

1 Gennaio-Marzo 2015

L'OSPEDALE

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

Comunicazioni
40° Congresso
Nazionale A.N.M.D.O.

Poster
40° Congresso
Nazionale A.N.M.D.O.

Il consenso informato
strumento di alleanza
medico-paziente

Il PTDA diabetico
in una UCCP

Proposta di
Day Service Chirurgico
in età pediatrica

ORIZZONTI



SANIKILL



TI AFFIDERESTI AD UNO STRUMENTO COSÌ INVASIVO?

**C'È UN SOLO SISTEMA AL MONDO PER ELIMINARE
"CHIRURGICAMENTE" LA LEGIONELLA: SANIKILL.**

SANIKILL produce direttamente monoclorammina pura nel flusso di acqua calda senza lasciare sottoprodotti di disinfezione. Grazie alla sua bassa aggressività, può essere usata in tutta sicurezza su tutti i materiali (acciaio zincato, acciaio inox, PEx, PPr, C-PVC, rame).

SANIKILL È UN BREVETTO SANIPUR, LEADER MONDIALE NELLA LOTTA CONTRO LA LEGIONELLA.

Sanipur
PURENESS FOR YOUR HEALTH.

Comunicazioni - 40° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. **5**

Poster - 40° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. **30**

**Il consenso informato strumento
di alleanza medico-paziente** **42**
M.A. Vantaggiato, A. Benvenuto

Il PTDA diabetico in una UCCP **50**
Fabbri Tatiana, Gianni Giulia, Corsetti Chiara, Marcanio Maria Teresa

**Proposta di Day Service Chirurgico
in età pediatrica** **54**
Renato Pascotto, Giovanni Saggiomo, Francesco Pecci, Landino Fei, Beniamino Pascotto

ORIZZONTI **60**

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici
Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 68 - Numero 1 - gennaio-marzo 2015

**Direzione, Amministrazione, Redazione
e Pubblicità**

EDICOM s.r.l.

Sede legale: via Zavanasco, 2
20084 Lachiarella (MI)

Sede operativa:

Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano

tel. 02 70 63 36 94 - 70 60 21 06

fax 02 70 63 34 29

e-mail: info@gsanews.it - www.gsanews.it

Direttore responsabile: G. Serranò

Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: U.L. Aparò

Comitato di direzione: U.L. Aparò, A. Appicciafuoco,
A. Battista, F. Bisetto, S. Brusaferrò, A. Carbone,
F. Casassa, C. Del Giudice, O. Di Marino, B. Falzea,
G. Finzi, K. Kob, R. Lanzetta, R. Li Donni, G. Matarazzo,
I. Mura, G. Pelissero, A. Pellicanò, R. Predonzani,
G. Schirripa, G. Serafini, D. Stalteri, M.A. Vantaggiato

Comitato di redazione: U.L. Aparò, A. Appicciafuoco,
C. Catananti, R. Cunsolo, G. Pelissero, C. Ponzetti,
D. Stalteri, B. Zamparelli

Abbonamenti

Italia annuo € 31,00

Europa

Paesi Extra Europei € 103,00

Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

Fotolito e stampa:
T&T STUDIO - MILANO
VELAWEB - Binasco (mi)

*Autorizzazione del tribunale di Milano n°264 del
04/05/2001.*

*La pubblicità non supera il 45% del numero delle
pagine di ciascun fascicolo della rivista.*

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

*Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del codice di deontologia
relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio
dell'attività giornalistica, si rende nota l'esistenza di una
banca-dati personali di uso redazionale presso la sede di
Via Alfonso Corti, 28 - Milano. Gli interessati potranno
rivolgersi al responsabile del trattamento dei dati sig. ra
Barbara Amoruso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti,
28 per esercitare i diritti previsti dal D.lgs 196/2003"*

CSST CERTIFICAZIONE
EDITORIALE
SPECIALIZZATA E TECNICA

Testata volontariamente sottoposta a
certificazione di tiratura e diffusione in
conformità al Regolamento CSST
Certificazione Editoria Specializzata e Tecnica

Per il periodo 1/1/2014-31/12/2014

Periodicità: TRIMESTRALE

Tiratura media: 4.500

Diffusione media: 4.402

Certificato CSST n. 2014-2503 del 3/3/2015

Società di Revisione: FAUSTO VITTUCCI

associato a:

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

CERTIFICAZIONE

POSTER E COMUNICAZIONI

40° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

Nelle pagine a seguire vengono pubblicati i 12 Poster prescelti e le 24 Comunicazioni selezionate al 40° Congresso Nazionale ANMDO. I premiati per la rilevanza scientifica dei contenuti, per l'originalità dello studio e l'efficacia della presentazione sono stati:

POSTER

	TITOLO	AUTORE	REGIONE
1°	L'APPLICAZIONE DELLE LINEE DEL TEMPO (TIME LINE) IN UN RCA DI UN CASO CLINICO: L'ESPERIENZA DELL'AOU POLICLINICO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA	MATTALIANO ANNA RITA	SICILIA
2°	ALLA RICERCA DEL POSTO LETTO: IL BED MANAGEMENT NEL POLICLINICO S.ORSOLA- MALPIGHI DI BOLOGNA	PELLECCHIA CARMINE	EMILIA ROMAGNA
3°	L'INTENSITA' DI CURA IN AREA CHIRURGICA COMPIE UN ANNO: LEAN OR LESS ORGANIZATION?	PEZZANO LARA	PIEMONTE
3°	GESTIONE OSPEDALIERA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA	ORRU' NICOLA	SARDEGNA

COMUNICAZIONI

	TITOLO	AUTORE	REGIONE
1°	LA GESTIONE DELLE GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE NELL'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE	CHELLINI MARTINA	TOSCANA
2°	L'IMPLEMENTAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA INTEGRATA IN REPARTO: OSTACOLI E VANTAGGI	DE LUCA ASSUNTA	LAZIO
3°	LA CONSULENZA ETICA IN AMBITO SANITARIO. LE RAGIONI DEL PROGETTO DELL'IRCCS CROB"	MARTINO ROBERTA	BASILICATA
3°	EFFICACIA DEL PROGRAMMA DIMISSIONE PROTETTA E DIFFICILE (Di.Pro.Di.) NELLA CURA DEI PAZIENTI AFFETTI DA SCOMPENSO CARDIACO	VITTORIOSO LUIGI	CAMPANIA

Assistenza proattiva per l'insufficienza respiratoria cronica in Azienda ULSS 20 Verona

Bovo C.*, Nesoti M.V.*, Azzini M.**, Zanardi E.**, Crimi G.**, Bonavina M.G.***

* Direzione Sanitaria Azienda ULSS n.20 VR; ** Dipartimento Riabilitativo ULSS n. 20 VR; *** Direzione Generale Azienda ULSS n. 20 VR,

Parole chiave: IRC, cronicità, assistenza territoriale

INTRODUZIONE

L'ULSS 20 di Verona, per uniformare l'assistenza territoriale dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica (IRC), razionalizzando le risorse umane e strutturali, ha riorganizzato il servizio di assistenza domiciliare respiratoria (ADR) attraverso l'esternalizzazione del Servizio in stretto coordinamento con il Dipartimento Riabilitativo. Tale riorganizzazione prevede, non solo la fornitura di ossigeno, materiali e tecnologie ma anche un sistema di sorveglianza proattivo del paziente. La riorganizzazione è a regime dal mese di luglio 2013.

MATERIALI E METODI

Le principali caratteristiche del servizio sono: la consegna di ossigeno e la consegna, installazione e manutenzione ordinaria e straordinaria su apparecchiature e presidi, una piattaforma web per la prescrizione e archiviazione dei dati, personale qualificato adeguatamente addestrato che effettua gli accessi domiciliari, la reperibilità telefonica. I pazienti sono stratificati in undici profili, non mutuamente esclusivi, secondo le necessità terapeutiche; ad ogni profilo corrisponde una specifica fornitura di materiale. In base alla combinazione dei profili e comunque al quadro clinico, ogni paziente viene as-

segnato ad un regime di intensità di sorveglianza:

■ **bassa intensità:** accessi infermieristici a domicilio programmati ad un mese dall'attivazione del servizio o dalla dimissione ospedaliera e in seguito ogni 6 mesi

■ **media intensità:** accessi infermieristici a domicilio programmati all'attivazione del servizio o alla dimissione ospedaliera e in seguito ogni 3 mesi

■ **alta intensità:** accessi infermieristici a domicilio all'attivazione del servizio o alla dimissione ospedaliera; in pazienti di particolare gravità nel primo mese fino a 6 accessi, e in seguito almeno ogni mese.

L'organico ADR è composto da un Medico Pneumologo, 3 Infermieri, un fisioterapista. L'attività domiciliare infermieristica comprende la valutazione dei parametri clinici, dei sintomi, del consumo di ossigeno, il controllo del corretto utilizzo della strumentazione, la verifica della compliance farmacologia, attività educativa sul paziente e/o caregiver. La documentazione sanitaria di tali accessi viene visionata dal pneumologo per la conferma/modifica dell'intensità di sorveglianza, la programmazione della visita ambulatoriale, la programmazione di esami strumentali a domicilio (emogasanalisi, saturimetria). Ai pazienti e ai caregiver è in fase di somministrazione un questionario validato sulla qualità di vita e sulla qualità percepita del Servizio.

RISULTATI

Sono stati valutati i dati relativi al periodo luglio 2013- luglio 2014. La prevalenza mensile media dei pazienti in ADR è di 730, con un numero di profili attivati medio mensile di 920. L'adesione da parte del servizio all'intensità di assistenza prevista dal programma è oramai quasi al 95% per tutti i profili. Relativamente ai costi, nel primo trimestre 2014 rispetto al primo trimestre 2013 si è ottenuto un abbattimento del 41% della spesa per ossigeno. Il sistema ADR consente all'Azienda lo stretto monitoraggio della spesa, dell'accesso alle prestazioni sanitarie, al PS e al regime di ricovero ospedaliero, nonché la valutazione della compliance alle cure dei pazienti in IRC ed in futuro anche di altri outcome di tipo clinico.

La gestione delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite nell'Azienda Sanitaria di Firenze

Chellini M.* , Chiaramonti R.°, Perillo G.°, Bellini F.°, Zaccara G° , Marsella B.∧ , Biggeri M^∧ , Gori E.°°, Gostinicchi S°°, Baggiani L.°°, Indiani L.* , Sinisgalli E.* , Pellegrino E.* , Bonaccorsi G.**

*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Firenze; °SOC Neurologia - Azienda Sanitaria di Firenze; °°SC Pianificazione attività sanitarie e gestione ospedale-territorio - Azienda Sanitaria Firenze; °°°Direzione Sanitaria Azienda Sanitaria Firenze; ∧Presidente Associazione Cerebrolesioni Acquisite; ∧∧Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa, Università degli Studi di Firenze; **Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica - Università degli Studi di Firenze

Parole chiave: Gravi Cerebrolesioni Acquisite, presa in carico globale e pro-attiva

INTRODUZIONE

Il trattamento dei pazienti con esiti di gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) costituisce una sfida di grande attualità per tutti i sistemi sanitari. L'incidenza stimata è di 100-150 casi/milione di abitanti. In questo ambito le valutazioni cliniche si intrecciano con quelle etiche, politiche e di economia sanitaria.

Insieme agli ingenti investimenti in eccellenze professionali e tecnologiche per salvare queste vite umane, la società deve necessariamente farsi carico delle fasi di cronicità. L'Azienda Sanitaria di Firenze gestisce il percorso dei pazienti con GCA in maniera globale e coordinata dalla dimissione dal reparto per acuti fino alla stabilizzazione degli esiti, tramite un servizio dedicato alle dimissioni complesse (Coordinamento Dimissioni Complesse) e grazie ad equipe multispecialistiche che operano in collaborazione con l'Associazione Cerebrolesioni Acquisite (ASS.C.A.).

MATERIALI E METODI

Il percorso si avvale di 5 setting con diversi gradi di intensità assistenziale-riabilitativa. Con il progredire della stabilizzazione clinica si riduce l'intensità dell'assistenza

clinica e si potenziano gli interventi volti al possibile recupero funzionale e al benessere della persona. I medici delle strutture invianti compilano una scheda filtro, che consente l'inquadramento clinico-strumentale secondo criteri oggettivi delle condizioni di GCA, dalla fase acuta alla post-acuta. Il neurologo responsabile del Centro Gravi Cerebrolesioni Acquisite (CGCA) valuta le schede e indica il setting più appropriato sulla base delle necessità di assistenza e dei criteri individuati.

Il CGCA si occupa inoltre del monitoraggio periodico clinico e neurofisiologico dei pazienti con personale e strumenti dell'Azienda Sanitaria Fiorentina con lo scopo di definire e giustificare il proseguimento delle cure nello stesso setting o in quello ritenuto più idoneo alle effettive necessità del paziente. Il Coordinamento Dimissioni Complesse gestisce il trasferimento tra i setting in base alle indicazioni del neurologo e della disponibilità di posti letto, assicurando il collegamento e la comunicazione tra tutti gli attori coinvolti.

I pazienti dimessi a domicilio sono presi in carico insieme ai caregiver, in collaborazione con ASS.C.A. e i servizi territoriali.

Il team utilizza un protocollo di presa in carico globale e pro-attiva

(PCGPA) basato sulle teorizzazioni dell'approccio delle *capabilities* di Amartya Sen (premio Nobel Economia 1998), che prevede un percorso terapeutico/riabilitativo integrato per gestire e sostenere le problematiche etiche, sanitarie, sociali ed economiche legate a questa condizione.

RISULTATI

Attualmente nell'Azienda Sanitaria di Firenze 75 pazienti sono ricoverati in strutture residenziali e 290 sono seguiti a livello territoriale dal CGCA. Da gennaio a metà settembre 2014 sono stati inseriti nel percorso 50 nuovi casi di GCA.

Molteplici sono le ricadute in termini di economia sociale:

- gestione appropriata delle risorse ospedaliere e territoriali;
- garanzia della continuità e della qualità di assistenza e monitoraggio;
- appropriatezza prescrittiva con riduzione dei costi per farmaci, esami strumentali e di laboratorio e visite specialistiche);
- alleggerimento del peso di gestione e del carico psicologico della famiglia del malato;
- massimo recupero possibile dell'autonomia e delle capacità relazionali con riduzione dei costi indiretti sui caregiver.

Scompenso Cardiaco (SC): la disciplina di dimissione come possibile determinante dell'esito? Esperienza preliminare in un ospedale della ASL di Lecce

L. Cosentino*, D. La Rosa*, A. Amico **

*Direzione Medica P.O., ** U.O. Cardiologia, Ospedale di Copertino (Lecce)

Parole chiave: scompenso cardiaco, performance, esiti

INTRODUZIONE

Lo SC ha una elevata prevalenza (1-2% popolazione generale) e rappresenta la principale causa di ricovero (per acuti in regime ordinario) per DRG medico (DRG 127 "Insufficienza cardiaca e shock"; Min. Salute, 2007); trend destinato ad aumentare per: invecchiamento popolazione, riduzione mortalità per eventi acuti cardiovascolari, efficacia del trattamento malattie croniche, aumentata sopravvivenza per malattie neoplastiche (cardiotossicità; A.Re.S.S. Piemonte, 2009). Lo SC si conferma malattia dell'anziano: età media 77 anni, con rilevanti differenze per disciplina di riferimento e assorbe la maggiore quantità di risorse per l'assistenza ospedaliera (G Ital Cardiol 2006).

