1.000 anni persona.

Tali stime rapportate alla popolazione dell'Azienda Roma B, che conta 132000 ultrasessantacinquenni,

fanno presupporre la presenza di un numero di persone affette da demenza che va da un minimo di 3.300 ad un massimo di 8.900.

MATERIALI E METODI

Il numero dei soggetti in carico alle UVA regionali è notevolmente inferiore alla stima di prevalenza rilevata dallo studio ILSA, pertanto, il PSR 2010-2012 propone di ricomprendere nella denominazione dei centri preposti anche le altre forme di demenza, riorganizzando le 34 UVA regionali in Centri diagnostici specialistici e in Centri esperti per le demenze.

In ogni ASL la riorganizzazione delle UVA dovrà prevedere l'individuazione di almeno un Centro diagnostico e di uno o più Centri esperti (distrettuali o sovradistrettuali) che dovranno raccordarsi tra loro secondo criteri di territorialità:

I Centri diagnostici specialistici sono servizi operanti presso le Università, gli IRCCS e gli ospedali capaci di offrire prestazioni diagnostiche specialistiche di secondo livello (esami laboratoristici, neuroimaging, valutazione neuropsicologica, funzionale e comportamentale, indagini genetiche);

Il Centro esperto per le demenze rappresenta il luogo della presa in carico globale del paziente e della sua famiglia per quanto concerne i vari aspetti dell'assistenza e del supporto, comprese le indicazioni per ottenere il riconoscimento dell'inva-

lità e dell'indennità di accompagnamento, l'eventuale individuazione di un amministratore di sostegno, l'accesso ai presidi e ausili protesici, l'assistenza domiciliare specifica, l'accesso ai servizi dedicati.

RISULTATI

La complessità delle esigenze assistenziali suggerisce la proposta di riorganizzare le attuali UVA della ASL Roma B in "Centri Esperti per le demenze" (sovradistrettuali) che dovranno raccordarsi tra loro secondo criteri di territorialità. Sarà necessario stilare procedure condivise con l'Ospedale S. Pertini ed il Policlinico Casilino per offrire prestazioni diagnostiche specialistiche di secondo livello, come indicato dal PSR.

Uno dei Responsabili delle attuali UVA aziendali potrebbe assumere la Responsabilità del Coordinamento delle attività dei Centri con valenza di Unità Operativa Complessa o di Unità Operativa Semplice Interdistrettuale, con il compito specifico di sottoscrivere protocolli d'intesa con i Direttori dei Distretti dell'Azienda, con le strutture territoriali distrettuali (Centro di assistenza domiciliare), promuovendo accordi con i MMG per la gestione congiunta del paziente, organizzando eventi formativi accreditati finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale, promuovendo l'attivazione di un archivio informatizzato adottando una "scheda di raccolta dati paziente".

Sperimentazione delle Aree Funzionali multidisciplinari nell'attribuzione delle sale operatorie

S. Guarducci°, A. Alessandri*, A. Appicciafuoco*, S. Bianchi#, G. Bonaccorsi§, P. Bonanni§, S. Brogi #, S. Brugnoli*, V. Ceccherini°, N. Comodo§, S. Mariottini#, S. Naldini*, G. Salvadorini^, G. Travassi #, L. Volpi^

*Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio ASL 10 Firenze

§ Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

Blocco Operatorio Ospedale S. Giovanni di Dio, Firenze

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

^ASF, Innovazione e Sviluppo Servizi Sanitari, Firenze

PAROLE CHIAVE:

Aree funzionali, sala operatoria

INTRODUZIONE

L'organizzazione della chirurgia ha subito una trasformazione fondamentale negli ultimi anni, passando da una configurazione con reparti e sale operatorie indipendenti per ciascuna unità operativa ad una configurazione in linea, dove le risorse vengono messe a comune. Sono stati realizzati interventi di tipo organizzativo-gestionale in tutti gli ambiti, compresa la programmazione dell'attività chirurgica. Si è inoltre creata la necessità di strutturare dei percorsi dedicati per le urgenze differibili, cioè quei pazienti ricoverati in area medica o chirurgica che hanno completato l'iter diagnostico e sono quindi pronti per essere operati, senza avere però necessità di un trattamento in regime di urgenza.

MATERIALI E METODI

Nel Presidio Ospedaliero S. Giovanni di Dio è stato studiato il percorso della chirurgia di elezione, analizzando in particolare l'iter del paziente e individuando il flusso informativo ad esso associato.

Sono state ridistribuite le sedute di sala operatoria proporzionalmente alla domanda e alle liste di attesa, è stato individuato il case mix per l'organizzazione delle risorse disponibili (sala-letto) ed è stata data indicazio-

ne alla PreOspedalizzazione per la gestione PULL di tale case mix.

L'introduzione di una codifica univoca per diagnosi e procedura chirurgica all'inserimento in lista di attesa ha garantito la standardizzazione necessaria, nonché la creazione e l'utilizzo di banche dati dinamiche.

La gestione ha evidenziato un gap tra capacità elaborativa (interventi effettuati) e domanda (pazienti inseriti in lista). Ad oggi circa l'80% della domanda mensile è costituito da un gruppo costante di tipologie di intervento.

Pertanto, identificando il mix produttivo costante da eseguire, è possibile dare ritmo all'intero sistema chirurgico, lasciando spazi opportuni al restante 20% dei casi non ricorrenti.

Al fine di rispondere all'esigenza di introdurre nel percorso chirurgico le urgenze differibili sono state introdotte le "aree funzionali" multidisciplinari per l'attribuzione delle sedute di sala operatoria, che consistono in sedute dedicate a tali pazienti a disposizione di quelle U.O. che ne abbiano bisogno. La sala per le urgenze resta comunque disponibile h24.

Nel 2010, quando è stata introdotta la sperimentazione, veniva concessa una sola seduta settimanale per le aree funzionali. Nel 2011 le sedu-

te sono state 2 alla settimana, con possibilità di incremento nei periodi di riduzione dell'attività elettiva, quando cioè si riduce il numero dei posti letto.

Inoltre, da ottobre 2011, viene riservata alla traumatologia una seduta di area funzionale alla settimana, il sabato mattina, al fine di garantire l'intervento entro 48h ai pazienti affetti da frattura di femore, come da indicazioni regionali.

Il percorso del paziente chirurgico può pertanto svolgersi in 4 diverse direzioni:

Chirurgia programmata;
Chirurgia d'urgenza;
Aree funzionali per discipline chirurgiche;
Area funzionale per la traumatologia.

RISULTATI

Dal 2010 al 2011 si è avuta una riduzione della degenza media e pre-operatoria dei pazienti ricoverati in Chirurgia d'Urgenza, in particolare la degenza media è passata da 8,1 a 7,3 giorni e la pre-operatoria da 3,1 a 2,6 giorni. Per quanto riguarda la traumatologia, si è passati da 2,6 a 1,6 giorni di degenza pre-operatoria e da 8,0 a 7,1 giorni di degenza media. Tali risultati suggeriscono l'opportunità di implementare il progetto proseguendo con il monitoraggio.

La medicina nella società del rischio

F. La Commare*, **E. Sesti****, **G. Nasi*****

Direzione Sanitaria Hospice "Villa Speranza" UCSC Roma; **UOC Qualità Aziendale e Risk Management ASL RMB; *Direzione Sanitaria Ospedale "Cristo Re" Roma*

PAROLE CHIAVE:

Società del rischio, nuove tecnologie

INTRODUZIONE

Per comprendere pienamente dove ci possono condurre gli sviluppi della medicina occorre calare il sistema sanitario nella società contemporanea che evidenzia diversi aspetti problematici emergenti tra cui appare opportuno prestare attenzione alla cosiddetta società del rischio. Il termine, coniato dal sociologo tedesco Ulrich Beck pone in rilievo gli "interessi mediatici, politici e scientifici gravitanti attorno alla produzione sociale del rischio. Il rischio diventa centrale per effetto della modernizzazione e dei suoi processi economici e tecnologici, si tratta di una società che tende sempre più verso il futuro cercando di prevedere le inevitabili casualità e governare l'incertezza che ne scaturisce". La teoria di Beck si basa su una semplice constatazione: produzione di ricchezza è ormai intimamente legata alla produzione dei rischi, come dimostra l'esempio dell'energia nucleare. Ciò pone un problema di giustizia sociale. Se solo una parte della società profitta di certe ricchezze, la depredazione dell'ambiente – una nube tossica radioattiva o un mare inquinato da petrolio – colpisce tutte le classi sociali e supera ogni confine.

CONTENUTI

Anche in ambito sanitario le nuove tecnologie rappresentano una diversa forma di rischio: se da un

lato ci permettono di raggiungere eccellenti risultati in termini diagnostici ed interventistici, dall'altro ci obbligano nella cultura del rischio a seguire procedure e linee guida specifiche.

Senza contare l'aspetto della equità dei trattamenti sanitari, della perdita delle relazioni interpersonali (rapporto medico-paziente, importanza della semeiotica), della carenza di umanizzazione nelle cure. I rischi di malpractice ci costringono a tenere in conto gli altri, ovvero l'obiettivo della qualità percepita nonché ad analizzare correttamente i processi. Inoltre, riprendendo le tesi di alcuni pensatori contemporanei, la tecnologia si è trasformata in breve tempo in una minaccia che non è solo fisica, ma riguarda l'integrità dell'uomo e la sua immagine. Si tratta dunque di una minaccia metafisica, di fronte alla quale nessuna delle etiche tradizionali ci può soccorrere: pur riconoscendo che il perseguimento del sapere è un diritto inalienabile, la sua pericolosità è ormai manifesta: il sapere rischia di provocare la fine dell'umanità così come essa è.

All'accresciuta consapevolezza dei rischi non si accompagna una capacità di controllo altrettanto sviluppata: si moltiplicano le tavole rotonde, le discussioni, i convegni, si assiste a un dibattito senza precedenti in cui opinioni

contrastanti vengono messe ininterminabilmente a confronto, ma le conseguenze pratiche (cioè le iniziative tecnico scientifiche e di politiche sanitarie) sono lente ed esitanti, confermando la difficoltà di inserire nel contesto socioeconomico esistente la nozione aggiornata di rischio.

Il dibattito amplissimo sul rischio clinico ha faticosamente prodotto alcuni protocolli internazionali cui molti Paesi si sono adeguati, ma ancora l'evento dannoso grave resta il fenomeno di maggior rilevanza nell'opinione pubblica rispetto ai sistemi di sicurezza. In particolare quando si tratta di vita, di morte e di salute occorre considerare un ulteriore approfondimento circa il connubio tra tecnologia e scienza.