Circa il 60% delle dimissioni viene effettuato dalla Medicina Generale e il 26% dalla Cardiologia, 8,3% dalla Geriatria (Min. Sal. 2003).

Materiali e metodi: i dati sono stati acquisiti dalle SDO anni 2012-2013 (Medicina, Cardiologia, Geriatria) con due modalità di approccio per la selezione: rilevazione DRG 127 prodotti dai codici di diagnosi ICD-9-CM correlati a "insufficienza cardiaca e shock" (428.x e altri); individuazione SC mediante rilevazione di una classe più ampia di codici ICD-9-CM utilizzati nel PNE per la valutazione della mortalità a 30 giorni. Sulla base dei dati informativi ri-

unità operativa	totale dimissioni	dimissioni per scompenso	sesso		età media	degenza media
			m	f		
CARDIOLOGIA UTIC	693	154	74	80	75,8 (26-96)	7,5 (1-31)
		22,22%				
GERIATRIA	428	41	18	23	82,9 (68-98)	12,9 (1-58)
		9,58%				
MEDICINA INTERNA	440	57	21	36	77,4 (42-97)	9,3 (1-28)
		12,95%				
TOTALE	1.561	252	113	139	77,3 (26-98)	8,8 (1-58)
		16,14%				

Tab.1- Dimissioni per scompenso cardiaco P.O. Copertino. Anno 2012

reparto	Drg 127	4280	4281	4289	altro
Cardiologia Utic	104	51	45	0	8
		49,04%	43,27%	0,00%	7,69%
Geriatria	24	0	14	0	10
		0,00%	58,33%	0,00%	41,67%
Medicina	54	5	25	14	10
		9,26%	46,30%	25,93%	18,52%
totale	182	56	84	14	28
		30,77%	46,15%	7,69%	15,38%

Tab. 2 – Diagnosi principali che afferiscono al DRG 127. Anno 2012

levati, è stata effettuata un'analisi di performance e di esito nelle tre UU.OO/discipline considerate.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Le due modalità di selezione individuano differenti classi di pazienti, ma consentono una valutazione più articolata e completa

della patologia indagata (SC). Sembrano emergere, nonostante la sostanziale sovrapposibilità della popolazione assistita, differenze di performance/esiti nelle diverse discipline e, quindi, si conferma la necessità di avviare un percorso di integrazione/standardizzazione interdisciplinare per la gestione dello SC.

Nuove funzionalità per l'accreditamento degli operatori sanitari ai registri di monitoraggio AIFA

Cuccaro P.*, D'Onofrio G.**

*Medico Specialista Ambulatoriale Dipartimento Sanità Pubblica Università Federico II di Napoli;

**Direttore Sanitario AOU Federico II di Napoli.

Parole chiave: Registri AIFA- Accreditamento Direttori Sanitari

Il nuovo sistema dei Registri dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio dell'AIFA prevede che le utenze dei medici prescrittori e dei farmacisti siano validate dal Direttore Sanitario (DS) di competenza attraverso un processo di autenticazione a cascata che parte dal Responsabile regionale 'approvatore'. Tale figura di responsabile regionale è stata già attivata nel sistema per la abilitazione o disabilitazione dei Centri alla prescrizione dei medicinali soggetti a Registro, relativamente alla figura del Direttore Sanitario competente, invece, si è proceduto a un apposito censimento attraverso un tool excel inviato alle Regioni.

Nel sistema a regime, sono operative liste di Direttori Sanitari cosiddetti 'apicali' (ASL e Strutture autonome) e liste di Direttori Sanitari cosiddetti 'di presidio' (Strutture sottordinate alle ASL o a Strutture autonome). Questa distinzione consente di gestire in maniera efficace le varie combinazioni che si potranno riscontrare nel territorio.

L'utenza "Direttore Sanitario apicale" è una figura che è stata pensata per snellire il lavoro degli approvatori regionali ma che al momento (quello di ASL) non ha la possibilità di accedere ai sistemi. Sono comunque in essere, da parte del fornitore informatico, le attività per consentire tale utilizzo.

Il Direttore Sanitario che si fos-

se registrato, può essere abilitato direttamente dai rispettivi "approvatori regionali", già operanti su tutte le Regioni. Questi ultimi, attraverso l'accesso: <https://www.agenziafarmaco.gov.it/AAUtenti-Web/>, potranno direttamente intervenire per abilitare il DS che ha fatto la richiesta.

Nel momento in cui l'approvatore regionale abilita il DS di questa o quella struttura, ricompresa nella propria Regione, il DS potrà accedere al sistema e vedere, dentro la propria struttura sanitaria, tutti i medici e i farmacisti che si sono già registrati nei vari reparti e nella farmacia ospedaliera e potrà, a questo punto, autorizzare tutti i medici e i farmacisti che riterrà opportuno abilitare alla gestione dei Registri di monitoraggio, oppure disabilitarne alcuni che si fossero, nelle more abilitati, ma che si riterrà, per ragioni organizzative, di non far proseguire nella attività. Una volta autorizzati, da parte del DS, più medici all'interno della stessa sezione (ricovero, day hospital, ambulatorio) tutti i medici abilitati vedranno tutti i pazienti della sezione stessa. Infine, in ragione dei turni che possono essere fatti dai medici, su diverse sezioni alternativamente, si consiglia i medici di farsi registrare con modalità multipla su tutte le sezioni. Resta inteso comunque che ciascun medico può registrarsi per più sezioni dello stesso reparto, per più reparti contemporaneamente ed anche

presso più strutture ospedaliere. Inoltre, ricordiamo che è operativa, fin dal 9 luglio 2013., la funzionalità all'indirizzo:

<https://www.agenziafarmaco.gov.it/registri/> per l'abilitazione delle Strutture Sanitarie all'utilizzo di farmaci per i quali è imposta da determina AIFA una limitazione di centro prescrittore. Queste funzionalità sono, al momento, disponibili per tutti i referenti regionali registrati nella nuova piattaforma e permettono alle singole Regioni di abilitare/disabilitare la prescrizione di ciascun farmaco presso ogni singolo reparto delle strutture regionali sanitarie censite a sistema. AIFA ha messo a disposizione di questi operatori, attraverso la casella di posta dedicata: 'Registri.Regioni@aifa.gov.it', una struttura di supporto formata da collaboratori della Unità ER e da esperti informatici per dare tutto l'aiuto possibile.

Infine, segnaliamo che è stato inserito un disclaimer, sulla scheda di ciascuno dei farmaci sottoposti a limitazione di centri di prescrizione, che invita il medico, al momento di inserire il paziente per iniziare il trattamento, a verificare puntualmente se il proprio centro è autorizzato per quel determinato medicinale, il medico deve cliccare SI o No ed il NO è bloccante. Questa procedura è tesa, a responsabilizzare il medico che deve gestire con prudenza e con cognizione di causa i registri.

L'implementazione della cartella clinica elettronica integrata in reparto: ostacoli e vantaggi

De Luca A*, Stella F*, N D'Agostino***, Forte D**, Montevicchi A**, Eleuteri P***, Ciaffoni F***, Carancini A***.

*Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea – Roma

**Servizio Infermieristico aziendale

***Sistemi Informatici ed Alte Tecnologie aziendale

Parole chiave: cartella clinica elettronica integrata medico-infermieristica

INTRODUZIONE

L'informatizzazione nelle aziende sanitarie permette di tracciare e condividere il processo assistenziale del paziente in tempo reale da parte di più professionisti e al contempo di consentire l'accesso ad informazioni cliniche antecedenti al momento del ricovero/accesso ai servizi per avere un quadro completo dello stato clinico del paziente. È ampiamente dimostrata la facilitazione nella tracciabilità delle informazioni per scopi scientifici, di sorveglianza epidemiologica e di sanità pubblica.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea (AOSA) di Roma, in questo campo, è considerata una struttura tecnologicamente avanzata, difatti, sin dalla sua nascita, è stata prevista l'informatizzazione della maggior parte dei servizi presenti (SDO, centricity pacs, order entry, report di pronto soccorso), con conseguente sensibilizzazione del personale presente all'uso di strumenti innovativi. L'obiettivo di questo lavoro è descrivere la fase pilota del progetto di implementazione della Cartella Clinica Elettronica integrata medico-infermieristica (CCE-i) nei reparti di degenza ordinaria a ciclo continuativo di area non intensiva dell'AOSA.

MATERIALI E METODI

Il progetto si svolge in più fasi con un periodo iniziale che ha coinvolto solo alcuni reparti a ci-

clo continuativo, definiti "pilota". Dal Sistema Informatico Aziendale è stata sviluppata una prima versione della CCE-i integrata sulla base di indicazioni raccolte dalla Direzione Sanitaria nell'ambito di un gruppo di lavoro aziendale. Tale gruppo è costituito da rappresentanti medici e infermieri, denominati "facilitatori", dei reparti "pilota". Preliminarmente all'implementazione nei reparti della CCE-i, è stato organizzato un corso formativo che ha coinvolto i facilitatori. Dopo un mese circa di utilizzo è stato somministrato un questionario agli utilizzatori (medici, infermieri) della CCE-i per rilevare l'adesione al progetto e le eventuali criticità legate all'uso dello strumento informatico.

RISULTATI

Dai questionari è emerso un alto gradimento verso la CCE-i. Dalle domande rivolte ai medici è emersa una parziale criticità sull'uso della sezione dedicata alla terapia, soprattutto per la ricerca dei farmaci. Dalle domande rivolte agli infermieri è emersa la difficoltà di riportare e di consultare le sezioni riguardanti il piano di lavoro e le attività. In base alle segnalazioni pervenute sono state modificate le sezioni menzionate, organizzato un secondo corso specifico per il personale dei reparti pilota e pianificata l'implementazione delle nuove modifiche su CCE-i.

CONCLUSIONI

Il progetto qui presentato rappresenta una evoluzione dell'informatizzazione aziendale, in quanto prevede l'integrazione delle informazioni introdotte da due professionalità distinte quali quella medica ed infermieristica per rendere più rapido e agevole la gestione dei pazienti. La realizzazione di tale integrazione è stata raggiunta grazie al lavoro di equipe tra le diverse figure professionali dell'Azienda (dalla direzione sanitaria, ai sistemi informatici, al medico e infermiere che operano nei reparti di degenza). I medici ed infermieri, sono stati i veri protagonisti del progetto, in quanto dopo una fase pilota di utilizzo delle evoluzioni informatiche effettuate hanno dato un riscontro pratico all'eventuali criticità rilevate a cui l'Azienda ha risposto con conseguente risoluzione delle stesse.

Sperimentazione di una osservazione breve pediatrica presso l'U.O.C. di pediatria del P.O. "S. Elia" di Caltanissetta

Elia R.¹; Grimaldi L.²; Cirrone Cipolla A.²; Di Mattia P.²; Trobia B.³; Grossi I.⁴

1 Direttore Medico di Presidio, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta; 2 Dirigente di Direzione Medica di Presidio, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta; 3 Medico in formazione specialistica in Igiene e medicina preventiva, Università degli studi di Palermo; 4 Direttore Generale, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta

Parole chiave: OBP, inappropriatezza, qualità

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è assistito nel nostro Ospedale ad un progressivo incremento degli accessi al Pronto Soccorso che per le sue condizioni logistico - ambientali e per il continuo sovraffollamento mostra criticità di ricezione di pazienti pediatrici. Per superare evidenti rischi di inappropriatezza nel percorso diagnostico-terapeutico del bambino nella Unità Operativa di Pediatria, ove si registrava un abnorme afflusso per patologie che si traducevano in ricoveri di 0/1 giorno, trattandosi per lo più di situazioni che necessitavano unicamente di monitoraggio delle condizioni cliniche e/o di una stabilizzazione da attuare in tempi brevi (quali traumi cranici, dolori addominali di non completa pertinenza chirurgica, avvelenamenti o intossicazioni di varia natura, disidratazioni di lieve entità¹, ecc.) e al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e delle cure in regime di urgenza/emergenza, la Direzione Medica del Presidio ha istituito una Osservazione Breve Pediatrica (OBP). L'Osservazione Breve Pediatrica (OBP) è una modalità di assistenza ospedaliera, che non configura come ricovero, svolta presso l'U.O. di Pediatria per meglio monitorare e governare una domanda di risorse e prestazioni sanitarie, in un momento in cui la riorganizzazione della rete ospedaliera determina una progressiva riduzione dei posti letto. Già nel 1997 uno studio canadese² dimostrava la riduzione del

tasso di ospedalizzazione di bambini con asma dal 31 al 24% e dal 17 al 10% dei ricoveri 0-1 giorno in seguito all'istituzione di una O.B.P. L'efficacia di tale soluzione organizzativa nel favorire l'appropriatezza dei ricoveri si basa sulla possibilità, per gli operatori delle strutture, di utilizzare in forma concentrata nel tempo, appropriati strumenti diagnostici e terapeutici, nell'ambito di linee guida condivise, e/o di osservare, nel breve periodo, l'evoluzione del quadro clinico del paziente, prima di decidere circa la necessità del ricovero nei casi in cui questa non risulti già evidente dal quadro di presentazione del paziente al Pronto Soccorso, garantendo, così, una maggiore appropriatezza dei ricoveri nella struttura ospedaliera. L'O.B.P., quindi, oltre ad offrire qualità e comfort ai pazienti pediatrici in fase di accertamento, garantisce una risposta a quella parte di pazienti, stimabile in addirittura il 21% dei ricoveri³, che presenta sintomatologia e patologia tali da non permettere l'immediata dimissione dal P.S. e nemmeno una evidente necessità di ricovero. Le situazioni cliniche che giustificano l'O.B.P. sono quelle che necessitano di un iter clinico diagnostico e terapeutico di norma non inferiore alle 4 o superiore alle 24 ore.

MATERIALI E METODI

Per modificare la realtà esistente e prospettare delle soluzioni al problema identificato si è adottata la stra-

tegia della governance per coinvolgere tutti gli stakeholders (medici di Pronto Soccorso, Pediatri, Direzione Medica, infermieri di triage e di reparto, codificatori) così da avere tutti i punti di vista del problema. Si è deciso di riconvertire due posti letto che, sottratti alla degenza ordinaria, sono stati dedicati a tale tipologia di assistenza nonché di concordare percorsi diagnostico-terapeutici con i Pediatri ed i medici di Pronto soccorso anche al fine di definire i criteri di ammissione in OBP. Considerato che in atto questo gruppo di pazienti venivano comunque ricoverati impegnando già delle risorse, l'istituzione di tale O.B.P. è stata perseguita con personale medico e infermieristico esistente, senza alcun aumento di ore lavorate e quindi di costi.

RISULTATI

Da un punto di vista clinico, operativo e della qualità dell'assistenza l'O.B.P. ha da subito mostrato i suoi lati positivi per come previsto, riducendo inoltre la percentuale dei ricoveri 0/1 giorno da 7,3% nel 2011 a 3,1% nel 2013. Una criticità è emersa dal punto di vista di una sua precisa configurazione amministrativa. A tal proposito in Sicilia non esiste ad oggi una precisa connotazione in tal senso, per cui non si è potuto formalizzare e regolamentare ufficialmente tale attività. La Direzione Medica di presidio sta preparando una apposita documentazione da presentare all'ufficio regionale di competenza.

1 Mallory MD, Kadish H, Zebrack M, Nelson D. Use of a pediatric observation unit for treatment of children with dehydration caused by gastroenteritis. *Pediatr Emerg Care.* 2006 Jan;22(1):1-6.

2 Gouin S, Macarthur C, Parkin PC, Schuh S. Effect of a pediatric obser-

vation unit on the rate of hospitalization for asthma. *Ann Emerg Med.* 1997 Feb;29(2):218-22.

3 Bond GR, Wiegand CB. Estimated use of a pediatric emergency department observation unit. *Ann Emerg Med.* 1997 Jun;29(6):739-42.

Appropriatezza come driver di gestione di organizzazione nel Presidio Ospedaliero San Paolo di Bari

Guaccero A.^o; Mundo A; Leaci A.*

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

^o Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università di Bari

Parole chiave: appropriatezza, deospedalizzazione, DRG

INTRODUZIONE

L'aumento dei costi sanitari, contestualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali e regionali. Tuttavia il ricorso all'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri è ancora esteso e rappresenta una criticità da non sottovalutare ai fini della sostenibilità del sistema e della sua equità. Il Piano di Rientro 2010-2012 della Regione Puglia (DGR 2624 del 30/11/2010), prevedeva, tra le iniziative finalizzate al perseguimento dell'equilibrio economico, la riduzione dei ricoveri attraverso la deospedalizzazione e la contestuale riduzione dei costi strutturali sostenuti per l'assistenza ospedaliera. Obiettivo del presente studio è quello di valutare, attraverso alcuni indicatori tecnici e di attività, l'andamento dell'appropriatezza nel triennio 2011-2013, analizzando i Reporting Direzionali dell'U.O.C. Controllo di Gestione Aziendale.

MATERIALI E METODI

La Direzione Medica del P.O. San Paolo ASL Bari ha predisposto un Piano Attuativo per migliorare l'appropriatezza dei trattamenti ospedalieri attraverso il passaggio da ricoveri effettuati in regime ordinario a setting assistenziali alternativi.

Sono stati organizzati audit periodici con i Direttori delle UU.OO. interessate cui ha fatto seguito, per i DRG più frequenti tra i 108 a rischio di inapproprietezza, l'individuazione di percorsi assistenziali alternativi al ricovero, tra cui l'attività in Day Service

RISULTATI

Nel triennio analizzato, il numero complessivo dei ricoveri si è ridotto del 18%, la percentuale dei ricoveri con degenza < 2 giorni è scesa del 33%, le prestazioni ambulatoriali sono aumentate del 12%. Si è registrato inoltre un aumento del peso medio e dell'indice chirurgico. In particolare l'U.O. di Cardiologia – UTIC ha incrementato di 0,11 punti il suo peso medio, passando da 1,43 dell'anno 2011 a 1,54 del 2013, così come l'U.O. di Chirurgia Toracica, per quanto riguarda l'indice chirurgico, ha guadagnato 5 punti percentuali, dal 56% del 2011 al 61% del 2013. I DRG 160 (Ernia eccetto inguinale e femorale senza CC) e 162 (Ernia inguinale e femorale senza CC) e 243 (Afezioni mediche del dorso) si sono dimezzati.

Il DRG 88 (Malattia polmonare cronica ostruttiva) si è ridotto del 66%. Il DRG 184 (Esofagite, gastroenterite e miscelanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17 -eccetto urgenze-) è diminuita dell'83%. L'attività del

Day Service per Ipertensione arteriosa è aumentato del 25%, quello per Tunnel carpale del 43%.

I risultati mostrano che l'obiettivo della deospedalizzazione riconvertendo i ricoveri ordinari in setting assistenziali alternativi è stato raggiunto a favore di una maggiore appropriatezza dei ricoveri. Di fondamentale importanza è stato il lavoro in equipe della Direzione Medica di Presidio con i Colleghi Clinici, che svolgono attività assistenziale, attori principali nel garantire percorsi più efficaci ed efficienti.

È necessario sottolineare che il dilagare del fenomeno della "medicina difensiva" con pratiche diagnostico-terapeutiche non finalizzate ad assicurare la salute del paziente, ma a garantire responsabilità medico legali costituisce un ostacolo al raggiungimento di cure appropriate.

Inoltre la chiusura degli Ospedali limitrofi, associata alla mancanza sul Territorio di assistenza adeguata ed il perdurare di una visione dei cittadini ancora ospedalocentrica, continuano a determinare accessi impropri in Ospedale. In questo senso l'appropriatezza sarà raggiunta qualora l'assistenza sul Territorio potrà garantire la stessa efficacia dell'assistenza ospedaliera, realizzando un reale collegamento Ospedale-Territorio, finalizzato a qualità e sicurezza, non disgiunta dall'efficacia del sistema.

La consulenza etica in ambito sanitario. Le ragioni del progetto dell'IRCCS CROB

Roberta Martino*, Pasquale Francesco Amendola**

*collaboratrice a progetto in Bioetica Clinica presso l'IRCCS CROB di Rionero in Vulture (PZ);

**Direttore Generale dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture (PZ).

Parole chiave: Consulenza Etica Clinica

INTRODUZIONE

Il progetto di ricerca, trattato nella comunicazione, si propone di sviluppare nuovi modelli di comprensione e valutazione nell'agire assistenziale e scientifico, attraverso gli strumenti della Bioetica clinica e in particolare con la Consulenza di Etica Clinica.

MATERIALI E METODI

Identificazione e analisi di problematiche etico-morali presenti nella pratica clinica e nella sperimentazione clinica, mediante l'attività di un Bioeticista Clinico in un IRCCS oncologico.

RISULTATI ATTESI

miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria nel procedimento e conseguentemente nel risultato.

Per una sanità di valore, uno strumento particolarmente interessante è la "Consulenza Etica in ambito sanitario". SCOPO essenziale della Consulenza Etica in ambito sanitario è migliorare la qualità dell'assistenza nel processo e conseguentemente nel risultato, attraverso l'identificazione e l'analisi di problematiche etico-morali presenti nella pratica clinica. La consulenza di *Etica Clinica*, attraverso la razionalizzazione del processo decisionale, promuove una medicina che non agisce in modo intuitivo ed immediato, ma sceglie consapevolmente e perciò con responsabilità, giustificando criticamente le cause e le conseguenze dei suoi atti. La Consulenza di Etica Clinica facilita:

- il processo decisionale condiviso;
- l'orientamento dei familiari, degli operatori sanitari, tutori e altri decisori verso un'assistenza realmente centrata sul paziente in quanto persona e quindi

rispettosa della sua complessa e soggettiva multidimensionalità;

- la risoluzione di dubbi e/o conflitti etico-morali in un clima di ascolto, rispetto e attenzione agli interessi, ai diritti ed alle responsabilità di tutti i soggetti coinvolti.

Il processo decisionale condiviso

Nell'assistenza al paziente i medici, in adesione ai presupposti etici e deontologici connaturali alla loro professione, devono bilanciare l'obbligo di apportare benefici - principio di beneficenza - con l'obbligo di evitare o ridurre al minimo la possibilità di causare danni - principio di non maleficenza - (appropriatezza clinica), coniugando il rispetto dell'autonomia e dell'autodeterminazione del paziente (adeguatezza etica).

Obiettivi fondamentali:

- dare un'informazione al paziente ed agli arruolati in sperimentazioni cliniche, completa, comprensibile e recepita in merito alla diagnosi, alla prognosi, alle differenti opzioni diagnostiche e terapeutiche con il relativo profilo beneficio-rischio.
- integrare nel processo decisionale la prospettiva etico-morale del paziente, quindi i suoi valori e le proprie preferenze (adeguatezza etica). "Qual è il senso che il paziente in quanto persona attribuisce alla sua esistenza? Cosa rappresenta la malattia? Che significato conferisce alle differenti opzioni diagnostiche e terapeutiche ed ai relativi benefici e rischi? Come interpreta il rapporto benefici-rischi?"

Il processo decisionale condiviso, attraverso il miglioramento della relazione, della comunicazione medico-paziente, previene l'insorgenza di conflitti etico-morali significativi tra operatori sanitari

e pazienti/famiglie e costituisce un utile strumento per:

- garantire l'appropriatezza clinica e l'adeguatezza etica dei trattamenti;
- ottimizzare le risorse riducendo gli sprechi derivanti dagli eccessi diagnostici e terapeutici;
- incrementare la soddisfazione dei pazienti;
- ridurre il contenzioso medico-legale e la conseguente medicina difensiva;
- favorire l'adesione alle sperimentazioni cliniche.

Il ri-orientamento del processo di cura verso un'assistenza centrata sulla persona

Un'assistenza in cui le capacità tecniche del personale sono bilanciate da una formazione orientata allo sviluppo delle attitudini inter-relazionali, che garantiscono il rispetto della complessa ed individuale multidimensionalità del paziente in quanto persona sofferente e non mero corpo malato, restituisce agli attori del processo la consapevolezza che il proprio agire è conforme ad una buona medicina clinica, perché medicina etica, e che il lavoro è per questo organizzato in favore dell'effettivo bisogno. Ne consegue, per il personale, la legittimazione del proprio ruolo attivo e non burocratico.

La prevenzione e la risoluzione dei conflitti etico-morali

La riduzione dei conflitti etico-morali determina un contesto positivo ed un clima di rispetto e rassicurazione nell'ambiente lavorativo, caratterizzato in sanità anche dalla complessità della gestione dei vissuti esistenziali influenzati dal senso del vivere e del morire al quale la malattia oncologica rimanda costantemente, ricordando vulnerabilità dell'essere umano.

Il laboratorio analisi in Romagna: un esempio di servizio sovra aziendale

Paolo Masperi

Direzione Medica Centro Servizi A.USL della Romagna

Parole chiave: centralizzazione, efficienza, modernizzazione

INTRODUZIONE

Finita già negli anni novanta la fase di riorganizzazione strutturale in cui in Romagna si era dato corso alla chiusura dei piccoli ospedali con concentrazione di alcune funzioni, era ormai necessario sviluppare strategie diverse per fronteggiare l'evoluzione dei bisogni di salute e della domanda di servizi, viste le nuove conoscenze scientifiche e le disponibilità tecnologiche ed in presenza di una ormai cronica e diffusa scarsità delle risorse disponibili. L'idea che, agendo su segmenti di attività e sulle loro modalità di produzione, l'efficienza aziendale potesse ancora avere importanti margini di miglioramento portò quindi le Direzioni Generali delle ex AA.USL di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini a trattare problematiche di programmazione e di gestione di alcuni servizi su un bacino di riferimento più ampio di quello delle singole aziende.

MATERIALI E METODI

Nel 2009, con la realizzazione del progetto di centralizzazione dei Laboratori Analisi, nasce quindi il Centro Servizi di AVR come modello di gestione comune di servizi, realizzato per dare organicità ai rapporti di collaborazione e produrre efficienze senza ledere l'autonomia decisionale di ciascuna A.USL in termini di programmazione, organizzazione e gestione dei propri servizi.

Il Laboratorio Centralizzato di Riferimento di Pievesestina (LRif.) è il nodo centrale del Sistema di Patologia Clinica dell'A.USL della Romagna che realizza una rete formata dal LRif. e da 7 Laboratori a Risposta Rapida (LLRR). LRif. e LLRR costituiscono un "Laboratorio Unico" geograficamente distribuito che produce circa 18 milioni di esami/anno ed è alimentato da una rete di n.93 Punti Prelievo distribuiti sul territorio ed oltre 400 punti prelievo ospedalieri per i pazienti ricoverati nei 15 Presidi Ospedalieri presenti in Romagna. L'attività specialistica e tutta quella destinata ai pazienti ambulatoriali è garantita nel LRif. di Pievesestina mentre nei LLRR, è prevista l'esecuzione h. 24 delle urgenze e delle analisi di base (di supporto alla funzione diagnostica e al follow-up terapeutico) per i pazienti ricoverati.

RISULTATI

L'andamento dei costi di produzione dell'insieme dei Laboratori Analisi dal 2004 al 2009 evidenzia un trend incrementale coerente con le dinamiche che caratterizzano l'andamento del costo degli altri servizi. A partire dal 2010, invece, per la Patologia Clinica si registra un'inversione di tendenza del trend dei costi di sistema che mostra un andamento in riduzione.

La percentuale di assorbimento del finanziamento regionale da parte del Sistema di Patologia

Clinica, dimostra che l'attuazione del progetto di riorganizzazione ha realizzato una riduzione dell'impegno sul bilancio complessivo delle 4 ex AAUSL della Romagna che, se rapportato all'assetto precedente, si traduce in un minor costo del 5% circa già nel 2010, primo anno intero di attività con la nuova organizzazione, del 15% circa nel 2011 e del 19% circa del 2012, pur avendo effettuato investimenti in tecnologie informatiche, strumentali, impiantistico-strutturali e professionali che hanno completamente rinnovato e modernizzato il sistema dei Laboratori Analisi della Romagna.

Oltre a quello del Laboratorio Analisi, oggi sul Centro Servizi sono realizzati anche i progetti di centralizzazione della Genetica Medica, dell'Officina Trasfusionale, della Logistica Economale e Farmaceutica e delle attività della Banca Regionale della Cute e del Derma e di criopreservazione di cellule staminali emopoietiche.

La reingegnerizzazione dei processi organizzativi di alcuni plessi operatori nell'AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania

Mattaliano A. R. *, Lazzara A. **

* Direttore Medico di Presidio - Direzione Medica PP.OO. V. Emanuele - Ferrarotto

** Direttore Sanitario Azienda. "AOU Policlinico – Vittorio Emanuele" di Catania

Parole chiave: riorganizzazione, meno sprechi, più efficienza

INTRODUZIONE

La consapevolezza della limitazione delle risorse disponibili spinge oggi più che nel passato ad individuare strumenti e metodologie organizzative finalizzate alla riduzione dei costi mantenendo l'obiettivo di un utilizzo più efficiente delle risorse delle organizzazioni ospedaliere. In tale contesto, è noto come il complesso operatorio rappresenti una delle strutture più complesse e costose di un ospedale.