Oggi in alcuni settori della scienza medica nuovi strumenti sono in grado di cambiare la nostra identità, di agire ad esempio sui meccanismi della procreazione. Per la prima volta l'uomo, invece di riprodursi, è capace di prodursi secondo specifiche precise, ma non per questo è più sicuro di sé.

CONCLUSIONI

Una nuova coscienza comincia a emergere: il mondo umano è messo ovunque a confronto con le incertezze, è trascinato in una nuova avventura.

Il nostro compito: imparare ad affrontare l'incertezza.

Un modello HTA a sostegno dell'offerta della dieta ipoproteica ai nefropatici della Campania

G. Liguori*, M. Cirillo^{oo}, G. La Bella§, A. Parlato^o, A. Scaletti^{***}, P. Belfiore*, S. Creazzola§, B. Cianciaruso⁺⁺, N.G. De Santo^{**}, A. D'Ausilio⁺, F. Pecci[^], B. Zamparelli^{ooo} & Società Italiana di Health Horizon Scanning (SIHHS)

* *Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi territoriali, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"*

** *Cattedra di Nefrologia, Seconda Università degli Studi di Napoli*

++ *Cattedra di Nefrologia, Università di Napoli "Federico II"*

oo *Cattedra di Nefrologia Università degli Studi di Salerno*

+ *HE Director, MA Provider*

§ *Direttore UOCC Area Assistenza Farmaceutica Convenzionata e Farmacovigilanza ASL Napoli 1 Centro*

o *Area Dipartimentale di Epidemiologia e Prevenzione, ASL NA2 Nord*

*** *Dipartimento di Studi Aziendali, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"*

^ *Dirigente Medico ASL NA2 Nord, Segretario SIHHS*

ooo *Direttore Sanitario Ospedaliero - Vicepresidente SIHHS*

PAROLE CHIAVE:

Insufficienza renale cronica (IRC), alimenti ipoproteici, Analisi di impatto di Budget (BIA)

INTRODUZIONE

In Campania ogni anno 1.200 soggetti accedono alla dialisi per insufficienza renale cronica (IRC). Per quanto la dialisi risulti essere l'unico trattamento efficace nel prolungare l'aspettativa di vita di tali pazienti, vanno considerate le gravi complicanze e gli elevati costi associati alla stessa. Secondo le evidenze della recente letteratura, la dieta ipoproteica consente di ritardare l'ingresso in dialisi apportando benefici clinici ed economici ai nefropatici. In Campania l'elargizione gratuita dei cibi ipoproteici, dal marzo 2010 è stata messa in discussione a causa di un provvedimento (DGRC n. 17 del 24.03.2010) che, nel rispetto del piano di rientro della regione, ne sospendeva l'erogazione a carico del SSR.

È stato elaborato un report di Health Technology Assessment (HTA) che ha inteso considerare il problema dell'IRC da un punto di vista clinico, economico, organizzativo

ed etico. Contemporaneamente è stata condotta una analisi di impatto di budget (BIA) al fine di stimare l'impatto di una tale strategia sulle casse regionali.

MATERIALE E METODI

Il modello implementato prende in considerazione due ipotesi: la dieta rispetto alla non dieta in un orizzonte temporale di tre anni ed il delta derivante dalla differenza fra i due trattamenti.

Per l'anno di riferimento (2009) sono stati considerati gli 8.491 pazienti nefropatici in fase pre-dialitica, il totale dei soggetti dializzati (4.629) ed i casi incidenti per il 2009 (1.200). Sono stati comparati i soli costi diretti (la valutazione è condotta secondo la prospettiva del SSN) facenti riferimento a visite mediche e test di laboratorio, farmaci ed eventuali ospedalizzazioni. Ai suddetti costi sono stati poi aggiunti quelli della dieta (€ 445 paziente/anno) e della dialisi

(€ 32.210,00 paziente/anno).

Altri elementi introdotti nel modello di BIA sono stati il number needed to treat (NNT), cioè il numero di pazienti da trattare per evitare una dialisi (pari a 18 secondo la letteratura più acclarata) e la variabilità della compliance al trattamento (75%), allorquando considerata la modalità di distribuzione diretta.

Per la successiva analisi di sensibilità sono stati considerati un NNT variabile tra 12 e 40 ed una compliance tra 50% e 100%.

RISULTATI

La dieta ipoproteica, ipotizzando che riesca a ritardare l'accesso alla terapia dialitica di un anno, induce nei 3 anni successivi un risparmio pari rispettivamente a: € 3.788.4985, € 11.843.331 e € 10.759.529.

L'analisi evidenzia che il risparmio ottenibile con la dieta ipoproteica è molto elevato, oltre che perfettamente rispondente ai criteri di equa allocazione delle risorse in sanità. Da un punto di vista organizzativo, sarebbe auspicabile una distribuzione "per conto" grazie alla quale assicurare la distribuzione capillare dei prodotti sul territorio, usufruendo di agevolazioni economiche.

Percorsi differenziati in pronto soccorso (ps): Esperienza dell'ambulatorio di continuit  assistenziale (ca) della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

M. Longo¹, A. Pavan¹, M. Patriarca², L. Speccher³, P. Grillo⁴, V. Monzani⁵, F. Porro⁵, P. Bosco⁵, P. De Rai⁶, M. Sallusti⁶, B. Tiso⁷, L. Macchi⁸

¹ Direzione Sanitaria, ² UO Sistemi informativi, ⁴ UOC Epidemiologia, ⁵ UOC Medicina d'Urgenza, ⁶ UOC Chirurgia d'Urgenza, ⁷ Direzione Medica di Presidio, ⁸ Direzione Generale della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; ³ ASL di Milano SSD Continuit  Assistenziale.

PAROLE CHIAVE:

Integrazione; percorsi differenziati ; appropriatezza risorse

INTRODUZIONE

Uno dei principali problemi della Sanit  del nostro paese, come in tutti i paesi industrializzati,   il sovraffollamento dei servizi di PS: la principale causa di questo fenomeno   l'utilizzo inappropriato del PS da parte degli utenti per problemi pi  di competenza ambulatoriale. Nel 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato delle Linee guida relative all'organizzazione dei servizi h24, in cui si incentivano gli ambulatori per i codici di minore gravit  (bianchi). Con questi presupposti, da agosto 2011 presso la Fondazione Ca' Granda   stata avviata una sperimentazione con l'ASL di Milano per l'apertura di un ambulatorio di continuit  assistenziale (CA) all'interno del PS per i codici bianchi.

MATERIALI E METODI

Setting Ospedaliero: Il PS generale della Fondazione   uno dei principali DEA di II livello di Milano. Come indicano i dati della rete *rc.emergenza.urgenza.net*, nel 2011, abbiamo registrato 52291 accessi, di cui 15381 codici bianchi, 28804 codici verdi, 6792 codici gialli e 1314 codici rossi. Organizzazione Ambulatorio di CA: il personale del PS con i medici di CA hanno definito – in accordo con le linee guida SIMEU – i criteri con cui selezionare i pazienti (pz) con codice bianco. L'ambulatorio di CA   stato po-

sto in prossimit  del PS, con apertura nei giorni festivi e pre-festivi, dalle ore 10 alle ore 20. L'invio all'ambulatorio   stato eseguito dopo la valutazione al triage. La prestazione fornita   stata quella di una visita generale; eventuale prescrizione di farmaci, certificati di malattia. In caso di necessit  di eseguire esami in urgenza, il pz   stato rinviato in PS.

RISULTATI

Da 20.08.2011 al 20.01.2012 sono stati registrati 21.252 accessi: 2.4% codici rosso; 11.7% codici giallo; 55.5% codici verde; 30.4% codici bianco. L'et  media dei pz con codice bianco   di 42.8 anni, 49.8% di sesso maschile, il 62% residenti. Dei 6454 codici bianchi, circa il 50% (3153) sono stati accettati direttamente presso l'ambulatorio di dermatologia, unico centro h24 presente della citt . I restanti 3304, sono stati suddivisi in

base agli ambulatori di competenza: CA (n.446); Medicina PS (n.374); chirurgia (n.558); fast-track specialistici (n.1923). Nell'ambulatorio "Medicina PS" sono stati visitati dall'internista di PS i pz con codici bianchi, nei giorni settimanali e ore notturne.

Sono stati confrontati i due sottogruppi, "CA" e "Medicina PS", simili per tipologia di pz ma gestiti con percorsi diversi. In entrambi la principale causa di accesso   stata "malessere generalizzato" (58% CA vs 45,7% Medicina). Differenti i risultati relativi alla gestione: i pazienti "CA" hanno atteso meno per la visita con una permanenza complessiva minore in PS. Inoltre hanno eseguito meno esami in urgenza (5% vs 33.7%) In conclusione, questo modello di integrazione ospedale-territorio, potrebbe migliorare il servizio per i pazienti e permettere un utilizzo pi  appropriato delle risorse.

Tabella 1. Dati relativi alla gestione secondo i due differenti percorsi: ambulatorio CA vs Medicina PS.

	CA (n.446)	Medicina PS (n.374)	P*
Attesa minuti	26 (ds 35)	122 (ds 126)	p < 0.001
Permanenza minuti	46 (ds 38)	328 (ds 338)	p < 0.001
Pz sottoposti ad esami	26 (5%)	126 (33.7%)	p < 0.001
Pz allontanati	3 (0.67%)	184 (49%)	p < 0.001

*utilizzato test t di Student per variabili continue e Test Chi Quadrato per variabili categoriche

Sperimentazione del "Widen-OBI": una nuova strategia organizzativa per l'overcrowding in DEA

E. Lovato*, **D. Minniti****, **Papalia R.*****, **A. Piolatto******, **M. Dore°**,
M. Vajo°°, **O. Vota°°°**, **R. Sacco§**, **C. Picco§§**, **B. Barberis§§§**

*Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino

**Dirigente Medico, Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli

***Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino

****Direttore SC. MECAU, OO.RR. Rivoli

°Direttore Dipartimento Area Medica, OO.RR. Rivoli

°°Direttore Dipartimento Area Chirurgia, OO.RR. Rivoli

°°°Dirigente medico, Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli

§Direttore Medico di Presidio, OO.RR. Rivoli

§§Direttore Sanitario ASL TO3

§§§Direttore Dipartimento Area Diagnostica e dei Servizi, OO.RR. Rivoli

PAROLE CHIAVE:

Pronto Soccorso, iperafflusso, OBI

INTRODUZIONE

Un elemento di criticità "cronica" per un'organizzazione ospedaliera è il sovraccollimento del Pronto Soccorso (PS). I fattori che concorrono a rendere critica la gestione in questo ambito sono principalmente tre:

- l'iperafflusso in entrata,
- la carenza dei posti letto in Ospedale
- la scarsa disponibilità di posti letto in strutture esterne di lungodegenza.