MATERIALI E METODI

La reingegnerizzazione dell'attività di S.O. non può prescindere

dall'uso dei seguenti indicatori: tasso di utilizzo del reparto operatorio in relazione al potenziale della risorsa infermieristica; tasso di utilizzo del reparto operatorio in relazione della risorsa anestesiologicala richiesta; impegno infermieristico; puntualità; incompleto utilizzo della seduta operatoria; grado di ottimizzazione nell'utilizzo della seduta operatoria; tasso di dispendio della seduta operatoria; costi della risorsa infermieristica; costi della risorsa anestesiologicala. Sono stati raccolti ed analizzati i dati di attività (gen./mag. 2013) relativi a 10 S.O. ripartite in 4 plessi dello stesso PO per un totale di 422 sedute.

RISULTATI

Le inefficienze possono essere ricondotte a quattro categorie di cause:

- Team medico non pronto
- Paziente non pronto
- Risorse fisiche momentaneamente non disponibili
- Programmazione non rispettata.

I risultati dell'analisi sono stati portati al vaglio della Direzione Strategica che li ha sottoposti al Collegio di Direzione per una programmazione condivisa degli interventi correttivi necessari in ordine a: durata calibrata degli interventi, inclusi i tempi di startup e di setup; collaborazione maggiore tra U.O. e servizi di supporto per garantire il puntuale arrivo del paziente in sala operatoria con la documentazione completa; valutazione anestesiologicala con disponibilità degli esami diagnostici di routine in tempo utile; inizio anticipato del turno del team per evitare la maggior parte dei tempi di startup. Oltre a costituire uno degli obiettivi di budget della DMP, lo studio ha contribuito a migliorare il livello di consapevolezza degli operatori sui margini di miglioramento attuabili con conseguente drastico ridimensionamento delle "pretese" nell'assegnazione di ulteriori sedute operatorie che, altrimenti, avrebbero condotto ad ulteriori sprechi nella previsione di sedute operatorie aggiuntive, dimostrando l'importanza che può assumere il ruolo di una DMP nella governance di una linea di attività ospedaliere.

	Indicatori	Modalità di calcolo	Risultato	
1	Tasso utilizzo/ risorsa infermieristica	ore mensili di attività chirurgica / ore disponibilità teorica SO	64%	
2	Tasso utilizzo/ risorsa anestesiologicala	ore mensili di attività chirurgica / ore impegno anestesiologicalo	80%	
3	Puntualità inizio intervento	n. sedute nella fascia oraria / totale sedute	prima ore 8	0%
			ore 8-8,30	54,6%
			ore 8,30-9	20,9%
			ore 9-10	19,0%
			ore 10-11	3,4%
	oltre ore 11	2,1%		
4	Incompleto utilizzo sala operatoria (precoce fine attività chirurgica)	n. sedute nella fascia oraria / totale sedute	dopo ore 14	34,4%
			ore 13,30-14	36,2%
			ore 13-13,30	9,5%
			ore 12-13	10,4%
			ore 11-12	6,4%
	prima ore 11	3,1%		

Tabella 1 - Valori degli indicatori rilevati nel periodo gennaio-maggio 2013

Monitoraggio dell'attività ambulatoriale ed appropriatezza prescrittiva con il nuovo software PADDI

Messori Ioli G.^o, Bo M.^{oo}, Traina M.^{ooo}, Zardo L.^{oooo}, Ripa F.^{*}, Di Legami V.^{**}, Oddo F.^{***}, Favella L.^{****}, Dore M.^{*****}.

^oDirigente medico – Responsabile S.S. Controllo di Gestione - ASL TO5; ^{oo}Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino; ^{ooo}Direttore Distretto Sanitario Chieri – ASLTO5; ^{oooo}Direttore Sanitario Aziendale – ASLTO5; ^{*}Direttore S.C. Controllo di Gestione - ASL TO4; ^{**}Dirigente medico – Direzione Sanitaria P.O. Chieri - ASL TO5; ^{***}Collaboratore esterno CSI Piemonte; ^{****}CSI Piemonte; ^{*****}Direttore Generale – ASL TO5

Parole chiave: specialistica ambulatoriale, tassi di prescrizione, governo clinico

INTRODUZIONE

Con DGR - 25-6992/2013 la Regione Piemonte ha approvato i Programmi operativi 2013-15, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro. Rilevato uno scostamento fra la proporzione media di prestazioni per assistito (p/a) erogate in Piemonte rispetto a quella nazionale, con DGR - 15-7486/2014 sono stati introdotti dei tetti specifici ai tassi di prescrizione e di utilizzo per l'attività specialistica ambulatoriale:

- specialistica ambulatoriale totale: 13,37 p/a
- diagnostica di laboratorio: 9,57 p/a
- diagnostica per immagini: RMN: 0.0805 p/a; TAC: 0.0683 p/a
- terapia fisica (RRF): 0.2928 p/a.

Poiché per monitorare l'andamento dell'attività prescrittiva aziendale è necessario disporre in tempi rapidi di informazioni appropriate e correttamente strutturate, si è deciso di sviluppare un applicativo informatico in grado di elaborare e presentare i dati relativi alle prestazioni oggetto di valutazione.

MATERIALI E METODI

Il Controllo di Gestione ha progettato un'interfaccia grafica in collaborazione con il Consorzio per il Sistema Informativo (CSI Piemonte), svilup-

pando un applicativo informatico (PADDI) in grado di visualizzare i tassi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali a diversi livelli di dettaglio (aziendale, distrettuale, per équipe, per singolo MMG/PLS).

La fase di sviluppo dell'applicativo ha richiesto diversi mesi. I Direttori dei Distretti e la Direzione Generale sono stati coinvolti già in fase di programmazione, favorendo un confronto critico sull'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate. Terminata la fase di sviluppo, è stato consentito l'accesso ai dati a ciascun professionista tramite il sistema RUPAR e sono state organizzate riunioni di équipe nei 4 distretti sanitari dell'Azienda per promuovere il confronto sui dati disponibili.

RISULTATI

L'applicativo PADDI fornisce tassi di erogazione delle prestazioni monitorate, aggiornati mensilmente (tab. 1). Sono stati identificati scostamenti rispetto agli obiettivi regionali su specialistica ambulatoriale totale, diagnostica di laboratorio, RMN e terapia fisica sia a livello aziendale che dei singoli distretti (tab. 2) ed una notevole variabilità nei tassi di erogazione a favore dei pazienti dei singoli MMG e PLS. Sulla base dei dati rilevati sono stati declinati obiettivi annuali specifici per i MMG/PLS ed è stato progettato un corso di formazione rivolto a MMG/PLS per approfondire aspetti specifici dell'appropriatezza prescrittiva.

Tipi prestazioni	2013			2014			PRESCRIZIONE Complessiva (obiettivo regionale)
	Quantità prescritta	Importi	Data prescrizione	Quantità erogata	Importi	Data erogazione	
Totale Assistenza Specialistica	2.828.574	€ 41.842.036	16.3672	2.832.516	€ 32.038.212	16.8407	1,0172
di cui Diagnostica di Laboratorio	1.808.038	€ 10.021.029	9.3753	1.718.719	€ 7.202.020	9.8756	0,7898
di cui Tomografia Magnetica	48.761	€ 3.088.342	0,0060	17.175	€ 2.007.797	0,0060	0,0060
di cui TAC	8.022	€ 1.428.028	0,0022	9.889	€ 1.121.878	0,0031	0,0120
di cui Terapia Fisica	53.772	€ 108.862	0,0013	18.938	€ 118.918	0,0034	0,0034

Tabella 1. Applicativo PADDI – schermata relativa ai tassi di prestazioni di livello aziendale-periodo gen-lug 2014-ASL TO5.

Analisi di genere o gender auditing

Monti P.*, Goretti P.** , Scaramelli R.***, Corti V.****

*Direttore Sanitario; **Direttore S.C. Qualità e Gestione del Rischio; ***Staff S.I.T.R.A.), ****Segreteria Direzione;
A.O. della Provincia di Lecco

Parole chiave: gender, auditing e disuguaglianza

INTRODUZIONE

Il bilancio di genere o Gender budgeting è l'adozione di scelte che riducano la disuguaglianza di genere. In Sanità si fa tuttavia gender auditing, cioè si analizza l'attività effettuata per valutare se ha modificato l'ineguaglianza.

MATERIALI E METODI

Dati ISTAT, INPS, e del Ministero del Lavoro evidenziano che le donne sono più povere degli uomini (53,4% vs 33,6% < 1.000 euro/mese); hanno meno tempo libero (3,13 ore vs 4,00); 9% degli uomini accudisce i figli.

Inoltre: donne hanno malattie croniche più degli uomini; subiscono più incidenti domestici; si sottopongono di più ai controlli; le vittime di violenze non sporgono denuncia. Alla luce di questo, abbiamo analizzato quanto fatto nel triennio.

RISULTATI

UOMINI E DONNE UTENTI SSN. Sono stati garantiti: Screening Mammografico, Partoanalgesia, IVG, Sportello Stalking, Progetto Parrucche, Carta Servizi "un ospedale sempre più vicino alla mamma e al bambino", Mediazione Culturale in Ospedale. Garantendo i servizi in entrambi i Presidi si è evitato che il fattore tempo nei trasporti ne limitasse la fruizione da parte delle donne. Il progetto parrucche,

che affronta la perdita dei capelli dopo chemioterapia, ha riguardato 615 donne, grazie a 12 parrucchieri e 7 volontari.

La mediazione culturale ha costituito una presenza fissa in Pronto Soccorso, Malattie Infettive, Ostetricia; nel 2013 l'attività è stata utilizzata da più di 600 donne con oltre 1900 interventi.

UOMINI E DONNE LAVORATORI. Attività realizzate: Sostegno alla genitorialità, Sicurezza, Contributi Nido Aziendale, eventi del Comitato Unico di Garanzia (CUG).

Il sostegno alla genitorialità ha consentito scelte responsabili di gravidanze. Si è garantita flessibilità di un'ora in ingresso per l'accompagnamento del bambino al nido/ nonni; incremento part-time per favorire rientri in servizio dopo il parto; affiancamento di 20 ore al rientro dalla gravidanza, per ridurre il disagio.

Telecamere collocate in aree poco presidiate hanno garantito maggior sicurezza alle lavoratrici. I contributi Aziendali al Nido (utenze a carico dell'AO) hanno contenuto la retta per le madri lavoratrici.

UOMINI E DONNE EROGATRICI DEL SERVIZIO. Convegno: "Donne messe all'angolo" e "Anche la salute è una questione di genere"; Istituzione Breast Unit; Ricerca Neurologia su "Gender differences in clinical outcome for acute cerebrovascular events"; Trigger Tools, riduzioni ecografie in gravidanza.

I convegni sul femminicidio hanno sensibilizzato dipendenti sulla

necessità di intercettare episodi di violenza. Si è lavorato sulle ecografie inappropriate in gravidanza per evitare spese ingiustificate, tempo perso e utilizzo inappropriato di servizi.

UOMINI E DONNE CHE ASSISTONO I FAMILIARI: Ampliamento orari ambulatori; Prenotazioni e ritiro referti dal domicilio; Sostegno Associazioni volontariato.

Il supporto alla donna che assiste il familiare malato è stato fornito da maggiori orari di apertura degli ambulatori, ritiro referti a domicilio e prenotazioni telefoniche. Il sostegno alle associazioni di volontariato, attraverso sede e utenze gratuite, garantisce "in cambio" somministrazione del pasto agli anziani, accompagnamento pazienti per radioterapia, o la breve sostituzione del genitore che accudisce il bambino ricoverato.

I costi della cronicità: la sfida del dato, l'esempio del diabete in Azienda ULSS 20 di Verona

Nesoti M.V.*, Bovo C., Costa P.^{°°}, Girotto S.^{**}, Battaglia A.^{**}, Dal Zotti F.^{**}, Andreoli C.^{**}, Sovran C.^{**}, Vaona A.^{**}, Rigon G.^{**}, Capra C.^{***}, Trentin L.^{°°}, Andretta M.^{°°}, Bonavina MG[°]

[°] Direzione Generale Azienda ULSS n. 20 VR, ^{*} Direzione Sanitaria Azienda ULSS n.20 VR; ^{**} MMG Verona; ^{***} UOC Medicina ULSS n. 20 VR; ^{°°} Servizio Farmaceutico, ULSS n. 20 VR, ^{°°°} UOC Servizio Assistenza Specialistica ULSS n. 20 VR

Parole chiave: cronicità, costi, diabete

INTRODUZIONE

Il calcolo dei costi di una patologia cronica come il diabete, utilizzando le stesse metodologie attuabili per la patologia acuta appare complesso. L'Azienda ULSS 20 attraverso l'utilizzo dei flussi aziendali e la reportistica della medicina generale ha effettuato un'analisi che sottolinea l'importanza del contributo di tutti gli attori del sistema salute per la valutazione dell'impatto economico delle patologie croniche.

MATERIALI E METODI

Nel 2010, in Azienda ULSS 20, è stata condotta un'analisi dei dati dei flussi aziendali che ha evidenziato che la spesa sanitaria totale per il diabetico era maggiore in tutti gli ambiti assistenziali. Vi è però una fascia di popolazione diabetica che è intercettata solo dal medico di medicina generale (MMG), perché non presente nei flussi aziendali. Sulla base dell'Accordo Aziendale, fin dal 2008 i MMG raccolgono in modo strutturato importanti dati clinici sul diabetico ≥ 75 anni non insulino-dipendente, e l'ULSS 20 collega sistematicamente questo flusso ai flussi aziendali.

RISULTATI

I MMG assistono 9.352 diabetici ≥ 75 anni. Di questi, 6.794 sono stati oggetto della rilevazione dei MMG

nel 2012 (circa il 72%). Dal linkage con i flussi aziendali, 1.052 residenti sono identificati come diabetici solo dal MMG e non compaiono nei flussi aziendali. Ricercati dunque attraverso i flussi aziendali 2012, i 6.794 soggetti hanno effettuato 2.351 ricoveri. In linea del tutto generale è possibile affermare che il "costo" attribuibile a tali ricoveri è di 10.168.799,74 euro, con un costo medio di 4.325 euro/ricovero. Va però sottolineato che l'analisi riguarda una popolazione di fascia di età avanzata e affetta da comorbidità importanti. I 6.794 assistiti nel 2012 hanno effettuato 301.437 prestazioni specialistiche, non tutte relative alla patologia diabetica, per la stragrande maggioranza di laboratorio.

Il valore in base alle tariffe del Nomenclatore Tariffario Regionale vigente è pari a 3.846.728,92 euro. Ma il quadro epidemiologico attuale, con la forte presenza di soggetti in età avanzata e affetti da polipatologia, impone un più preciso inquadramento del fabbisogno assistenziale e, di conseguenza, dei costi. Si è dunque provveduto a utilizzare l'analisi fornita dal software ACG (Adjusted Clinical Groups). Dei 6.794 assistiti, 249 (il 3,7%) non sono stati intercettati da ACG che identifica invece 9.162 persone con condizione di diabete over 74 anni (il dato è molto simile a quello dei flussi aziendali naturalmente). Se si effettua il linkage delle due

fonti informative (MMG e ACG) si ottiene che 961 pazienti sono considerati diabetici dai MMG ma non da ACG perché per es. solo in terapia dietetica; 3.582 pazienti sono invece considerati diabetici da ACG e non dai MMG; si tratta di pazienti insulino-trattati (circa 1.071) o non ricompresi nei flussi o afferenti a MMG non aderenti al Patto aziendale. Il sistema ACG suddivide i 6.545 assistiti in 93 categorie mutuamente esclusive basate sulla combinazione individuale di ACG, età e sesso. Tale categorizzazione è il punto di partenza per una serie di analisi successive come, per esempio, il raggruppamento ulteriore degli assistiti in base al consumo atteso di risorse. Con ACG è possibile inoltre valutare il numero di condizioni croniche calcolato per ogni soggetto e i relativi costi procapite. In conclusione: l'analisi dei flussi aziendali permette di trarre elementi di determinazione della prevalenza e dei costi delle patologie croniche sulla base di elementi non sufficienti a valutare il reale disease burden. Il valore aggiunto dal privilegiato osservatorio della medicina generale è indiscutibile per ampliare e stimare in modo più realistico il dato di prevalenza e di costo. L'analisi attraverso ACG della popolazione ottenuta dal linkage delle due fonti consente di introdurre e valorizzare il "bias" della comorbidità.

Applicazione di un algoritmo decisionale informatizzato nell'ambito dei processi di hospital based HTA

R. Papa*, C. Martini*, M. Tocchini***, V. Cola**, L. Incicchitti*, F. Luzi*, L. Polenta*, M. Sebastiani*, G. Mazzarini#, G. Serafini*

AOU Ospedali Riuniti Ancona: *Direzione Medica Ospedaliera; **SOD Farmacia; ***Laboratorio Analisi; #Scuola di Specializzazione In Igiene e Med. Prev.

Parole chiave: EBM, HTA

INTRODUZIONE

Il processo di Health Technology Assessment (HTA) all'interno di un'organizzazione sanitaria richiede una rigorosa valutazione delle evidenze disponibili in maniera sistematica e trasparente in modo da integrare le varie dimensioni che caratterizzano l'HTA e mettere i decisori in condizione di poter scegliere rispetto all'acquisizione di una nuova tecnologia. Purtroppo però la disomogenea diffusione di Commissioni Aziendali con funzioni di HTA su tutto il territorio nazionale caratterizzate dalla forte variabilità nei diversi percorsi metodologici non consente di garantire proprio quegli obiettivi di sistematicità e trasparenza richiesti dal metodo. Per queste ragioni l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona ha deciso di sperimentare un algoritmo decisionale informatizzato capace di standardizzare la metodologia di valutazione delle tecnologie sanitarie rendendo sistematico e trasparente il processo stesso. Un importante endpoint secondario è stato quello di ampliare l'ambito di valutazione anche alla dimensione etica.

MATERIALI E METODI

Sono state sottoposte ad un diagramma di flusso capace di pesare criteri di efficacia ed etici 5 tecnologie studiate dalla Commissione HTA Aziendale nel corso del primo semestre del 2014 utilizzando

strumenti già disponibili in letteratura opportunamente modificati per garantirne la fruibilità a livello ospedaliero. Gli strumenti introdotti sono stati: il metodo GRADE della Cochrane Collaboration per quanto riguarda la valutazione di efficacia e la checklist proposta dall'EunetHTA (Modificata dall'Istituto di Bioetica dell'Università del Sacro Cuore) per la dimensione etica.

Sebbene l'applicazione del metodo GRADE richieda tempo aggiuntivo per condurre l'analisi, la valutazione è stata effettuata in un periodo ragionevole.

RISULTATI

In generale l'adozione dell'algoritmo ha dimostrato la possibilità di migliorare la valutazione delle prove di efficacia secondo criteri oggettivi e trasparenti. Mentre senza l'adozione di questo algoritmo decisionale molte tecnologie vengono valutate con la definizione di "evidenza insufficiente", con il nuovo approccio, le prove di efficacia vengono graduate come di qualità "bassa" o "molto bassa", migliorando la trasparenza a livello decisionale quando la Commissione si deve esprimere rispetto all'acquisizione. Inoltre la possibilità di integrare in maniera standardizzata altre dimensioni (come quella etica) rende la valutazione più completa e più sostenibile per tutti gli stakeholders.

Allo stesso tempo bisogna ricono-

scere che una commissione che si orienti verso questo approccio ha comunque bisogno di risorse aggiuntive finalizzate alla raccolta dei dati utili all'analisi critica.

L'applicazione del framework ha l'importante vantaggio di consentire ad un gruppo multidisciplinare di comprendere immediatamente la qualità delle evidenze, pesare benefici e danni e tenere in considerazione i valori per i pazienti valutandone le implicazioni.

In conclusione appare evidente il valore aggiunto rappresentato dalla possibilità di omogeneizzare e standardizzare la metodologia di valutazione limitando la variabilità tra diverse commissioni e panel di esperti e promuovendo un processo culturale virtuoso mirato a selezionare le tecnologie realmente necessarie in un'epoca di risorse finite.

È parere degli autori che un algoritmo decisionale basato su strumenti validati dalla letteratura debba essere introdotto in tutti gli ospedali del Servizio Sanitario Nazionale come criterio di accreditamento di tutte le Commissioni che intendono svolgere e svolgono attività di Hospital Based HTA.

Ospedale di Aosta, Bed Management (BM): analisi di indicatori di attività ospedaliera (anni 2008-2014)

R. Papalia*, C. Galotto**, L. Peano***, A. Gorraz°, G. Del Vescovo°, M.G. Canta°, R. Novati*

*Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio, **Direttore Medico di Presidio, Direzione Medica di Presidio,

***Dirigente Medico, Pediatria, °Coordinatore Infermieristico, Direzione Medica di Presidio, °°Infermiere, Direzione Medica di Presidio, Azienda USL Valle d'Aosta

Parole chiave: Bed Management, regolamento, indicatori

INTRODUZIONE

A seguito del peggioramento dei flussi paziente, aggravato dal fatto che l'Ospedale di Aosta per ragioni geografiche è quasi impossibilitato a trasferire altrove pazienti di Pronto soccorso destinati al ricovero, nel 2011 è stata decisa l'adozione di un regolamento di BM con le funzioni ad esso correlate, i cui obiettivi erano il miglioramento dei flussi paziente in entrata da Pronto Soccorso (PS) e in uscita verso il territorio, e il miglioramento del clima interprofessionale.

MATERIALI E METODI

Il regolamento (Fig. 1) è così strutturato:

- Il P.S. decide il ricovero e il reparto di destinazione del paziente;
- Lo specialista di riferimento accoglie il paziente in reparto in caso

di disponibilità del posto letto;

- Se il posto letto in reparto non è disponibile lo specialista ricerca il letto dapprima all'interno del dipartimento, successivamente all'interno dell'area di appartenenza, da ultimo in tutto l'Ospedale;

- In tutti i casi il tempo di permanenza in PS del paziente di cui è stato deciso il ricovero non deve superare i sessanta minuti.

- Il team di BM (Direzione Medica di Presidio) è di supporto h24 per le eventuali difficoltà

La Direzione Medica di Presidio ha effettuato un'analisi degli indicatori di attività ospedaliera elencati in Tab.1 dall'anno 2008 al primo semestre 2014, stratificati per area medica e area chirurgica, pre-post adozione del regolamento BM. I parametri più significativi sono stati sottoposti ad elaborazione statistica.

RISULTATI

L'adozione del Regolamento BM ha determinato una riduzione statisticamente significativa della degenza media (da 8,3 giorni nel 2011 a 7,42 giorni nel 2014), delle giornate outlier (da 12 giorni nel 2011 a 7,74 giorni nel 2014) e dei ricoveri lunghi e molto lunghi (decremento dal 2011 al 2014 rispettivamente del 8,5% e del 22,4%), inoltre si è osservata riduzione pre e post del tasso di occupazione dei posti letto e dell'indice di rotazione. Sono invece leggermente aumentati i ricoveri molto brevi (durata 24-48 ore) e, soprattutto, l'età media dei pazienti ricoverati. (Tab. 1) In conclusione, il Regolamento del BM ha determinato un complessivo miglioramento degli indicatori sanitari di attività ospedaliera. Occorrerebbe, invece, effettuare una revisione del regolamento che potenzi la continuità assistenziale Ospedale-Territorio per ridurre i ricoveri molto brevi e l'età media dei pazienti ricoverati.

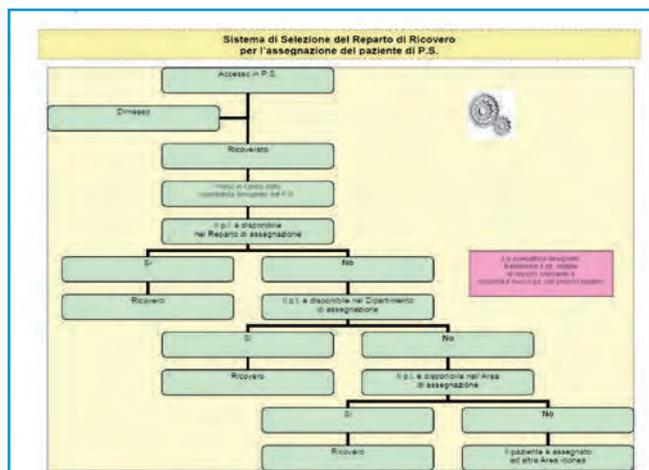


Fig. 1 – Sistema di assegnazione del Paziente di PS nel reparto di ricovero

AREA OSPEDALIERA							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	1° sem 2014
posti letto medi ordinari	422	419	416	422	431	423	422
- di cui deceduti (%)	3,3	3,7	4	4,2	4,2	3,5	3,75
età media	52,3	52,3	52,7	52,5	53,15	54,15	54,85
degenza media	7,8	8,1	8,2	8,3	7,9	7,76	7,42
occupazione media	79,7	80,9	82,3	81	76,5	77,61	79,22
giornate outlier (%)	4,21	10,57	10,88	12	9,4	9,06	7,74
ricoveri molto brevi (24-48 ore), in %	21,2	21,7	20,8	20,9	21,7	21,7	22,13
ricoveri lunghi (15-23 gg, in %)	7,5	8	7,6	7,1	7,2	6,8	6,5
ricoveri molto lunghi (> 24 gg, in %)	4,9	5,5	5,6	5,8	5	5,26	4,5
indice di rotazione	37,3	39,5	36,7	35,8	35,4	36,52	19,33
intervallo di turnover	1,99	1,91	1,8	1,9	2,4	2,24	2,0

Tab. 1 – Trend 2008-2014 degli indicatori sanitari di attività dell'Ospedale Regionale di Aosta.

Applicazione del day service chirurgico in età pediatrica

Francesco Pecci*, Giovanni Saggiomo, Beniamino Pascotto**, Landino Fei**, Renato Pascotto

U.O. Chirurgia Pediatrica P.O. SS. Annunziata – AORN Santobono-Pausilipon Napoli

* Direzione Medica P.O. SS. Annunziata – AORN Santobono Pausilipon Napoli

** U.O.C. Fisiopatologia Chirurgica Apparato Digerente SUN

Per day service chirurgico si intende, in realtà, una chirurgia ambulatoriale complessa. È un livello assistenziale intermedio tra day surgery e chirurgia ambulatoriale, riservato a quelle patologie che, per la breve durata dell'intervento, possono essere dimesse entro un paio d'ore. La vera differenza con la day surgery è il superamento del vincolo del posto letto tradizionale che, nella day surgery è il vero limite al numero di interventi praticabili. È il concetto di "Day Care" dove i posti letto perdono la loro valenza di posti letto equivalenti o tecnici e non rientrano nello standard di dotazione fissato a livello nazionale e regionale. I LEA ci impongono il passaggio al regime ambulatoriale di alcune patologie e la riduzione drastica dei posti letto per abitante, in Italia, ha spostato l'attenzione degli operatori verso la deospedalizzazione anche del paziente chirurgico. Oggi la day surgery si applica anche a patologie più complesse e una day surgery efficace ed efficiente non può accomunare interventi che durano fino a due ore ed interventi che durano pochi minuti. Per questi ultimi c'è il day service chirurgico. Se ciò è valido per gli adulti, perché non estenderlo anche ai bambini? Di qui il nostro studio: si possono trattare anche in età pediatrica alcune patologie in day service e riservare la day surgery a patologie più complesse?

MATERIALI E METODI

Per tre anni abbiamo testato la dimissibilità entro due ore dal termine dell'intervento dei piccoli operati in day surgery, continuando un nostro studio già parzialmente concluso nel luglio 2013. Si tratta di 817 piccoli pazienti, di età compresa tra 6 mesi e 14 anni, operati nel periodo giugno 2011-maggio 2014; abbiamo verificato che, se l'intervento dura 40-45 minuti, il 100% dei bambini dopo 2 ore può essere dimesso. Abbiamo selezionato le relative patologie: ernia inguinale ed idrocele, neoformazioni cute e sottocute, linfadenopatie, ascessi, paronichie, frenuli vari.

PROPOSTA

La attuale scarsa invasività chirurgica ed anestesiológica, con ripresa delle funzioni del piccolo paziente operato entro un paio d'ore, per interventi di breve durata, ci ha spinto a considerare, come modello organizzativo assistenziale, il day service chirurgico pediatrico.

È un modello applicabile ad interventi la cui durata prevista non va oltre i 40 minuti, con protocolli e percorsi simili alla day surgery, ma senza necessità del posto letto amministrativamente inteso. L'osservazione postoperatoria è affidata a due unità infermieristiche in un ampio spazio adiacente, ma

esterno, al complesso operatorio, definito P.A.C.U. (post anesthetic care unit).

Tale spazio è dotato di letti attrezzati, separati da pannelli scorrevoli, sotto la supervisione di un anestesista; è prevista e consentita la presenza dei genitori. Il setting assistenziale va concordato con la Regione con apposito protocollo di intesa e remunerazione da stabilire (un'ipotesi potrebbe essere il 70 % della remunerazione del DRG in day surgery + un eventuale ticket a carico del paziente?). Punti di forza del day service chirurgico sono:

1. la mancanza del vincolo del posto letto, che consente di effettuare un maggior numero di interventi al giorno;
2. la possibilità di programmare sedute operatorie oltre le ore 14, limite temporale degli interventi effettuati in day surgery, sino alle ore 17;
3. la riduzione dei costi fissi che vengono "spalmati" su più interventi;
4. l'abbattimento delle liste di attesa con conseguente riduzione dei tempi di attesa;
5. l'inserimento di nuove patologie più complesse in day surgery. Naturalmente la brevità del contatto medico-infermiere-paziente impone un maggiore impegno professionale, una organizzazione capillare, una attenta comunicazione, una corretta informazione e, non ultimo, una tecnica chirurgica particolarmente "pulita, rapida ed essenziale".