Negli ultimi mesi gli episodi di overcrowding in DEA si sono intensificati, generando innumerevoli problematiche da un punto di vista gestionale-organizzativo, ma anche di sicurezza e qualità nell'assistenza per i pazienti. Questo ha portato ad un incremento di pazienti con necessità di OBI, con conseguente intasamento del PS.

A seguito delle sollecitazioni dell'Assessorato Regionale della Sanità del Piemonte e in considerazione di quanto sopra, si è deciso di risolvere tale criticità concentrandosi in particolare sulla "carenza dei posti letto per OBI", al fine di identificare soluzioni organizzative in grado di:

1. Supportare i professionisti clinici nella gestione dei pazienti afferenti al PS dell'Ospedale e specialmente

quelli che necessitavano di periodi di osservazione clinica;

2. Agevolare gli operatori del pronto soccorso;
3. Migliorare la qualità del servizio per gli utenti da un punto di vista dell'appropriatezza, sicurezza, efficacia ed efficienza:

MATERIALI E METODI

È stato istituito un tavolo tecnico composto dalla Direzione Sanitaria di Presidio a dai Direttori di Dipartimento oltre che dai Responsabili del DEA. Al termine dei lavori è stata realizzata ed approvata una nuova modalità di gestione dei pazienti in OBI (definito di seguito "Widen-OBI"), successivamente introdotta in via sperimentale per 1 mese.

RISULTATI

La sperimentazione ha per oggetto le modalità operative di applicazione ed effettuazione dell'attività di OBI. La novità principale è l'allargamento dell'Osservazione alle strutture di degenza della Chirurgia, con conseguente trasferimento dei pazienti dalle aree del PS alle stanze di degenza. Il cut-off per l'apertura del "Widen-OBI" si ha quando in DEA sono presenti più di 12 pazienti in OBI tradizionale.

Il paziente in "Widen-OBI" è a carico del medico specialista che ha posto indicazione all'OBI o del chirurgo per problematiche chirurgiche qualora insorgano problemi in assenza dello specialista di riferimento.

A distanza di due settimane dall'inizio della sperimentazione è già possibile evidenziare i primi risultati positivi:

- Vantaggi diretti: deflusso di una media di 5-6 pazienti/die gestiti in Widen-OBI;
- Vantaggi indiretti: riduzione del sovraccarico di lavoro per gli operatori del DEA con possibilità di maggior appropriatezza delle prestazioni e minor rischio per i pazienti, migliore gestione di spazi e risorse disponibili in DEA.

I principali svantaggi della sperimentazione sono rappresentati da una iniziale resistenza dei chirurghi, anche in riferimento alla eventuale possibile riduzione degli interventi chirurgici in elezione (che peraltro nelle prime 2 settimane non si è manifestata)

CONCLUSIONI

Visti i vantaggi diretti e indiretti apportati da questa sperimentazione, sarà obiettivo futuro validare tale procedura e, al contempo, sperimentare un "FullwidenOBI" che coinvolga da un lato le sedi esterne (Ospedale territoriale di Giaveno e di Venaria) e dall'altro anche l'area Medica del Presidio di Rivoli. I risultati definitivi saranno presentati nel corso della conferenza.

La riconversione da Ospedale per Acuti a Struttura Polifunzionale della Salute (AFT) nel Presidio Loreto Crispi

C. Manzi*, M. Ritonnaro**, G. Volpe***

* Specializzando Igiene e Medicina Preventiva - SUN

** Architetto Libero Professionista

*** Direttore Dipartimento Centrale di Medicina Territoriale

PAROLE CHIAVE:

Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), riconversione, territorio

INTRODUZIONE

La modifica nel titolo V dell'art. 117 della Costituzione e la conseguente approvazione degli ultimi decreti attuativi la Legge delega 42/2009, hanno frazionato il SSN in 21 modelli diversi di sanità. In questo panorama così variegato, dove alcune

Regioni fanno della sanità un vero e proprio business, mentre altre la utilizzano come ammortizzatore sociale, il minimo comune denominatore è rappresentato dall'esigenza di trovare soluzioni per ridurre la spesa sanitaria. Oggi, il concetto di "appropriatezza" delle presta-

zioni sanitarie viene visto come strumento per il contenimento dei costi. Nell'ambito dell'appropriatezza delle prestazioni, gioca un ruolo assolutamente fondamentale lo sviluppo del "Territorio": la riconversione delle vecchie strutture ospedaliere in RSA e AFT, il potenzia-

MATRICE DI RELAZIONE SPAZIALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	DIREZIONE SANITARIA	COORD. INFERMIERI	COORD. DATI	COORD. MMG	COORD. ADI	FARMACIA	AULA MAGNA	STUDI MEDICI	SALA RIUNIONI	SALA RELAX MEDICI	AMBULATORI SPECIALISTICI	IMPIANTI	STANZE DEPOSITO	SERVIZI IGIENICI	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	LABORATORIO DI ANALISI	PUNTO PRELIEVI	SALA D'ATTESA	DESK ACCETTAZIONE	UFFICI AMMINISTRATIVI	AMBULATORI MMG	PSAUT	PUNTO INFORMAZIONI - URP	INGRESSO UTENZA	INGRESSO PERSONALE
INGRESSO PERSONALE	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
INGRESSO UTENZA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PUNTO INFORMAZIONI - URP	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PSAUT	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AMBULATORI MMG	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
UFFICI AMMINISTRATIVI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DESK ACCETTAZIONE	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SALA D'ATTESA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PUNTO PRELIEVI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
LABORATORIO DI ANALISI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SERVIZI IGIENICI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
STANZE DEPOSITO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
IMPIANTI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AMBULATORI SPECIALISTICI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SALA RELAX MEDICI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SALA RIUNIONI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
STUDI MEDICI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AULA MAGNA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
FARMACIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
COORD. ADI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
COORD. MMG	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
COORD. DATI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
COORD. INFERMIERI	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DIREZIONE SANITARIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
RELAZIONE ALTA																										
RELAZIONE MEDIA																										
RELAZIONE BASE																										
RELAZIONE BASSA																										

Tabella 1. Costruzione delle matrici di relazione spaziale

MATRICE DI RELAZIONE FUNZIONALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA																										
	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	DIREZIONE SANITARIA	COORD. INFERMIERI	COORD. DATI	COORD. MMG	COORD. ADI	FARMACIA	AULA MAGNA	STUDI MEDICI	SALA RIUNIONI	SALA RELAX MEDICI	AMBULATORI SPECIALISTICI	IMPIANTI	STANZE DEPOSITO	SERVIZI IGIENICI	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	LABORATORIO DI ANALISI	PUNTO PRELIEVI	SALA D'ATTESA	DESK ACCETTAZIONE	UFFICI AMMINISTRATIVI	AMBULATORI MMG	PSAUT	PUNTO INFORMAZIONI - URP	INGRESSO UTENZA	INGRESSO PERSONALE	
INGRESSO PERSONALE	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
INGRESSO UTENZA	●	▲	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PUNTO INFORMAZIONI - URP	●	■	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PSAUT	■	■	■	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AMBULATORI MMG	●	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
UFFICI AMMINISTRATIVI	■	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
DESK ACCETTAZIONE	■	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
SALA D'ATTESA	●	▲	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PUNTO PRELIEVI	●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
LABORATORIO DI ANALISI	●	■	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	●	■	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
SERVIZI IGIENICI	▲	■	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
STANZE DEPOSITO	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
IMPIANTI	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
AMBULATORI SPECIALISTICI	▲	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
SALA RELAX MEDICI	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
SALA RIUNIONI	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
STUDI MEDICI	▲	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
AULA MAGNA	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
FARMACIA	■	■	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
COORD. ADI	●	■	■	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
COORD. MMG	●	■	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
COORD. DATI	■	■	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
COORD. INFERMIERI	▲	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
DIREZIONE SANITARIA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Tabella 2. Costruzione delle matrici di relazione funzionale

mento dei pacchetti di prestazioni ambulatoriali, la presa in carico del paziente cronico. In questo studio ci andremo ad occupare del progetto di riconversione, strutturale e funzionale, del Presidio Intermedio "Loreto Crispi" in Struttura Polifunzionale per la Salute (Aggregazione Funzionale Territoriale).

MATERIALI E METODI

Il progetto di riconversione del "Loreto Crispi" parte dall'analisi di fattibilità e dalla successiva costruzione delle matrici di relazione spaziale e funzionale tra i servizi presenti all'interno della struttura. (Tabelle 1 e 2)

RISULTATI

Dalle intersezioni tra i servizi presenti nelle tabelle 1 e 2 si evince il livello di relazione che questi hanno tra loro. Le matrici, infatti, mettono in evidenza i servizi che necessitano di una vicinanza spaziale tra loro e quelli che, seppure strettamente collegati funzionalmente, possono lavorare perfettamente anche a distanza. Dallo studio delle matrici abbiamo sviluppato uno schema di riconversione della struttura "Loreto Crispi".

La riorganizzazione del "Loreto Crispi" avrebbe come obiettivi: la riduzione della spesa sanita-

ria, conseguente all'incremento delle prestazioni ambulatoriali ed alla riduzione dei Day Hospital e dei Ricoveri Ordinari; il decongestionamento del Pronto Soccorso della città di Napoli, con riduzione dei codici bianchi; la gestione guidata del paziente dal Medico di Medicina Generale allo Specialista Ambulatoriale, fino al Dirigente Ospedaliero; l'incremento del grado di soddisfazione dell'utenza, primo elemento necessario per la lotta a contrastare la migrazione sanitaria extra-regionale, che rappresenta la più grande falla dei bilanci della Regione Campania.

Validazione del processo di pulizia in aree critiche attraverso bioluminometria

P. Manzi*, P. Barbini, N. Ricci*****

*Direttore Medico di Presidio - Azienda Ospedaliera Universitaria Le Scotte - Siena

**Resp. UOS Ingegneria Clinica - Azienda Ospedaliera Universitaria Le Scotte - Siena

***Biologo - Bioagrofood - Pisa

PAROLE CHIAVE:

Pianificazione, valutazione integrata

INTRODUZIONE

Il monitoraggio della pulizia delle superfici è stato per lungo tempo espletato con metodologie approssimate, non per responsabilità degli operatori, ma per oggettiva carenza di strumenti di misura.

L'introduzione in sanità di alcune metodologie derivate dall'area della produzione farmaceutica stanno modificando questo settore e stanno aprendo nuove possibilità di verifica.

Scopo del lavoro è stato quello di analizzare tutte le fasi del processo di sanificazione delle superfici in area critica, fino ad arrivare alla conferma del raggiungimento del risultato di pulizia attraverso metodi di microbiologia rapida ovvero con tecniche che consentono di effettuare una valutazione quantitativa senza aspettare le classiche 48-72 ore; la principale di queste tecniche è basata sul principio della bioluminescenza.

MATERIALI E METODI

Il campionamento delle superfici è stato effettuato secondo una metodologia precisa allo scopo di evitare errori o omissioni dopo un accurato sopralluogo e tenendo conto delle modalità di trasmissione degli agenti biologici. Per la definizione di "pulito" relativamente alle superfici in area critica si è considerato il valore soglia di 5 UFC stabilito dalle "Linee Guida sugli standard di sicurezza e igiene del lavoro nel reparto operatorio ISPEL 2009".

L'analisi microbiologica è stata di tipo quantitativo nella verifica della carica psicofila, mesofila e nella ricerca della carica fungina totale; è stata invece qualitativa nella ricerca dei cosiddetti "microrganismi indice".

Per la caratterizzazione in laboratorio sono stati impiegati ceppi batterici a titolo noto certificati ATCC.

Sono stati impiegati tamponi di superficie, per la verifica della corretta sanificazione valutando la carica batterica residua post-trattamento in affiancamento all'uso quotidiano di un apparecchio in grado di misurare l'attività ATP-asica residua.

I monitoraggi ambientali, durati per più di sei mesi, si sono svolti presso l'Ospedale S. Camillo de Lellis di Rieti, in particolare presso le sale operatorie, e poi sviluppati dal personale tecnico del laboratorio Bioagrofood di Pontedera (PI).

I valori ottenuti da questi due diversi metodi di misurazione sono stati correlati tra loro attraverso una validazione effettuata su un numero significativo di ripetizioni e tenendo conto che il recupero stesso del tampone può subire rilevanti oscillazioni in base alle caratteristiche della superficie da verificare. Si è tenuto conto altresì di eventuali ulteriori fattori di confondimento ovvero: l'effetto del sanificante non risciacquato e il margine di incertezza degli strumenti di misurazione, infine si è proceduto ad analisi statistica multivariata per la conferma della significatività statistica dei valori ottenuti.

RISULTATI

La metodologia adottata ha dimostrato la sostanziale coerenza dei dati e una sufficiente correlazione tra il processo di pulizia adottato ed il risultato finale in termini di contaminazione batterica.

Il rapporto tra RLU e UFC, sebbene non direttamente proporzionale, dimostra che le contaminazioni rilevate sono significativamente basse al di sotto di un valore soglia, il valore soglia finale è stato infine lievemente arrotondato in funzione dei fattori di incertezza del sistema sopra menzionati.

CONSIDERAZIONI

Il monitoraggio delle superfici acquista un significato rilevante in aree ad alto rischio di contaminazione quali il tavolo operatorio, il piano di lavoro farmaceutico, ambienti sterili ecc.; in caso di necessità può essere effettuato di routine con metodi standardizzati; i risultati ottenuti possono costituire una indicazione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere. L'analisi della letteratura più recente disponibile dimostra che il monitoraggio delle superfici può essere integrato con la valutazione preliminare dell'efficacia dei disinfettanti e l'analisi genomica crociata degli isolati. Tale metodologia standardizzata potrebbe consentire l'esportazione del sistema anche in settori differenti da quello sanitario come l'elettronica e il settore alimentare.

Analisi descrittiva dei risultati derivanti da un'indagine condotta dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale Buccheri La Ferla- Fatebenefratelli di Palermo nell'ambito della gestione del rischio correlato agli errori nella somministrazione della terapia farmacologica in ospedale

M.G.L. Marsala*, A. Firenze*, P. Civello**, S. Mancia***, S. Russo****, G. Seroni**

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

**Direzione Sanitaria Ospedale Buccheri La Ferla-Fatebenefratelli di Palermo

*** Farmacia Ospedale Buccheri La Ferla-Fatebenefratelli di Palermo

****Direzione del Distretto di Partinico dell'ASP di Palermo

PAROLE CHIAVE:

Rischio clinico, terapia farmacologica

INTRODUZIONE

Per ridurre il numero degli eventi sentinella dovuti ad eventi evitabili o prevenibili nell'uso non corretto dei farmaci nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, il Ministero della Salute, nel 2008, ha emanato la RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA.

Tra le situazioni a rischio di generare errori nell'uso dei farmaci, le Linee Guida annoverano anche gli errori nella trascrizione dei farmaci, che possono verificarsi specie se si scrive a mano, in maniera imprecisa e frettolosa, condizione che può portare l'infermiere o il farmacista ad errori di interpretazione. Lo studio analizza la concordanza tra le prescrizioni terapeutiche effettuate dai sanitari dell'Ospedale Buccheri La Ferla- Fatebenefratelli di Palermo e la Raccomandazione Ministeriale, relativamente agli aspetti della trascrizione ed interpretazione della terapia farmacologica.

MATERIALI E METODI

Sono state selezionate 100 cartelle cliniche relative a ricoveri in regime ordinario avvenuti nel secondo semestre del 2011. Per ogni cartella clinica sono stati presi in considerazione alcuni parametri, quali la presenza del farmaco, la grafia comprensibile, l'in-

dicazione della forma farmaceutica, la dose e la posologia, la tracciabilità del medico prescrivente e dell'infermiere che somministra la terapia. Inoltre sono stati valutati il Foglio di Primo ciclo terapeutico (PCT) e il foglio della terapia domiciliare per il paziente.

RISULTATI

Su 100 cartelle cliniche, 55 appartengono a UU.OO. di Area Chirurgica e 45 a UU.OO. di Area Medica. Nel 49% la terapia farmacologica è stata somministrata per il trattamento di patologie mediche e chirurgiche acute; e nel 39% dei casi, invece, in seguito ad intervento chirurgico.

Nell'87 % dei casi il nome del farmaco risultava scritto con una grafia comprensibile, invece nel 13% dei casi non era possibile decifrarne il nome. Anche il dosaggio, la posologia e la forma farmaceutica sono indicati nella maggior parte delle cartelle cliniche, con una percentuale pari al 75%, tuttavia nel 91% dei casi questi dati vengono segnati in cartella usando degli acronimi o delle abbreviazioni, che potrebbero indurre in errore l'infermiere durante la somministrazione del farmaco ai degenti. Solo nel 9% dei casi è stata riscontrata la totale omissione della posologia.

Il dato negativo di maggior peso statistico che emerge dall'analisi è l'impossibilità di poter risalire al medico prescrittore della terapia nel 72% dei

casi, e addirittura nell' 87% dei casi non è possibile risalire all'infermiere che somministra la terapia al paziente: tali lacune si sono registrate sia nell'Area Medica che nell'Area Chirurgica, senza differenze statisticamente significative tra i due comparti.

La valutazione del foglio relativo al PCT è stata possibile solo per 18 cartelle cliniche, in quanto nelle restanti cartelle tale documento non era allegato: dall'analisi si nota un'assoluta concordanza tra la terapia prescritta in cartella clinica e quella sul foglio di PCT, nonché la corretta indicazione del principio attivo, della forma farmaceutica e del nome commerciale del farmaco nel 95% dei casi.

In ultimo sono stati analizzati i fogli di terapia post-dimissione consegnati ai pazienti, e si nota come pur essendo sempre frequente l'uso di acronimi o di abbreviazioni(95% dei casi), tuttavia, rispetto alle cartelle cliniche, la tracciabilità del medico prescrivente è possibile nel 74% dei casi.

Lo studio ha evidenziato la presenza di lacune nella trascrizione della terapia medica dell'ospedale. Sarebbe auspicabile intraprendere le azioni suggerite nella Raccomandazione Ministeriale, tra cui l'introduzione di una scheda unica di terapia in tutte le UU.OO. e di sistemi computerizzati di prescrizione, nonché l'istituzione di percorsi formativi per il personale sanitario al fine di ridurre al minimo comportamenti che potrebbero determinare l'insorgenza di errori nella somministrazione della terapia farmacologica.

La fase II del progetto di eco-sostenibilità del Presidio Ospedaliero di Chieri (ASLTO5), attraverso una selezione delle opzioni in base al rapporto costi/benefici

G. Messori Ioli*, **F. Volà°**, **C. Di Nicuolo°°**, **M. Del Fabbro°°**,
A. Fissore°°, **B. Rizzo°°**, **V. Di Legami****, **M. Aimone*****

* *Responsabile S.S. Controllo di Gestione e Risk Management - ASL TO5 di Chieri*

** *Dirigente Medico - ASL TO5 di Chieri*

*** *Direttore Sanitario - ASL TO5 di Chieri*

° *Collaboratore presso Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa*

°° *Progettisti presso Ecostudio Architetti e studio Tecnico Rizzo*

PAROLE CHIAVE:

Efficienza energetica,
eco-sostenibilità

INTRODUZIONE

Con un progetto promosso dal Controllo di Gestione, l'ASL TO5 ha imboccato il percorso dell'eco-sostenibilità, puntando sull'efficienza energetica. Con un approccio a piccoli passi e a basso costo, è stato infatti elaborato un piano di miglioramento delle prestazioni energetiche dell'edificio ospedaliero: grazie ai primi interventi previsti è prevista una riduzione del 25% della potenza termica necessaria al riscaldamento degli ambienti e al condizionamento estivo.

Lo spunto decisivo per l'avvio del progetto è stato il riconoscimento ottenuto al Congresso Nazionale ANMDO 2011.

MATERIALI E METODI

L'idea di partenza è stata quella di effettuare una mappatura energetica dell'ospedale, per definire la situazione iniziale di riferimento. Sono poi iniziate le valutazioni di fattibilità tecnica, inizialmente slegate da una effettiva disponibilità di budget. Sulla base di una serie di parametri, sono state individuate tutte le migliori soluzioni tecniche compatibili con la nostra realtà, per poi dare la preferenza a quelle con il rapporto costi/benefici più favorevole e che garantissero il ritorno dell'investimento nei tempi più rapidi. Le soluzioni proposte riguar-

dano sia interventi architettonici sia impiantistici, dando la priorità all'uso più efficiente del teleriscaldamento. Dal 2009 infatti l'ospedale è collegato alla rete, alimentata da una centrale di cogenerazione da 45 GWh/anno; una soluzione che incide comunque per circa 400.000 € l'anno.