Analisi del Flusso Organizzativo della Medicina d'Urgenza del P.O. San Paolo di Napoli attraverso un modello di simulazione ad eventi discreti

A.Pepino, M. Papa, A. Torri, O. Tamburis, A. Mazzitelli, A. Ciullo

INTRODUZIONE

Nel presente lavoro è stato analizzato tramite la tecnica DES il reparto di Medicina D'Urgenza del P.O. S. Paolo al fine di verificare in modo analitico analizzare la incidenza delle diverse voci di costo nella composizione del costo reale del singolo paziente in raffronto alla valorizzazione per DRG.

Il reparto preso come caso di studio è quello in cui confluiscono la maggior parte dei ricoverati nel presidio, ovviamente si tratta in genere di pazienti gravi che hanno bisogno di cure continue quindi un'analisi dei processi permette di migliorare l'organizzazione del reparto.

METODI

L'analisi dei processi è stata effettuata tramite la simulazione ad eventi discreti, questa tecnica ampiamente adoperata per la analisi dei processi industriali è stata adottata tramite un software da caratteristiche particolari in termini di fruibilità ed interfaccia utente tale da renderlo particolarmente indicato per valutare le prestazioni di un sistema complesso come un reparto di medicina d'urgenza. Nella prima fase del lavoro sono stati raccolti i dati da inserire nella simulazione, la maggior parte dei dati sono stati ottenuti mediante interviste al personale ed all'osservazione diretta delle attività cercando in questo modo di quantificare l'impegno richiesto nello svolgimento delle attività prese in considerazione. Nella seconda fase è stato costruito il modello che rappresenta al meglio il sistema reale, sono state individuate le attività e sono stati attribuiti i costi unitari in relazione alla frequenza e all'intensità di impiego da parte dell'oggetto di costo, il paziente.

Nella fase finale è stato eseguito il modello e sono stati interpretati e validati i risultati ottenuti con il controllo di gestione aziendale.

RISULTATI E CONCLUSIONI

I risultati ottenuti mostrano una buona aderenza tra i costi presunti ed i costi calcolati dal modello anche in raffronto al valore della tariffa DRG, questo consente di utilizzare il modello per analizzare in via preventiva possibili correttivi organizzativi alla gestione del reparto.

Le cure intermedie nella gestione del post-acuzie: l'esperienza dell'Azienda Sanitaria di Firenze

Perillo G.* , Bellini F.** , Guarracino A.*** , Belli S.°, Rossi C.°, Filippini M.P.°, Bonanni A.^^ , Gori E.^^

*Dirigente medico - SOC Pianificazione attività sanitarie e gestione ospedale-territorio, Azienda Sanitaria Firenze

**Direttore ff. SOC Pianificazione attività sanitarie e gestione ospedale-territorio, Azienda Sanitaria Firenze

***Dirigente ingegnere - SOS Reporting, controllo e obiettivi di budget dell'area sanitaria, Azienda Sanitaria Firenze

°Ingegnere - SOS Reporting, controllo e obiettivi di budget dell'area sanitaria, Azienda Sanitaria Firenze (fino al 31/07/2014)

°°Dirigente infermieristico - SOS Assistenza Infermieristica Firenze, Azienda Sanitaria Firenze

°°°Assistente sociale - Servizio Sociale Dimissioni Complesse, Azienda Sanitaria Firenze

^^Fisioterapista - UO Riabilitazione Funzionale Zona Firenze, Azienda Sanitaria di Firenze

^^Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Firenze

Parole chiave: cure intermedie, continuità assistenziale, uso efficiente delle risorse

INTRODUZIONE

La riorganizzazione dell'offerta dei servizi territoriali volti ad assicurare la continuità assistenziale e soddisfare i bisogni dei pazienti dimessi dai reparti ospedalieri con inserimento in appropriati percorsi di post-acuzie è diventato un tema di rilevanza strategica per i sistemi sanitari regionali in considerazione di molti fattori tra cui:

- invecchiamento della popolazione e aumento del carico delle malattie croniche;
- necessità di assicurare ai pazienti cure efficaci con risorse sempre più limitate;
- evoluzione dell'assistenza ospedaliera rivolta sempre più al trattamento di patologie acute;
- recente normativa nazionale che prevede il contenimento dei posti letto ospedalieri.

Una delle possibili risposte assistenziali post-acuzie è rappresentata dai servizi di cure intermedie. A livello nazionale e internazionale non esiste una definizione univoca di cure intermedie. La Regione Toscana col Piano Sanitario 2008-2010 e la DGR 431/2013 le identifica in un range di servizi integrati che spaziano dall'assistenza domiciliare nei vari gradi di complessità a varie forme di risposta residenziale con l'obiettivo di facilitare la dimissione precoce e sicura

dall'ospedale, favorire il recupero dopo un evento acuto o riacutizzato, evitare i ricoveri ospedalieri inappropriati e ridurre l'utilizzo della lungodegenza e dell'istituzionalizzazione.

MATERIALI E METODI

In linea con la DGR 431/2013 l'Azienda Sanitaria di Firenze ha attivato, come modello di cure intermedie per la gestione del post-acuzie, moduli di degenza a bassa intensità di cure sub-acute convertendo posti letto di lungodegenza o medicina delle case di cura private accreditate.

Il modello organizzativo dei moduli di bassa intensità prevede:

- ingresso attraverso la procedura aziendale per la gestione delle dimissioni complesse con segnalazione al centro di Coordinamento Dimissioni Complesse (che gestisce tutte le risorse attivabili nella fase di post-acuzie) dei casi mediante scheda di valutazione multidimensionale compilata dagli ospedali invianti che indica il setting appropriato alle necessità del paziente;
- presenza medica in orario diurno 7 giorni su 7 con responsabilità clinica del paziente a carico del medico della struttura;
- assistenza infermieristica h24;
- riabilitazione estensiva (30 min/die) con predisposizione di un piano

di trattamento che coinvolge i fisioterapisti e il personale infermieristico;

- integrazione con i servizi sociali territoriali;
- tariffa giornaliera di 118,79 euro comprensiva dei costi relativi all'assistenza, diagnostica di base, erogazione di farmaci e presidi.

RISULTATI

Nel 2013 sono stati attivati 73 letti in moduli di degenza a bassa intensità di cure sub-acute, in aggiunta ai 13 in sperimentazione dal 2007, e sono stati gestiti 1365 casi. Nel 2014 i posti letto attivi sono diventati 106.

Nello stesso arco temporale c'è stata la riduzione di 90 posti letto di lungodegenza con un risparmio annuo di circa 1.100.000 euro e possibilità di rientro negli standard regionali di dotazione di posti letto ospedalieri. La conversione dei posti letto non ha comportato costi aggiuntivi e ha consentito di mantenere un buon livello di continuità post-dimissione.

Le attività di cure intermedie, orientate al rientro a domicilio, hanno aumentato l'appropriatezza dell'assistenza, ridotto i costi ospedalieri dovuti a ricoveri ripetuti, impropri e prolungati ed hanno avuto un impatto significativo sul sistema consentendo un uso più efficiente delle risorse.

Dalla Dismissione del punto nascita all'attivazione del Percorso Nascita presso l'Ospedale di Mistretta

M. Portera

Direttore Medico del P.O. e del Distretto di Mistretta

Parole chiave: dismissione, parto, nascita

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, nella Regione Siciliana, il piano di rientro ha determinato un profondo ed importante cambiamento del S.S. R. Le dinamiche attuate hanno sovvertito la precedente organizzazione e innescato nuovi processi che mirano a garantire appropriatezza e sicurezza clinica ai pazienti e al personale sanitario. Il passaggio culturale si è rivelato molto difficile per l'utenza la quale improvvisamente è stata costretta a modificare le proprie abitudini in merito alle modalità di accesso ai centri di erogazione delle prestazioni sanitarie.

OBIETTIVI

1. Far crescere la consapevolezza nella popolazione in merito ai cambiamenti riguardanti l'organizzazione e i servizi, resi con modalità e in condizioni diverse.
2. Gestire in sicurezza i parti in emergenza-urgenza.
3. Evitare l'insorgenza di complicanze di atti sanitari.

STRATEGIA

Nel settembre 2010, è stato stilato un cronoprogramma, che aveva come obiettivo la maturazione e la presa di coscienza di quanto stava accadendo, sia per gli utenti che per il personale sanitario. Dal punto di vista organizzativo, è stato realizzato un progetto assistenziale integrato Territorio-Ospedale in grado di garantire:

1. L'assistenza e il sostegno alla donna, alla coppia e al neonato dal periodo

preconcezionale al puerperio, consentendo maggiore sicurezza, umanizzazione e appropriatezza nella gestione della gravidanza e del parto;

2. Il supporto in emergenza al pronto soccorso di tutte le attività di ostetricia.

Il tutto è stato predisposto per ridurre al massimo l'impatto negativo sulla popolazione, nonostante il verificarsi di momenti di tensione sfociati in manifestazioni che hanno coinvolto gran parte della popolazione. Nella prima fase successiva alla chiusura del punto nascita, sono state attuate delle azioni volte a migliorare, in termini di sicurezza, appropriatezza e qualità, il percorso nascita onde raggiungere gradualmente gli standard previsti dal documento tecnico del Ministero della Salute.

RISULTATI

Il modello realizzato, pur se con molte criticità, ha tenuto conto delle abitudini della popolazione al fine di guidarla nel migliore dei modi all'interno del percorso nascita. La prima tappa è stata quella di accompagnare con apposito STAM tutte le pazienti che necessitavano di assistenza ostetrica all'ospedale di riferimento. La seconda tappa è consistita nel creare due percorsi paralleli distinguendo tra le gravidanze fisiologiche, gestite dal consultorio familiare, e le gravidanze patologiche, gestite da un ginecologo del percorso nascita.

Il percorso si è mosso su tre linee progettuali:

- la focalizzazione sul servizio e sulla sua qualità;

- la centralità della paziente;
- il miglioramento continuo della qualità.

In applicazione delle direttive sul percorso nascita nel 2013, le gravide sono state seguite sino alla trentaduesima settimana di gestazione dal ginecologo consultoriale e dalla trentatreesima settimana dal ginecologo del percorso nascita, che le prepara per l'invio al punto nascita di fiducia.

DISCUSSIONE

La costruzione di una rete basata sul principio della continuità assistenziale, attraverso percorsi specifici per gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio, ha permesso di realizzare l'Integrazione territorio-ospedale garantendo la presa in carico della gestante, l'umanizzazione della nascita e il superamento dei modelli organizzativi pre-piano di rientro. Considerato, inoltre, che il punto nascita più vicino dista più 50 km dal Presidio ospedaliero di Mistretta, viene garantito alla donna tutto il monitoraggio pre e post partum e la stessa è costretta a spostarsi solo per l'evento parto che viene espletato in condizioni di sicurezza. L'esperienza fatta ci insegna che l'utilizzo di tutti gli strumenti necessari per garantire la sicurezza del percorso nascita, l'aggiornamento, l'implementazione e la diffusione della Raccomandazione del Ministero della Salute sono stati gli strumenti più utili, ad oggi, a permettere di azzerare, presso il P.O. di Mistretta, il rischio di mortalità materna e infantile fra le pazienti seguite.

Indagine conoscitiva su antisepsi e disinfezione tra gli operatori di un policlinico universitario

Maddalena Pozzi*, Alessio De Luca**, Costanza Baratta*, Filippo Berloco*, Matteo Raponi***, Fabrizio Celani*

* Direzione Rischio Clinico e Igiene Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma

** UOC Farmacia Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma

*** Istituto di Sanità Pubblica Sezione di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Parole chiave: antisepsi, disinfezione

INTRODUZIONE

Dal giugno 2013 ad ottobre 2013 è stata effettuata un'indagine conoscitiva per rilevare il grado di conoscenza degli operatori sanitari sui temi della disinfezione e dell'antisepsi in ospedale. In particolare si è voluto testare in modo analitico il livello di preparazione dei lavoratori prima dell'avvio di un articolato progetto di formazione che ha comportato in primo luogo l'emanazione di specifiche policy aziendali in tema di igiene ambientale e igiene delle mani. Successivamente è prevista l'elaborazione di ulteriori documenti dedicati all'antisepsi cutanea e alla preparazione del campo operatorio, al ricondizionamento dei dispositivi medici, alla gestione degli accessi vascolari centrali. Il progetto prevede inoltre un capillare intervento sul campo focalizzato in particolare sull'igiene delle mani.

MATERIALI E METODI

Ai fini dell'indagine è stato predisposto un questionario da rivolgere ad un campione di operatori sanitari rappresentativo dell'intera popolazione lavorativa. Sono state incluse nel progetto 26 unità operative di diversa tipologia e disciplina: Reparti, Ambulatori e Day Hospital di area medica, chirurgica, oncologica,

intensiva e Sale Operatorie. Sono state coinvolte differenti figure professionali: infermieri, coordinatori infermieristici, ausiliari e operatori tecnici dell'assistenza (OTA), medici dipendenti e in formazione. Il questionario completo, riservato solo agli infermieri e ai Coordinatori infermieristici comprendeva 36 domande: 29 domande a scelta multipla e 7 domande aperte.

Gli argomenti toccati dall'indagine inclusi riguardavano l'utilizzo degli antisettici (13 domande), l'igiene delle mani (3 domande), la gestione del catetere venoso centrale (3 domande), la decontaminazione degli articoli sanitari (4 domande), la comprensione dei simboli della sicurezza (3 domande) e infine le pulizie ambientali (10 domande).

Per i medici e gli specializzandi è stata utilizzato un form con meno items.

Complessivamente i questionari sono stati somministrati a 150 operatori sanitari distribuiti come segue:

- 74 tra infermieri e coordinatori infermieristici (49,3% del campione)
- 26 tra ausiliari e OTA (17,3%)
- 50 medici (33,3%).

La compilazione dei questionari è avvenuta sempre alla presenza di un membro del gruppo di lavoro appositamente istituito.

RISULTATI

Sono risultate corrette il 52,3% delle risposte. Le performance migliori sono state riscontrate nei coordinatori infermieristici (55,5%) e nei medici dipendenti (54,6%). Il dato, certamente non soddisfacente, si spiega parzialmente con il grado di difficoltà insito nelle domande selezionate, volutamente alto. L'obiettivo infatti è quello di raggiungere un grado di preparazione elevato in tutti gli operatori sanitari, al termine del progetto formativo brevemente illustrato in precedenza.

Analizzando con maggiore dettaglio i risultati dell'indagine è interessante rilevare la scarsa conoscenza del clorossidante elettrolitico rispetto allo iodopovidone e sui limiti dell'acqua ossigenata; l'errata destinazione dell'antisettico per tutte le ferite incluse le suture chirurgiche; la scarsa conoscenza sul metodo che danneggia meno la cute e sull'indicazione per mani visibilmente sporche. Infine la scarsa conoscenza sulla decontaminazione dei materiali e sulle diluizioni dei prodotti da impiegare per le pulizie ambientali.