RISULTATI

Le possibili soluzioni individuate sono state:

- Il miglioramento dell'isolamento termico dell'edificio (le proposte prevedono interventi di coibentazione delle pareti perimetrali, la sostituzione degli infissi a vetro singolo con serramenti ad alto isolamento (vetrocamera), ma anche pareti a verde e tetti a giardino per ridurre il riscaldamento estivo)

- L'inserimento di pannelli fotovoltaici uniti a un ammodernamento degli impianti di ricircolo e di condizionamento estivo dell'aria, con soffitti e pavimenti radianti, la realizzazione di elementi di illuminazione a luce naturale (sun-pipes), piramidi trasparenti e un efficace Building Management System per la gestione integrata di tutta l'impiantistica dell'edificio, compreso un nuovo sistema di recupero delle acque

- Controsoffittature in vetro per ridurre il volume d'aria da trattare, lasciando in vista i soffitti a volta.

La sostituzione dei serramenti a vetro singolo con serramenti a taglio termico e doppi vetri con intercapedine con gas argon ridurrebbe del 25% la potenza termica richiesta. L'investimento previsto è pari a circa 166.000 €, permettendo un ritorno dell'investimento in circa 12 anni. I pannelli fotovoltaici contribuiranno invece a ridurre la bolletta elettrica, che nel 2011 ha raggiunto l'importo di 536.000 €. Il progetto prevede di installare un sistema da 19,3 kWp, con una produzione annua di 21 MWh, coprendo una superficie di 116 m². Considerando anche il contributo del conto energia, l'investimento preventivato di 116.000 € dovrebbe ripagarsi in 11 anni, un periodo del tutto accettabile per l'amministrazione ospedaliera. È in corso, infine, la ricerca di finanziamenti nazionali ed europei e di partnership tecnologiche con i fornitori, quale il progetto europeo RES-Hospital, sostenuto dal programma Intelligent Energy for Europe avviato nel 2003 per promuovere il raggiungimento degli obiettivi di Eu2020 (la riduzione del 20% delle emissioni di anidride carbonica, 20% della produzione energetica da fonti rinnovabili e il miglioramento del 20% dell'efficienza energetica). Un'altra opportunità di finanziamento, attualmente al vaglio, è quella offerta dai Certificati bianchi (Esco, Energy serv. comp.).

Organizzazione per intensità di cure dell'ospedale "G. Fracastoro", ULSS 20 Verona

P. Montresor, C. Bovo, M. Vittori Nesoti, I. Dal Dosso, G. Capirossi, E. Rizzato

PAROLE CHIAVE:

Pianificazione, valutazione integrata

INTRODUZIONE

L'organizzazione per intensità di cura dell'Ospedale dell'Ulss 20, Verona si pone l'obiettivo di ripensare il servizio assistenziale riconoscendo la differenziazione dei pazienti rispetto ai livelli di instabilità clinica e di complessità assistenziale.

Lo scopo del presente progetto consiste nell'attuare l'innovazione assistenziale nell'area chirurgica con criteri di efficienza nell'utilizzo delle risorse e di mantenimento di elevati livelli di qualità.

MATERIALI E METODI

Il dipartimento chirurgico dell'Ospedale dell'Ulss 20 è composto dalle UO di Chirurgia Generale, Urologia, Ortopedia e traumatologia, ORL e Oculistica (56 letti di cui 44 ordinari e 12 DH).

E' stato costituito un gruppo di lavoro composto da Direzione Sanitaria, Direzione Medica, Servizio Infermieristico, medici specialisti. Gli obiettivi sono stati: analisi della domanda degli anni 2010/11, costruzione di percorsi di cura standard, definizione di posti letto per intensità di cura, efficiente utilizzo delle risorse umane, individuazione di nuovi ruoli, implementazione di un sistema informatico per la programmazione delle attività, reporting.

Il flusso delle attività del Dipartimento Chirurgico degli anni 2010/11 ha evidenziato una varia-

bilità significativa sui carichi di lavoro del personale, sull'utilizzo dei letti e delle sale operatorie.

Nel periodo esaminato, con l'esclusione dei weekend sono state riscontrate forti oscillazioni delle presenze giornaliere di ricoverati (da 39 a 75 pazienti).

Gli specialisti hanno selezionato la casistica candidabile al ricovero in week surgery e l'hanno raggruppa- ta per classi omogenee per durata della degenza.

Sono stati selezionati 21 gruppi di procedure standardizzati per intervento e per durata della degenza (degenza di 1 - 4 giorni).

Confrontati i volumi del 2010/11, verificati gli obiettivi di budget 2012 e le liste d'attesa sono stati selezionati 2000 candidabili alla week surgery.

La casistica è stata distribuita su base annua e programmata a cadenza quindicinale (standardizza- zione per durata della degenza): 12 sono i posti letto assegnati alla week surgery.

Per i restanti ricoveri ordinari in elezione (degenza superiore a 4 giorni) e per un T.O. del 90% è risultato che i 1100 casi attesi all'anno, raggruppati in 148 categorie di degenze omogenee (5300 giornate di degenza) vengono ricoverati in 17 posti letto.

Per i ricoveri d'urgenza verificata la variabilità intradipartimentale (oscillazioni tra 17 e 23 pazienti/ die) sono stati assegnati 24 letti.

RISULTATI

Il progetto ha consentito di ridurre di 3 (da 56 a 53) la dotazione posti letto del Dipartimento, ottenere un tasso di occupazione del 90%, formulare un programma di accoglimento elettivi in efficienza ed economicità, saturare le sale operatorie, ridurre l'organico infermieristico (da 44 a 38 unità), omogeneizzare i carichi di lavoro, coordinare l'ambulatorio chirurgico con l'automatica prenotazione del prericovero, del ricovero e delle sedute operatorie, programmare le dimissioni, eliminare l'ufficio prenotazioni ricoveri, con un risparmio di risorse complessivo di notevole entità.

Modelli di cure integrate per il paziente fragile: il progetto ARCA dell'azienda ULSS 20 di Verona

M.V. Nesoti*, C. Bovo**, M.G. Bonavina***

*Dirigente Medico Direzione Sanitaria Azienda ULSS 20 Verona

** Direttore Sanitario Azienda ULSS 20 Verona

*** Direttore Generale Azienda ULSS 20 Verona

PAROLE CHIAVE:

Integrazione, fragilità, modello organizzativo

INTRODUZIONE

La coorte di persone anziane e malate croniche sta progressivamente aumentando. La comunità scientifica raccomanda di gestire la cronicità con modelli di cura integrati per migliorare l'efficienza, la qualità delle cure, la qualità della vita e la soddisfazione dell'utenza. Lo spunto proviene da frameworks teorici che enfatizzano la centralità del paziente, l'erogazione di cure standardizzate da parte di team interprofessionali, la gestione della performance, i sistemi informativi e l'utilizzo razionale delle risorse economiche. Per riprogettare l'assistenza socio-sanitaria per la cronicità, l'ULSS 20 di Verona ha pianificato un modello assistenziale di cure integrate, ARCA (Assistenza, Ricerca e Cura per l'Anziano dell'Est veronese). Ad un anno dalla sua implementazione, alcuni dati preliminari.

MATERIALI E METODI

Sulla base delle evidenze scientifiche, i tre setting di diversa intensità assistenziale, ospedaliero, ospedaliero per la post-acuzie e territoriale, sono stati riorganizzati a isorisorse. Le azioni implementate trasversalmente sui tre setting sono la formazione multidisciplinare e l'informatizzazione della documentazione sanitaria. Inoltre, in ambito ospedaliero si è identificata un'area ad elevata intensità assistenziale nella degen-

za geriatrica, è stato implementato il protocollo per la gestione delle fratture del femore, è stato avviato un progetto di consulenze geriatriche in casa di riposo, nonché alcuni ambulatori per la gestione dei pazienti dimessi. A livello territoriale è stato migliorato il Punto Unico di Accesso con una unità di valutazione multidimensionale geriatrica (UVMDG) con membri fissi a garanzia della continuità, è stata migliorata la modalità comunicativa con le case di riposo, si sono creati gruppi di lavoro per la gestione integrata delle diverse tipologie di assistenza territoriale.

RISULTATI

Ad un anno sono analizzati i dati preliminari. I decessi in ospedale degli ospiti delle case di riposo sono diminuiti; è stata diffusa una cartella clinica condivisa per la gestione dei pazienti in transito dall'ospedale in casa di riposo e viceversa ottimizzando le prestazioni e i tempi; sono notevolmente migliorati i tempi di presa in carico da parte dell'UVMDG; l'area ad elevata intensità assistenziale in geriatria ha razionalizzato il lavoro e la gestione dei casi complessi. Il protocollo per le fratture di femore ha condotto alla totalità degli interventi in meno di 48 ore dal ricovero, salvo la non eleggibilità clinica del paziente.

E' stata implementata l'anagrafe della fragilità per attivare preco-

amente le strutture territoriali al momento del ricovero e l'analisi ha dimostrato che, in fase preliminare, i pazienti ricoverati da gestire tramite case manager sono quelli in Assistenza Programmata. Infatti questi assistiti hanno mostrato una predittività molto superiore della necessità di un piano assistenziale post ricovero ad intensità più elevata rispetto alla popolazione anziana che vive sola, considerata spesso, utenza fragile. Tale analisi ha condotto all'attivazione di una modalità organizzativa che prevede la presenza del case manager dell'Azienda territoriale all'interno di tutte le unità di degenza per acuti presenti negli altri enti maggiori produttori di ricoveri.

Il monitoraggio di tutti i processi che compongono le azioni di ARCA è condiviso tra tutti, almeno mensilmente, tramite una newsletter dedicata.

Proposta per una razionalizzazione della terapia nella prevenzione primaria e secondaria delle fratture osteoporotiche

G. Nocita¹, T. Fabbri², A. D'Auria³, G. Tesone⁴, A. Simeoni⁵,
G. De Paolis⁶, M. Marchionne⁵, D. Botta⁷, A. Bernardo⁵

¹ Resp. Coordinamento medici di medicina generale iii distr. Roma B

² Direttore III distretto Roma B

³ Università degli studi di Roma Tor Vergata

⁴ Resp. Medicina specialistica III distretto Roma B

⁵ Medico di medicina generale III distretto Roma B

⁶ Pediatra di libera scelta III distretto Roma B

⁷ Resp. Servizio farmaceutico III distretto Roma B

PAROLE CHIAVE:

Osteoporosi, rischio, costo

MATERIALI E METODI

Analisi comparativa delle molecole in relazione al rapporto costo mensile-beneficio (Tab.1)

INTRODUZIONE

Nell'osteoporosi l'alterazione qualitativa e quantitativa del tessuto osseo comporta una maggiore fragilità ossea e, quindi, un aumentato rischio di frattura. Qualsiasi tentativo di razionalizzazione della terapia per la prevenzione delle fratture osteoporotiche deve tenere in considerazione:

- Costo sociale della malattia osteoporotica;
- Selezione dei soggetti da trattare in prevenzione primaria delle fratture;
- Selezione delle molecole da utilizzare sia nella prevenzione primaria che in quella secondaria delle fratture, in relazione al rapporto costo-beneficio e rischio-beneficio dei farmaci attualmente in uso.

Premesso che i casi clinici in prevenzione secondaria (pregresse fratture) devono essere sempre trattati, è necessario definire, secondo le evidenze scientifiche di ultima acquisizione, i casi da trattare in prevenzione primaria.

Soggetti da trattare in prevenzione primaria:

Pazienti in terapia corticosteroidica di età superiore ai 50 anni per cui è previsto un trattamento per più di tre mesi con dosi di prednisone o equivalenti > ai 5 mg., a prescindere dai valori densitometrici misurati con tecnica DXA. di un fattore di rischio: La sola valutazione della BMD con esame DXA non è sufficiente per identificare un soggetto a rischio di frattura (soglia terapeutica) e per il conseguente trattamento farmacologico. Pertanto, una più adeguata valutazione dei fattori di rischio (sesso femminile, inadeguato apporto di calcio con la dieta, scarsa attività fisica, menopausa precoce, età, fumo, basso peso corporeo, abuso di alcool, fattori genetici, disabilità, abuso di sostanze psicotrope, fattori ambientali) integrati o meno con il dato densitometrico si può ottenere applicando algoritmi come il FRAX o il DeFRA.

RISULTATI

Si propone di trattare tutti i soggetti fratturati o con un rischio equivalente e, considerato il rapporto costo-beneficio e il rapporto rischio-beneficio in relazione ad eventuali controindicazioni o effetti collaterali delle molecole in tabella, si evince che la prevenzione primaria e secondaria delle fratture osteoporotiche necessita sempre di terapia con calcio + Vit D associata ai seguenti farmaci bisfosfonati anti-riassorbitivi in ordine di preferenza: alendronato; risedronato, ibandronato, raloxifene, stronzio ranelato. Nella prevenzione secondaria delle fratture severe con 3 o più pregresse fratture severe vertebrali o di femore i farmaci di prima scelta sono teriparatide ed ormone paratiroideo. Maggiori evidenze scientifiche e studi in post-marketing potranno dare ulteriori importanti indicazioni circa l'utilizzo degli anticorpi monoclonali nella prevenzione primaria e secondaria.

Bisfosfonati uso orale	Schema posologico	Rimborsabilità terapia	Generico	Costo terapia mensile in €	Riduzione rischio di
Alendronato	70 mg/sett	nota 79	si	15,37	fratture vertebrali e anca
Alendronato + Colecalciferolo	70 mg + (2800 o 5800 UI)/sett	nota 79	no	da 24,04 a 25,31	fratture vertebrali e anca
Risedronato	35mg/sett; 75mg (2 cp mese)	nota 79	si;no	14,19; 35,74	fratture vertebrali e anca; fratture
Ibandronato	150mg/mese	nota 79	no	43,70	fratture vertebrali, non femorali
Bisfosfonati uso parenterale					
Ibandronato	3mg/3 mesi e.v.	fascia H	no	48,55	fratture vertebrali, non femorali
Zoledronato	5 mg/un anno e.v.	fascia H	no	46,45	non indicato
Altri principi attivi					
Raloxifene	60 mg/die	nota 79	no	37,11	fratture vertebrali, non femorali
Stronzio ranelato	2 g/die	nota 79	no	54,80	fratture vertebrali e anca
Teriparatide	20mcg/die	nota 79	no	570,71	nelle donne con fratture femorali e vertebrali severe
Ormone paratiroideo	100 mcg/die	nota 79	no	536,40	fratture vertebrali e femorali
Denosumab (anticorpo monoclonale)	60 mg/6 mesi	piano terapeutico	no	57,00	fratture vertebrali e femorali

Tabella 1. Analisi comparativa delle molecole in relazione al rapporto costo-beneficio.

Ruolo delle analisi economiche nella gestione dei dispositivi medici presso l'AOU ospedali riuniti di Ancona

R. Papa*, M. Sebastiani*, L. Incicchitti*, L. Polenta*, F. Luzi*, B. Benedetti, G. Serafini*, V. Cola**, V. Molinari**

* Direzione Medica Ospedaliera – AOU Ospedali Riuniti Ancona, ** SOD Farmacia

PAROLE CHIAVE:

CEA, EBM, prezzo

INTRODUZIONE

La Commissione dispositivi medici dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona si occupa della valutazione delle tecnologie sanitarie utilizzando diversi strumenti tra cui la conduzione di analisi economiche. La cost-effectiveness analysis (CEA) quantifica il beneficio clinico di un prodotto innovativo e converte poi tale beneficio in un controvalore economico, quindi in una stima del prezzo che può essere riconosciuto al prodotto in questione. Questo lavoro ha l'obiettivo di presentare l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera.

MATERIALI E METODI

Si sono selezionati alcuni esempi di CEA facendo riferimento alle

tecnologie richieste nell'ultimo anno. Per tutti i dispositivi (DM) è stato utilizzato un metodo comune:

- revisione della letteratura mediante l'applicazione di un rigoroso protocollo aziendale;
- stima dell'efficacia incrementale prodotta dal dispositivo innovativo in confronto al comparator in termini di sopravvivenza o di eventi evitati;
- conversione dell'efficacia in un controvalore economico attraverso l'uso di algoritmi farmaco-economici;
- stima del prezzo per il prodotto innovativo e dell'eventuale sconto da richiedere alla ditta distributrice.

RISULTATI

I risultati sono presentati in Tabella 1.

CONCLUSIONI

Lo sviluppo di applicazioni come la CEA dimostra la concreta possibilità di quantificare e proporre un prezzo per le nuove tecnologie "pesato" sugli outcomes derivanti dalle migliori prove scientifiche.

Tuttavia, la frequente mancanza di solide evidenze non ne consente un utilizzo sistematico. La nostra esperienza dimostra l'applicabilità del metodo e le importanti potenzialità derivanti dalla stima di un prezzo di riferimento a livello locale, in assenza di indicazioni a livello nazionale, in quanto il prezzo dei DM non viene determinato da alcun organismo regolatorio.

Tecnologia	Comparator	Esiti	Sconto richiesto per l'autorizzazione
Protesi palpebrali in titanio	Protesi palpebrali in oro	Complicanze	-45,9%
Sistema di misurazione continua della Pressione intracranica e della pressione tissutale dell'ossigeno(PtiO2) e della temperatura intraparenchimale cerebrale nei pazienti con traumi cranio-encefalici	Misurazione della sola P. intracranica	Sopravvivenza	-49,5%
Stent coronarico in acciaio con rivestimento bioattivo di titanio nitrossido	Stent in acciaio Stent ad eluizione di Everolimus Stent ad eluizione di Paclitaxel	Eventi avversi cardiaci maggiori	-3%

Tabella 1. Risultati dell'analisi per i DM selezionati con dettaglio dello sconto richiesto.

Il Dipartimento per l'Integrazione Territorio e Ospedale dell'ASL di Biella

A. Penna*, L. Rusca**, A. Tedesco*, B. Bragante*, F. D'Aloia*,
P. Trevisan*, C. Becchi*, C. Peruselli**

*Direzione Medica Ospedale ASL Biella

**Dipartimento per l'Integrazione Territorio Ospedale ASL Biella

PAROLE CHIAVE:

Integrazione, dimissioni,
dipartimento

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni in Italia e in tutti i paesi industrializzati si è assistito ad una progressiva riduzione dei posti letto, la popolazione tuttavia non riduce la propria domanda di prestazioni ospedaliere ad alto contenuto tecnologico e ad elevato costo. La risposta efficace ed efficiente al bisogno acuto tuttavia non sempre risolve i problemi dei pazienti che spesso sono anziani, presentano patologie concomitanti croniche, ed esigenze socio-sanitarie.

È essenziale quindi che l'ospedale ottimizzi sempre più l'integrazione con quella parte predominante del percorso assistenziale del paziente, che si svolge a livello territoriale, per realizzare quella concreta continuità e integrazione assistenziale tante volte auspicata.

L'Azienda Sanitaria di Biella si è proposta di dare un forte impulso all'assistenza territoriale attraverso la costruzione di distretti sanitari forti, nello stesso tempo ha ritenuto strategico lo sviluppo all'interno dell'ospedale della cultura dell'integrazione e della continuità assistenziale.

Lo strumento che l'Azienda ha adottato per conseguire tale obiettivo è stata la costruzione di un Dipartimento Strutturale aziendale per l'Integrazione tra Territorio e Ospedale.

METODI

Nel 2008 si è costituito con Atto Aziendale il Dipartimento per l'Integrazione Ospedale-Territorio, comprendente le strutture che per loro caratteristica intrinseca operano attraverso diversi setting operativi in stretta sinergia con i Distretti: degenza ospedaliera, ambulatorio, residenza protetta e domicilio: Cure Palliative, Post-Acuzie/Geriatria, Medicina Riabilitativa, Nefrologia e SOS Dialisi peritoneale e la Struttura Semplice dipartimentale di Diabetologia.

Le azioni sono state la costituzione di linee-guida interne che definiscono le missioni di ciascun servizio, il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, dei servizi socio-assistenziali e la partecipazione attiva alle attività di coordinamento di commissioni integrate, affiancate da azioni formative per operatori e incontri con la cittadinanza.

La mission del Dipartimento è quella di garantire la continuità assistenziale seguendo il paziente nei diversi setting assistenziali territoriali e ospedalieri.