Umanizzazione ed accoglienza: l'esperienza del P.O. Gubbio Gualdo Tadino

T. Tedesco¹, N. Buonora², A. Micheletti³, N. Donti⁴, D. Pacchiarini⁵

¹Direttore Medico P.O. Gubbio Gualdo Tadino; ²Medico in formaz. Direzione Medica P.O. Gubbio Gualdo Tadino;

³Psicologa Distretto Alto Chiascio; ⁴UO Sviluppo Qualità e Comunicazione USLUMBRIA 1; ⁵Direttore Sanitario USLUMBRIA 1

Parole chiave: umanizzazione, qualità percepita, semplificazione del percorso assistenziale

INTRODUZIONE

Considerando l'Accoglienza il momento strategico del percorso assistenziale che consente di creare le basi per il rapporto di fiducia fra operatore e utente, la direzione medica del PO di Gubbio Gualdo Tadino ha attivato il Progetto Accoglienza in ospedale, progetto pilota dell'Azienda USL Umbria 1, volto a migliorare la qualità percepita e la semplificazione dei percorsi assistenziali.

Gli Obiettivi sono:

- Migliorare l'ascolto ed il riconoscimento dei bisogni dei pazienti e dei loro familiari
- Migliorare ed uniformare le modalità d'accoglienza ed informazione in ospedale
- Rafforzare le sinergie tra operatori e Associazioni di volontariato dei pazienti, rendendo anche i volontari "facilitatori" dei percorsi assistenziali.

METODI

Il progetto prevede la costituzione di focus group, formati da operatori e referenti delle Associazioni per:

- la definizione e condivisione di una procedura di Accoglienza e Presa in carico per ogni UO/Servizio
- l'individuazione per ogni UO/Servizio di un Responsabile dell'Accoglienza, operatore
- che garantisca l'applicazione della procedura
- l'istituzione di una rete di Faci-

litatori dell'Accoglienza, operatori e volontari che svolgono attività di ascolto, orientamento del paziente all'interno delle strutture, informazione su servizi e percorsi di cura

- la creazione di punti di ascolto ed informazione.

RISULTATI

E' stato attivato un corso di formazione che prevede una parte teorica, per l'approfondimento dei principi dell'umanizzazione in ospedale, ed una parte di esercitazioni pratiche volte all'individuazione dei punti di forza e criticità delle singole UO nella fase di Accoglienza del paziente ed alla formulazione della procedura.

Sulla base di questo lavoro di partecipazione e condivisione:

- gli operatori della UO di Senologia insieme alle volontarie dell'Associazione Eugubina per la Lotta contro il Cancro hanno redatto la Procedura per l'Accoglienza nella UO di Senologia ed implementato le attività del Punto di Ascolto ed Informazione Fiore di Loto. Quest'ultimo, svolge attività di accoglienza e ascolto delle richieste telefoniche e dei bisogni emotivi delle donne con tumore al seno, garantendo informazione e sostegno ai familiari.
- I volontari dell'Associazione Diabetici Eugubini, in collaborazione con il Servizio Diabetologia, hanno realizzato il front-office punto di ascolto-diabetologia. Il Punto di Ascolto, in continuità con le in-

dicazioni del Piano sulla malattia diabetica, che valorizza le Associazioni come partner per lo sviluppo di programmi e attività di informazione/educazione dei pazienti e dei caregiver, svolge attività di: front-office, gestione della sala d'attesa, accoglienza delle richieste telefoniche, informazione relativa alla malattia, all'assistenza, ai diritti del Diabetico, all'organizzazione del percorso assistenziale.

CONCLUSIONI

L'accoglienza è uno dei più importanti indicatori di qualità percepita. Per questo è strategico coinvolgere gli operatori, anche attraverso una specifica formazione fortemente interattiva, per la costruzione di procedure standardizzate d'Accoglienza condivise con le Associazioni di volontariato dei pazienti. Integrare le Associazioni come interlocutori stabili nella fase dell'Accoglienza attraverso la creazione di Punti di Ascolto e Informazione può fornire un ulteriore contributo all'umanizzazione dell'organizzazione. La sinergia così realizzata rappresenta uno strumento efficace per il miglioramento della relazione operatore sanitario-utente.

La revisione secondo i principi del lean thinking del percorso di farmaci e documentazione nelle aree di degenza

Turello D.

Lean Project Manager, Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Sant'Antonio di San Daniele del Friuli

Parole chiave: lean thinking, processo, milk-run

INTRODUZIONE

In ambito internazionale sono numerose le esperienze di applicazione dei principi e metodi lean in ambito sanitario con eccellenti risultati rispetto a eliminazione degli sprechi presenti nei processi e miglioramento degli outcome per il paziente. L'applicazione dei principi del lean in sanità genera:

- un'organizzazione dei servizi centrata sul paziente e sul processo assistenziale;
- una maggiore qualità delle cure e una maggiore sicurezza per il paziente;
- un aumento della produttività, a parità di risorse impegnate;
- un setting operativo migliore con standard work ben definiti, la chiave per un miglioramento continuo.

Avvicinare al paziente ciò che è necessario alla sua gestione (farmaci, materiali, documentazione, ecc) permette di eliminare importanti sprechi, quali:

- movimenti inutili;
- attese;
- difetti nei processi;
- scorte.

MATERIALI E METODI

Per il presente studio sono state utilizzate le seguenti tecniche lean:

- VA/NVA analysis;
- milk-run;
- kanban system;
- e i seguenti strumenti:
- VA/NVA chart;
- kanban/supermarket;
- milk-run tools;

- spaghetti chart.

Il team ha strutturato il seguente piano di azione in ottica 5W2H:

- elenco e misurazione delle fasi "a valore/non a valore" (VA/NVA) per il paziente;
- realizzazione di un prototipo di contenitore della documentazione, dei materiali e dei farmaci da collocare in prossimità del letto del malato;
- standardizzazione di una procedura per il rifornimento del contenitore con ciò che è necessario per la cura e l'assistenza del paziente (milk-run);
- presentazione e condivisione del progetto con gli operatori presenti in reparto;
- sperimentazione del nuovo modello di lavoro;
- verifica dei risultati e del gradimento del nuovo modello operativi.

RISULTATI

Come è rappresentato nella spaghetti chart, i risultati della sperimentazione dimostrano una sensibile riduzione degli spostamenti dell'operatore.

Per quanto riguarda i tempi operativi, è stata misurata:

- una diminuzione del 21.8% del tempo impiegato dall'operatore per svolgere le NVA non evitabili;
- una diminuzione del 71.6% del tempo impiegato dall'operatore per svolgere la NVA evitabili;
- in totale una diminuzione del 35,2% del tempo impiegato dall'operatore per svolgere la stessa attività di assistenza;
- un forte gradimento da parte degli operatori coinvolti nella sperimentazione, grazie alla diminuzione del tempo impiegato a spostamenti inutili per reperire materiali, farmaci e documenti, a favore di una maggior presenza nei luoghi di cura.

La sperimentazione, pertanto, ha dimostrato che il modello organizzativo testato permette un aumento della produttività, a parità di risorse impegnate in un setting operativo migliore.

ATTIVITA'	VA/NVA	FAITTORE Moltiplicativo	CURRENTE	
			TEMPO (min)	TEMPO (min)
TRASPORTO CARRELLO A LETTO DEL PAZIENTE	NVA2	1	25	10
VERIFICA IDENTITA' PAZIENTE	NVA1	1	10	10
LETTURA PRESCRIZIONE	NVA1	6	8,3	8,3
PRELIEVO GIUSTO FARMACO	NVA1	6		
CONTROLLO SCADENZA				
PREPARAZIONE FARMACO				
TRASPORTO FARMACO A LETTO DEL PAZIENTE				
SOMMINISTRAZIONE FARMACO				
RIORDINO	NVA1	6		
REPERIRE FARMACO MANCANTE	NVA1	11		
INTERRUZIONI	NVA1	2	60	60
RIPRISTINO FARMACI	NVA1	2	72	42
TOTALE			824,5	534,4

- 21,8% NVA1

- 71,6%

- 35,2 % TEMPO INFERMIERE

Non cadiamo dalle Nuvole: Hendrich II Fall Risk Model nel IRCCS Policlinico San Donato (PSD)

V. Villa*, M.T. Cuppone*, M. Cristiano**, T. Tissino**, A. D'Acquisto*, F. Ramondetti*, G. Gallo***, T. Fiorini**, L. Carpinelli*

*Medici Direzione Sanitaria IRCCS Policlinico San Donato

**Infermieri SITRA IRCCS Policlinico San Donato

***Responsabile Sistema di Gestione per la Qualità IRCCS Policlinico San Donato

Parole chiave: Risk management, cadute, "Hendrich II Fall Risk Model"

INTRODUZIONE

Le cadute dei degenti e i danni conseguenti impattano in modo significativo sugli outcome ospedalieri, sull'indipendenza funzionale del paziente e sulla spesa sanitaria, soprattutto all'interno delle fasce di popolazione più anziane e fragili. Anche per questo si rende utile la ricerca e la validazione di strumenti che possano stratificare il rischio permettendo l'implementazione di strategie mirate al contenimento delle cadute.

Obiettivo di questo studio è confermare la validità predittiva del "Hendrich II Fall Risk Model adattato" già testata durante lo studio pilota (Se 69%, Sp 73%, RR 7.1, IC95% 2,3-22).

MATERIALI E METODI

Lo studio prospettico è stato condotto dalla Direzione Sanitaria dell'ospedale in collaborazione con il SITRA del IRCCS Policlinico San Donato (PSD) in tutti i reparti di degenza ordinaria.

Per ogni paziente è stata compilata la scheda di valutazione del rischio caduta (HIIFRM adattato*) all'inizio della degenza. Il periodo in esame va dal 24 Febbraio 2014 all'15 Agosto 2014.

I pazienti sono stati classificati in base allo score derivante dalla HIIFRM e divisi come a rischio

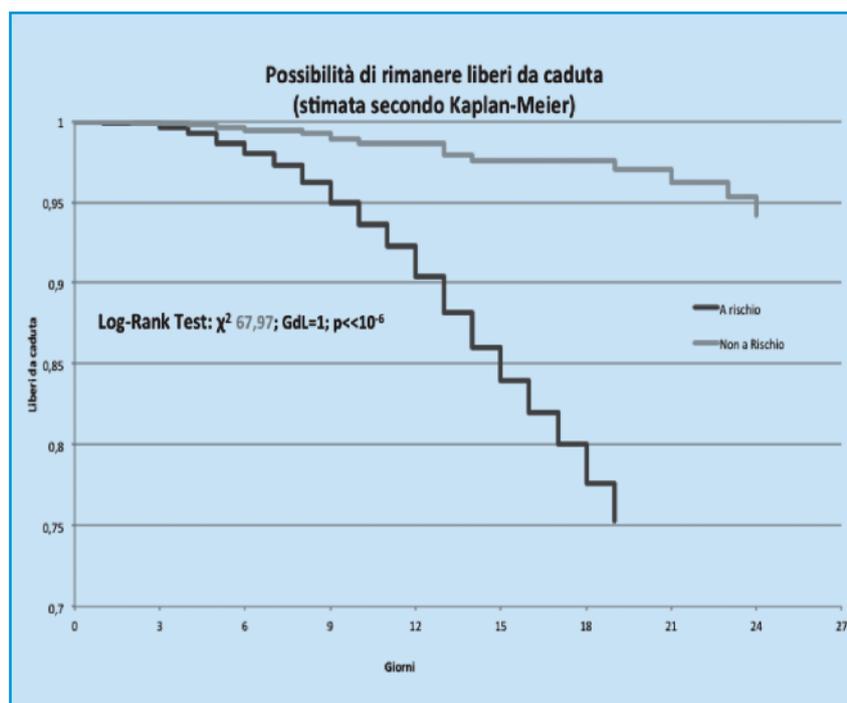
e non a rischio in base al cut-off della scala (score 5). La probabilità di rimanere liberi da caduta nel tempo è stata stimata in entrambi i gruppi con il metodo di Kaplan-Meier e il Log-rank test ad un grado di libertà è stato utilizzato per confrontare le due curve.

RISULTATI

Lo studio ha arruolato 3800 pazienti (50% dei pazienti ricoverati nel periodo e nelle unità operative in studio); la scheda di valutazione è stata compilata nel 94%

dei casi il giorno dell'ingresso. 623 pazienti sono stati valutati a rischio caduta (16.4 %), 45 dei quali sono caduti durante il periodo d'osservazione (7.2 %); tra i pazienti valutati non a rischio 24 (0,08 %) sono caduti.

La differenza di probabilità di rimanere liberi da caduta nel tempo nei due gruppi è statisticamente significativa (Log-rank test: χ^2 67,97; GdL 1; $p < < 10^{-6}$). Il rischio relativo di caduta per i pazienti a rischio è 9,6; l'intervallo di confidenza al 95% del RR è: 5,8-15.



*Durante lo studio pilota è stato aggiunto l'item UTILIZZO di ANTIPERTENSIVI

Efficacia del programma Dimissione Protetta e Difficile (Di.Pro.Di.) nella cura dei pazienti affetti da Scompenso Cardiaco

L.Vittorioso*, S.Verde**, C.Casaburi**, A. De Martino*, A.Villani**, G.Volpe****, F.Schiraldi***

* Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. San Paolo ASL Na 1 Centro

** Dirigente Medico UOC Medicina d'Urgenza e PS del P.O. San Paolo ASL Na 1 Centro

*** Direttore UOC Medicina d'Urgenza e PS del P.O. San Paolo ASL Na 1 Centro

**** Direttore Dipartimento Assistenza Primaria e Continuità delle Cure ASL Na 1 Centro

Parole chiave: dimissione protetta e difficile; scompenso cardiaco; qualità delle cure

INTRODUZIONE

La sproporzione tra domande di ricovero e disponibilità di posti-letto obbliga ad ottimizzare i tempi di ricovero, favorendo una dimissibilità precoce dei pazienti, anche se non del tutto stabilizzati, con modalità "protetta". Dal 2004 il PO San Paolo ASL NA1 Centro, ha attivato un servizio di assistenza domiciliare: Dimissione Protetta e Difficile (Di.Pro.Di.). Il territorio su cui si attiva il nostro servizio ha una estensione di 30,72 km² con una popolazione di 211.015 utenti di cui il 20,57% ha un'età superiore ai 65 anni. Al fine di rivalutare l'efficacia del progetto sono stati analizzati l'Indice di Mortalità e l'Indice di Re-ospedalizzazione in un gruppo di pazienti (pz) affetti da Scompenso cardiaco (SC) a 1-2-3 mesi dalla dimissione.