In particolare obiettivo specifico del dipartimento è stato da un lato di presidiare e pianificare il processo di dimissione di tutto l'Ospedale, per garantire la continuità assistenziale e supportare l'inserimento del paziente nelle strutture di post-ricovero più adeguate ai propri bisogni (domicilio,

strutture di post-degenza, ospedali di comunità, RSA, ADI ecc.), dall'altro lato di governare con il Distretto l'ammissione dei pazienti in ospedale, post acuzie e nelle strutture di post-degenza.

RISULTATI E CONCLUSIONI

I risultati ottenuti si configurano in una più snella integrazione tra i servizi, sistematicamente a confronto in riunioni periodiche, l'avvio dei percorsi di Cure Palliative per pazienti non oncologici, la ridefinizione dei percorsi di post-acuzie che comprendono degenza, post-degenza in RSA riabilitativa e geriatrica, riabilitazione domiciliare e prescrizione ausili, percorsi diagnostico-terapeutici per pazienti in dialisi e per pazienti diabetici sul territorio.

La costituzione di un Dipartimento per l'Integrazione Ospedale-Territorio si è quindi rivelata strategia importante nei percorsi di continuità assistenziale

Valutazione dei costi riportati al medico di famiglia basata su metodologie di Risk Adjustment in Friuli Venezia Giulia

P. Piergentili*, G. Simon*, O Paccagnella[§], L. Grassetto, L. Rizzi[°], F. Samani[†]

* Azienda Servizi Sanitari n. 6, Friuli occidentale, Pordenone

§ Dipartimento di Scienze Statistiche, Università di Padova

° Dipartimento di Scienze Economiche Statistiche, Università di Udine

† Medico di medicina generale, Centro di Formazione Regionale per la Medicina Generale, Monfalcone

PAROLE CHIAVE:

Risk adjustment, casemix, medici di medicina generale

CONFLITTO DI INTERESI

Tutti gli autori hanno compilato il modulo di dichiarazione uniforme dell'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (disponibile su richiesta presso l'autore corrispondente) e dichiarano: il progetto di ricerca è stato finanziato da una sovvenzione da parte del Ministero della salute italiano, rilasciata dopo un bando di gara nel 2008, e concesso attraverso le organizzazioni pubbliche della Servizio sanitario nazionale; nessuno degli autori ha avuto rapporti finanziari nel corso degli ultimi tre anni con qualsiasi organizzazione che potrebbe avere un interesse per il lavoro presentato o si è impegnato in altre relazioni o attività che potrebbero aver influenzato il lavoro presentato.

INTRODUZIONE

Lo studio presenta un modello di Risk Adjustment dei costi riportabili al MMG utilizzando database amministrativi. In particolare sono state utilizzate le esenzioni ticket, fonte di informazioni sulle condizioni di salute dei singoli facilmente disponibile e che copre tutta la popolazione. Lo studio è stato finanziato dal fondo per la ricerca applicata del Ministero della salute 2008.

MATERIALI E METODI

Sono stati raccolti l'anagrafe sanitaria, SDO, specialistica, farmaceutica ed esenzioni ticket del FVG del 2007. I dati sono stati resi anonimi e sono stati analizzati con modelli statistici multivariati multilivello (tobit1,2). La variabile dipendente è la somma del-

le tariffe e prezzi ricevuti dai singoli opportunamente trasformata (valore tariffario giornaliero medio); le variabili indipendenti sono quelle che descrivono caratteristiche e condizioni di salute degli assistiti. Sono stati calcolati il coefficiente di correlazione intraclassa (ICC) ed il parametro R21. L'ICC è una misura della proporzione della variabilità totale spiegata dalla variabilità tra i gruppi 2-4. Il parametro R21 è l'analogo nel modello tobit del parametro R2 dei modelli lineari e stima la percentuale di varianza spiegata.

RISULTATI

La tabella 1 riporta il modello predittivo. Il cambio del medico ha un effetto "protettivo". Il fattore a maggior impatto è però essere nell'ultimo anno di vita. L'ICC è elevato. In altri termini, la varianza residua a livello MMG è praticamente nulla (anche nell'analisi delle singole componenti: ricoveri, prezzi farmaci, etc.1). La tabella 2 illustra la quota di varianza spiegata sia da un modello con solo sesso ed età, sia dal modello della tabella 1. La quota di varianza spiegata praticamente raddoppia.

DISCUSSIONE

Le esenzioni del ticket si sono dimostrate un buon estimatore del bisogno assistenziale. I modelli spiegano quasi la metà della varianza delle prestazioni ricevute a livello individuale; questo risultato è una prima sorpresa, ove si consideri che la varianza spiegata dai DRG agli inizi era del 30 - 35%. La metodologia proposta andrebbe considerata per

l'elaborazione dei costi standard; infatti sembra rappresentare il bisogno sanitario della popolazione in un modello di facile ed immediata applicazione. I modelli di aggiustamento (e di elaborazione di costi standard) basati solo su età e sesso sono inadeguati. Ancor più interessante la mancanza di variabilità residua ascrivibile ai MMG. Questo dato associato al fatto che il FVG presenta una spesa sanitaria procapite fra le più basse, potrebbe indicare che il livello qualitativo del lavoro dei MMG è maggiore di quanto generalmente ritenuto. Potremmo in altri termini aver trovato (salvo verifica) una misura robusta della qualità del lavoro dei MMG a livello di azienda o di regione.

BIBLIOGRAFIA

Tobin J. Estimation of relationships for limited dependent variables. *Econometrica* (The Econometric Society). 1958;26:24-36.
 Twisk J, Rijmen F. Longitudinal tobit regression: a new approach to analyze outcome variables with floor or ceiling effects. *J Clinical Epidemiol*. 2009;62: 953-8.
 Goldstein H. *Multilevel statistical models*. 4th ed. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.; 2011.
 Shephard N, Falcaro M, Zeggini E, et al. Linkage analysis of cross-sectional and longitudinally derived phenotypic measures to identify loci influencing blood pressure. *Bio-Med Central Genetics*. 2003;4(Suppl 1):S26.
 Snijders T, Bosker R. *Multilevel analysis: an introduction to basic and advanced multilevel modelling*. London: Sage Publications; 1999.

Variabili predittive		Modello standard		Modello multilevello	
		Coeff.	Errore standard	Coeff.	Errore standard
Sesso	Femmina	0.152	0.002	0.145	0.002
Età	35-44	0.146	0.003	0.141	0.003
	45-54	0.291	0.004	0.284	0.003
	55-64	0.533	0.004	0.525	0.003
	65-74	0.856	0.004	0.844	0.004
	≥ 75	1.015	0.004	0.999	0.004
Esenzioni	Malattie cardiovascolari (002)	0.586	0.006	0.586	0.005
	Diabete (013)	0.609	0.005	0.605	0.005
	Glaucoma (019)	0.389	0.009	0.384	0.008
	Colesterolo (025)	0.471	0.008	0.459	0.008
	Ipertensione con danno d'organo (031)	0.498	0.004	0.497	0.004
	Ipertensione senza danno d'organo (A31)	0.426	0.005	0.432	0.005
	Cancro (048)	0.857	0.005	0.850	0.004
	Invalide civile > 2/3 (S51)	0.464	0.007	0.458	0.007
	Invalide civile 100% (S52)	0.156	0.008	0.149	0.007
	Invalide civile 100% con accompagnatoria (S57)	0.453	0.008	0.447	0.008
	Altre	0.644	0.004	0.633	0.004
Cambio MMG		- 0.118	0.004	- 0.100	0.004
ADI		0.651	0.005	0.672	0.005
Decesso		1.931	0.009	1.926	0.009
Gravidanza		1.285	0.011	1.292	0.010
Costante		- 0.077	0.003	- 0.063	0.004
Varianza a livello assistito		1.124		1.015	
Varianza a livello MMG		-		0.009	
ICC		-		0.89 %	
Log likelihood		- 1459576.1		- 1459450.9	

Tabella 1. Modello tobit standard e multilevello sulle spese totali Regione Friuli Venezia Giulia, 2007

Regressione Tobit N. osservaz. = 1.104.384 Log likelihood = -808.198,12 Pseudo R2 = 0,5272
 LR chi2(25) = 1.802.208,91
 Prob > chi2 = 0,0000

Modello Tobit multilivello	R ² ₁
Modello sesso ed età	24.7%
Modello sesso, età e variabili del casemix	44.6%

Tabella 2. Riduzione percentuale dell'errore a livello Regione Friuli Venezia Giulia, 2007

Multilevel Tobit Model	R ² ₁ (patient level)
Model 1: no predictors	-
Model 2: gender and age of patients	24.7%
Model 3: gender, age and case mix characteristics of patients	44.6%

Table 4. Percentage of error reduction for predicting the dependent variable at the patient level when estimating the multilevel Tobit model, all tariffs Region Friuli Venezia Giulia, 2007

La gestione delle denunce dei sinistri presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (A.O.U.P.) "P. Giaccone" di Palermo

V. Restivo*, M G L. Marsala*, M.R. Di Maggio**, S. Russo****, A. Firenze***

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

**Facoltà di Medicina e Chirurgia- Università degli Studi di Palermo

***Direzione Sanitaria di Presidio - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo - Unità Operativa Risk Management e valorizzazione SDO

****Direzione del Distretto di Partinico dell'ASP di Palermo

PAROLE CHIAVE:

Pianificazione, valutazione integrata

INTRODUZIONE

La Sicilia come altre realtà italiane, ha cercato di implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), con l'emanazione del D. A. del 28 dicembre 2011 che prevede l'istituzione del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS). Il CAVS è un gruppo multidisciplinare (medici legali, Risk Manager, Direzione Strategica, Società di brokeraggio assicurativo dell'Azienda), che hanno l'obiettivo di migliorare e velocizzare la gestione dei sinistri e quindi delle richieste di risarcimento per responsabilità civile terzi e dipendenti (RCTO) delle proprie Aziende.

MATERIALI E METODI

L'approccio dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (A.O.U.P.) "Paolo Giaccone" di Palermo è stato quello di accostarsi alla problematica con lo svolgimento di un'analisi preliminare della stima delle retribuzioni da effettuare nella propria realtà, contemporaneamente alla costituzione del proprio CAVS, avvenuta in data 29/02/2012. L'analisi delle richieste di risarcimento pervenute all'Unità Operativa Risk Management e valorizzazione SDO ha rilevato la presenza di 45 richieste di risarcimento danni per l'anno 2011 (Grafico 1). Da una successiva analisi si evidenzia che la

causa più frequente di richiesta è il presunto errato intervento (grafico 2); tale dato concorda con il riscontro di una maggiore frequenza di richieste di risarcimento nei confronti delle Unità Operative chirurgiche, evidenza in linea con i dati di letteratura internazionale. Inoltre si evince dai dati di un'indagine del Ministero della Salute come il valore medio di risarcimento per singolo sinistro, nella Regione siciliana, sia pari a 36.584€. Se tale valore fosse applicabile alla realtà dell'A.O.U.P., considerando che il numero di sinistri retribuiti in tale azienda corrisponde ad 1/3 delle richieste di risarcimento ricevute, la stima dell'importo da versare per l'anno 2011 sarebbe di 548.760€: dal momento che l'A.O.U.P. dal 2007 non stipula polizze per l'assicurazione dei professionisti a causa

dell'elevato costo che ne deriverebbe, il suddetto importo teorico da risarcire rappresenta un valore di riferimento per valutare se la stipula della polizza sia conveniente o meno in termini di spesa per l'anno corrente.

RISULTATI

Dal confronto risulta evidente, con tutti i limiti che può avere una stima, come sia più conveniente per l'A.O.U.P. un approccio interno alla gestione dei sinistri, non solo dal punto di vista economico ma anche per la tendenza delle compagnie assicurative di disdettare le polizze allorquando vi sia anche un minimo sentore di un incremento di rischio.

Il vantaggio si ripercuote anche sui cittadini che hanno subito un danno, con un risarcimento più rapido, con l'obiettivo di un lasso di tempo di sei mesi/un anno per i casi più complessi e non di svariati anni come avviene tutt'oggi.

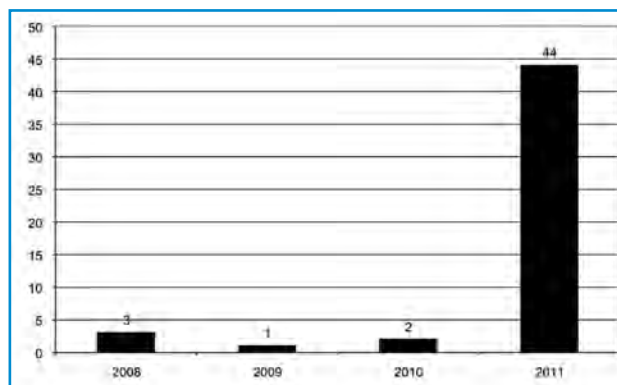


Grafico 1 – Numero richieste di risarcimento ricevute

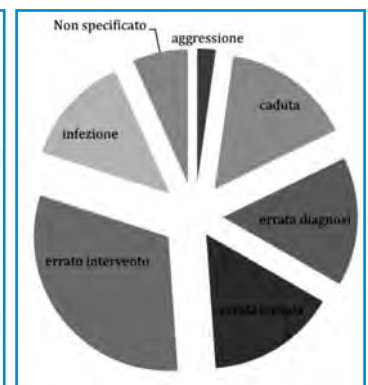


Grafico 2 – Causa di richiesta di risarcimento

Dalla "REGOLA"... ai tempi moderni, L'EVIDENCE-BASED MANAGEMENT nelle Organizzazioni Sanitarie

M. Rinaldi

Dirigente medico Direzione Sanitaria P.O. S. Lorenzo di Carmagnola ASL TO5

PAROLE CHIAVE:

Evidence -Based Management,
Regola Benedettina, Etica

INTRODUZIONE

Se è pur vero che le prove di efficacia relative agli strumenti manageriali sono ancora poco a disposizione, scoprire, quando qualcosa funziona, perché funziona diventa un'interessante sfida. L'obiettivo di questo lavoro è quello di dimostrare l'efficacia dell'applicazione della regola di S. Benedetto nel contesto organizzativo sanitario.

MATERIALI E METODI

Se l'Evidence-Based Management è la sistematica applicazione della migliore evidenza possibile per valutare le strategie manageriali atte a migliorare le prestazioni delle organizzazioni, il semplice fatto che uno specifico modello organizzativo perseguito per centinaia di anni abbiano mantenuto in vita i Monasteri Benedettini, è già di per se una importante prova di efficacia. Ma...occorre scoprire il modo con cui questi risultati sono stati ottenuti e la loro possibile trasposizione in Sanità

RISULTATI

ORA ET LABOR è il motto attribuito da sempre ai monaci benedettini che alternano ai momenti di preghiera e riflessione quelli di lavoro manuale e intellettuale. Ciò rende i monasteri laboratori non solo di preghiera, ma anche di manageria- lità e soprattutto di SERVIZIO. Fonte di ispirazione e fondamento di vita è la filigrana sapienziale della REGOLA che nell'accezione origina-

ria significava "indicatore stradale" oppure "ringhiera", qualcosa a cui aggrapparsi nel buio, che indica la strada, che conduce in una determinata direzione. E' più SAGGEZZA che legge. Non è una serie di istruzioni, ma uno STILE DI VITA: disciplina, organizzazioni precise, ruoli chiari e ben determinati, principi cardine (stabilità, rispetto del tempo, uguaglianza sociale), centralità dell'uomo, spiritualità. Da sempre la "Cura della persona" è collegata alla dimensione etica e spirituale, quando le persone entrano in corsia, in sala operatoria, in sala riunioni portano infatti con sé la propria <<essenza>>. In Azienda ogni uomo (utente interno e esterno) acquista un valore infinito se ben accolto, se la sua esistenza non sarà vista solo come un servizio reso all'impresa, ma come un dono immenso dal quale attingere e dare. Per i monaci <<attendere, occuparsi di...>> significa dedicarsi a qualcosa o a qualcuno con tutto l'impegno possibile, innamorati del proprio lavoro. Così anche per il manager, attento e disponibile non solo verso l'azienda in quanto tale, ma soprattutto nei confronti di chi lavora e vive grazie ad essa. L'obiettivo deve essere visibile a tutti: LA CENTRALITÀ ASSOLUTA DELLA PERSONA IN UN CONTESTO ORGANIZZATIVO. I monaci vivono e pregano insieme con l'intento di creare una sola voce. Il canto gregoriano dà realmente l'idea di un gruppo ben orchestrato. Per imparare a cantare

bene è importante saper ascoltare con attenzione il proprio vicino perché solo così si può fare coro. Saper ascoltare implica saper fare Silenzio, uno dei concetti basilari della Regola, per ascoltare il maestro interiore che ci parla e ci fa imparare a sentire gli altri. Silenzio, concentrazione, calma. L'obiettivo non è la quantità di prodotto, ma la qualità. Ma chi dirige l'orchestra? L'Abate e il Consiglio della comunità. Chi deve governare ha infatti bisogno di stimoli e consigli continui. La leadership dell'Abate si esprime nell'insegnamento costante, paziente, amorevole, ma soprattutto coerente. Infatti per la Regola l'Abate deve essere di esempio sia con la parola che con i fatti.

Proprio per questa ragione nascono i continui richiami all'etica e alla Koinonia (luogo di comunione) E' lo spirito che anima l'esistenza stessa dei monaci: vivere insieme, tutti sotto il medesimo tetto, sentendosi parte integrante dello stesso cenobio intorno al proprio Abate. L'AMORE è il principio che crea e sostiene le relazioni umane con dignità e rispetto. E' il catalizzatore che spinge al cambiamento, allo sviluppo, alla crescita personale.

CONCLUSIONI

Logica e competenza sono di giovamento alle organizzazioni ma forza e nutrimento è l'amore.

"Non c'è l'intelligenza e poi l'amore: ci sono l'amore ricco di intelligenza e l'intelligenza piena di amore"

Infezioni correlate all'assistenza: nove anni di monitoraggio continuo in Terapia Intensiva

E. A. Vozzella*; S. Puzo**; O. Savino***

*Responsabile U.O. Igiene Ospedaliera P.O. Ariano Irpino

**Tirocinante Infermiere P.O. Ariano Irpino

***Direttore Medico di Presidio P.O. Ariano Irpino

INTRODUZIONE

Nei reparti di Terapia Intensiva è fondamentale l'adozione di un sistema di sorveglianza continuativa per monitorare il tasso di infezioni.

MATERIALI E METODI

Nel reparto di Terapia Intensiva del P.O. di Ariano Irpino, dal 1 aprile 2003, è stato attivato uno studio di sorveglianza continua. Il metodo di sorveglianza adottato prevede l'utilizzazione di un protocollo di sorveglianza standardizzato, Adult ICU Surveillance Component, de-

finito da CDC's National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. Le informazioni epidemiologiche sono contenute nel diario clinico (incluso nella cartella di reparto e compilato giornalmente dal Medico anestesista con l'aiuto del Caposala) e nella scheda paziente (compilata dall'infermiere del CIO utilizzando le informazioni contenute nelle cartelle cliniche e nel diario clinico); è una raccolta di informazioni epidemiologiche riguardanti il paziente, i fattori di rischio e le infezioni. Per la defini-

zione di infezione ospedaliera sono adottati i criteri previsti da CDC. Il giorno dell'ammissione in reparto vengono effettuati esami colturali. I dati raccolti vengono elaborati e diffusi trimestralmente al personale della Terapia Intensiva, con eventuali suggerimenti e provvedimenti da adottare.

RISULTATI

E' stato possibile calcolare l'incidenza delle infezioni nel periodo trimestrale ed identificare il ruolo svolto da specifici fattori di rischio (confronto infetti-non infetti); identificare ed analizzare situazioni endemiche o cluster epidemici; confrontare i dati delle IO con altre realtà (ospedali americani aderenti al NNIS); definire appropriate misure di intervento; valutare la loro efficacia; sensibilizzare e coinvolgere gli operatori sanitari sul problema delle infezioni ospedaliere. Nel 2003 è stato isolato un ceppo di *Enterococcus faecalis* glicopeptidico resistente. I dati acquisiti nel 2005 hanno evidenziato la comparsa di *Acinetobacter baumannii* con un picco epidemico nel 2006 e nel 2010. Per quanto riguarda, invece, l'incidenza delle infezioni correlate ai fattori di rischio (incidenza infezioni vie aeree su gg di ventilazione meccanica, sepsi su gg di cateterismo centrale, incidenza inf. vie urinarie su gg di cateterismo urinario) è emerso che i dati ottenuti nei vari anni, confrontata con i dati di riferimento NNIS, si aggirano intorno al 50° percentile. Il tasso di incidenza di infezioni nei pazienti sorvegliati è compreso nel range dei dati riportati in letteratura internazionale.