MATERIALI E METODI

I soggetti sono stati divisi in 3 gruppi:

Gruppo controllo (CG)

Sono stati selezionati 36 pz, sovrapponibili per caratteristiche cliniche, non coinvolti nel programma Di.Pro.Di. e ricoverati presso il PO S. Paolo, da maggio 2012 al maggio 2013. L'età media dei pz era di 79,5 (± 9,55). Abbiamo calcolato il numero di re-ospedalizzazioni e il numero totale dei giorni trascorsi in ospedale, nei primi tre mesi dopo il primo ricovero. Dall'analisi condotta abbiamo rilevato un totale di 22 re-ospedalizzazioni

(61% dei pazienti), con una media di 0,94 re-ospedalizzazioni per pz. Abbiamo misurato, inoltre, un massimo di tre ricoveri in ospedale per un pz. Le giornate totali di degenza sono state 468 per il CG, con una media di 11,0 ± 6,67 giorni per ogni pz.

Gruppo trattato prima del reclutamento nel programma

Da febbraio 2011 al febbraio 2012, 32 pz sono stati ricoverati con una diagnosi di SC. Per 12 di loro abbiamo misurato retrospettivamente i ricoveri, le re-ospedalizzazioni, il soggiorno ospedaliero, durante l'anno prima di essere reclutati nel programma di Di.Pro.Di. Dai nostri dati risulta che 10 dei 12 pz sono stati nuovamente ricoverati più di una volta, per un totale di 11 re-ammissioni (83,3% dei pz), con una media di 1,83 re-ospedalizzazioni per pz. Abbiamo misurato un massimo di quattro ricoveri ospedalieri per un pz. Nell'anno precedente il

reclutamento, le giornate di degenza totali sono state di 138 giorni, con una media di 11,5 ± 7,3 giorni per ogni pz.

Gruppo trattato, dopo il programma

Abbiamo misurato, per lo stesso gruppo nei tre mesi dopo l'iscrizione nel programma, 8 re-ospedalizzazioni (25% dei pazienti); le giornate di degenza totali sono state di 34, con una media di 1,06 ± 2,05 giorni per ogni pz.

RISULTATI

Da questo studio preliminare si evince che la Di.Pro.Di. riduce in maniera significativa sia le re-ospedalizzazioni che il tempo di soggiorno in ospedale. Inoltre, l'educazione del paziente e dei familiari reclutati incidono favorevolmente sull'aderenza alla terapia e lo stile di vita anche nel lungo tempo.

	Totale	si	no	%
CG	36	22	14	61.11%
TG prima DpD	12	10	2	83.33%
TG dopo DpD	32	8	24	25.00%

Tab. 1: rischio di re-ospedalizzazione

	Pazienti	Giornate medie di degenza
CG	36	11.00±6.67
TG prima DpD	12	11.05±7.23
TG dopo DpD	32	1.06±2.05

Tab. 2: Giornate di degenza a tre mesi dopo il primo ricovero.

PULIRE 2.1

THE SMART SHOW

Pulizia
per la qualità
della vita

Verona
19-21
maggio
2015

ORGANIZZATO DA

afidamp
SERVIZI srl

Per informazioni:
Segreteria organizzativa Afidamp Servizi Srl,
Via Felice Casati, 32 - 20124 Milano (MI) - Italy
Phone: +39 02 67.44.58.1
e-mail: info@pulire-it.com - www.pulire-it.com

LOCATION


VERONAFIERE

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

Boccalone P¹, Boccalone E², Mensorio M¹ Pianese E. ³Matarazzo G. ⁴

¹Dirigente medico – Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale S. Anna e S. Sebastiano – Caserta

² Scuola di Medicina Seconda Università degli Studi di Napoli

³ Responsabile UOSD Pronto Soccorso Pediatrico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Durata osservazione OBI Pediatrica
1/1– 31/8 2014**

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

**Durata osservazione OBI Pediatrica
1/1 – 31/12 2013**

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

Enterococcus faecium

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

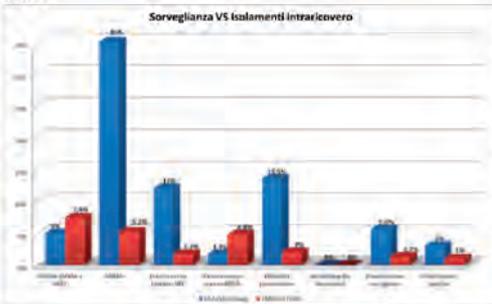
D'Acquisto A.*, Ramondetti F.*, Villa V.*, Carpinelli L.*, Gallo G., Tassinio T.**, Cristiano M.**, Gaia P.***, Tejada M.***, Costa E****, Cuppone M.T.*

Keywords: ESKAPE, Active Surveillance Cultures, Pediatric Cardiac Surgery

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

Nonostante i progressi nel controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) (1,2), le infezioni da organismi multiresistenti agli antibiotici (MDRO) rimangono un'importante causa di morbilità e mortalità. I pazienti cardiocirurgici pediatrici restano tra coloro a più elevato rischio di sviluppare infezioni. Secondo i dati dei Centers for Disease Control and Prevention (2) attualmente i 2/3 di tutte le ICA sono causate dagli ESKAPE (4, fig.1) e sono difficili se non impossibili da trattare (1-5). Nell'arco di un anno solare su una coorte di 230 pazienti cardiocirurgici pediatrici, tra 0 e 19 anni, affetti da cardiopatie congenite, abbiamo effettuato **culture di sorveglianza attiva** (CSA) (6) per la ricerca di colonizzazioni da ESKAPE preesistenti al ricovero presso il Policlinico San Donato. 79 sono residenti in Italia e 151 provengono da altri Paesi.

Figura 1



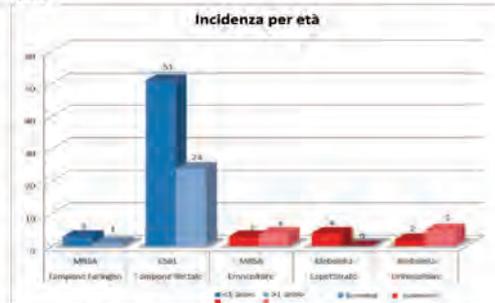
Obiettivo: descrizione delle CSA e dell'incidenza di batteriemie in cardiocirurgia pediatrica.

Sul totale dei tamponi di screening, 1,7% degli infanti osservati risulta colonizzato a livello delle vie aeree superiori per *Staphylococcus aureus* meticillina resistente (MRSA). Il 35% presenta una colonizzazione rettale per GRAM - [Klebsielle produttrici di Carbapenemasi (KPC) + produttori di betalattamasi ad ampio spettro (ESBL)] e il 3% da VRE. Rispetto alla letteratura internazionale i nostri pazienti risultano colonizzati in ingresso da un solo GRAM - per il 12% in più, mentre da KPC+VRE o KPC+ESBL (colonizzazione multipla) del 31% in più (7). Di tutti i materiali clinici intraricovero il 31% risulta positivo per ESKAPE sia esso per

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

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

Figura 2



Considerata l'alta prevalenza di isolamenti di MRSA da emocoltura durante il ricovero (fig.2) che raddoppia quasi rispetto agli isolamenti da tamponi in ingresso, può utile una decolonizzazione con mupirocina o clorexidina nei pazienti pediatrici portatori di MRSA(8)? Attualmente è chiaro che solo un bundle e non una singola misura può impedire la loro propagazione (9). Le misure minime indispensabili non sono note e le società scientifiche pubblicano raccomandazioni diverse anche all'interno di una stessa nazione (10). La decolonizzazione dei pazienti e degli operatori sanitari è probabilmente la misura più contestata nella lotta contro gli MRSA e la letteratura dà pareri discordanti per giustificare una decolonizzazione di routine dei pazienti e/o del personale portatore di MRSA. Tuttavia, in assenza di un intervento, i pazienti rimangono colonizzati per anni (11) e nella maggior parte delle epidemie da MRSA, la fonte è un paziente. Le CSA restano verosimilmente la misura più importante, insieme all'igiene delle mani e alle misure di isolamento standard, volta all'identificazione dei serbatoi nascosti di MRSA. L'isolamento per contatto impedisce nuove colonizzazioni e lo sviluppo di ulteriori infezioni.

REFERENCES

1. <http://www.cdc.gov/getsmart/healthcare/>
2. www.cdc.gov/handhygiene
3. 5 Million Lives Campaign. How-to Guide: Reduce Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) Infection. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuideReduceMRSAInfection.aspx>
4. Boucher, HW et al. No ESKAPE! New Drugs Against MRSA, Other Superbugs Still Lacking. ISDA Web Reference. Bad Bugs, No Drugs: No ESKAPE! An Update from the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infect Dis.* 2009; 48:1-12.
5. Guidelines for Prevention and Control of Infections Due to Antibiotic-Resistant Organisms, March 2010, Florida Department of Health Division of Disease Control Bureau of Epidemiology 850.245.4401 http://www.doh.state.fl.us/disease_ctr/epi/leg/GuidelinesAntibioticResistant3-5-10%202_2.pdf
6. McGuigle KL, Gourlay ML, Buchanan JB. The use of active surveillance cultures in adult intensive care units to reduce methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*-related morbidity, mortality, and costs: a systematic review. *Clinical infectious diseases* : an official publication of the Infectious Diseases Society of America, 2008;46(11):1717-25.
7. Andersen B., Nicholas S., Sprague B., et al. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2008. Vol 29, n.3
8. Peter G. Pappas, Carol A. Kauffman, David Andes et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Candidiasis; Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* (2009) 48 (5): 503-535
9. Bootsma, M. C. Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A. 2006; 103: 5620
10. Strausbaugh L., J. Clin. Infect. Dis. 2006; 42: 828
11. Sanford, M. D. Clin. Infect. Dis. 1994; 19: 1123, Scanvic, A. Clin. Infect. Dis. 2001; 32: 1393

Pseudomonas aeruginosa
Enterobacter species

Staphylococcus aureus
Klebsiella pneumoniae

Acinetobacter baumannii



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

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

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

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

Quali soggetti decisori	In merito a cosa
• cittadino	(scelta del luogo di cura) scelta
• sistema sanitario (ASL, Regione, Ministero,)	(programmazione, controllo costi)
• Direzione strategica (DG / AD / CdA)	(azioni di sostenibilità e coerenza con la mission, valutazione del personale)
• Direzione Sanitaria (governo clinico, controllo infezioni)	(modalità di cura e gestione dei pz.)
• Direttore Dip./UO (modalità di assistenza)	miglioramento
• Caposala	

prospettive diverse

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

Concettualmente, l'insieme di indicatori del cruscotto è organizzato in aree (le 4 aree ispirate al modello *Balanced Score Card*) e dimensioni

Ogni dimensione prevede vari indicatori

ESEMPI:

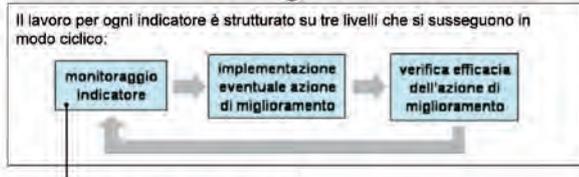
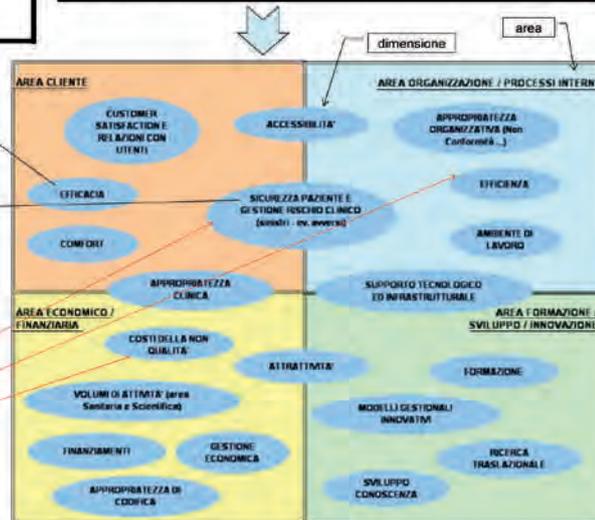
indicatori di mortalità per procedura e patologia
indicatori sui ricoveri ripetuti
indicatori sui ritorni in sala operatoria

Lesioni da decubito:
indicatore 1: [LdD insorte in UO] su [totale Dimessi]
indicatore 2: [[LdD insorte in UO] su [ggDeg] per 1000]
indicatore 3: [LdD insorte in UO] su [degenza media]
Monitoraggio infezioni:
indicatore 1: [isolamento microorg. sentinella] su n° dimessi per 1000
indicatore 2: [isolamento microorg. sentinella] su n° gg degenza

Ogni indicatore può avere diverse valenze

ESEMPIO: Lesioni da decubito

- Sicurezza paziente
- Durata di degenza
- Costi della cura



- Il primo livello si articola a sua volta nei seguenti passaggi:
- ✓ individuazione indicatori
 - ✓ acquisizione e controllo dati
 - ✓ calcolo indicatori
 - ✓ analisi (livello di aggregazione/dettaglio, incroci)
 - ✓ rappresentazione e valutazione risultati

Esempio: MONITORAGGIO delle LESIONI da DECUBITO

Azioni effettuate nel 2012 – 2013:

- 1) Corso di formazione: "LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE" svolto fra novembre e dicembre 2012.
- 2) Sono stati introdotti, nel 2° sem. 2013, dei nuovi materassi antidecubito con una tecnologia più recente e quindi più efficaci rispetto ai precedenti.
- 3) La richiesta dei materassi viene valutata dal servizio di vulnologia che, in seguito ad analisi, consegna il materasso più appropriato.

	anno 2012
Totale LdD insorte in ospedale (n°)	729
[[LdD insorte in UO] su [totale Dimessi]]	1,47%
[[LdD insorte in UO] su [ggDeg] per 1000]	2,16

decisioni per 2014:

- 1) svolgere uno studio di prevalenza (in fase di analisi dei dati)
- 2) approfondire la valutazione di efficacia dei nuovi materassi
- 3) valutare il grado di segnalazione delle LdD anche rispetto all'indagine di prevalenza

	anno 2013
Totale LdD insorte in ospedale (n°)	683
[[LdD insorte in UO] su [totale Dimessi]]	1,40%
[[LdD insorte in UO] su [ggDeg] per 1000]	2,08

Nella selezione dei *data-base* per l'acquisizione dei dati si è ricercato un livello di informatizzazione sufficiente per assicurare un adeguato aggiornamento dei dati. Si è attinto anche da *data-base* esterni alla struttura per consentire valutazioni di *benchmark*: es. portale internet della DG Sanità - Regione Lombardia con numerosi indicatori, calcolati e aggiornati periodicamente in modo informatizzato. Attualmente sono state popolate diverse delle dimensioni individuate con indicatori definiti e calcolati ed è in corso l'implementazione progressiva delle fasi successive. Il ciclo è stato completato per alcuni indicatori.

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



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



Esposito M.R., Olivieri G., Ciaramella P., Ricciardelli S., Granata A., Giordano L., Filippini A., Gatti S., Lodato S.,
 *Dott.ssa Coordinatore Infermieristico CIO; **Direttore Sanitario di Presidio; ***Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio; ****Contrattista Direzione Sanitaria; *****P.O. Flussi Informativi *****Direttore Sanitario Aziendale.

Introduzione

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

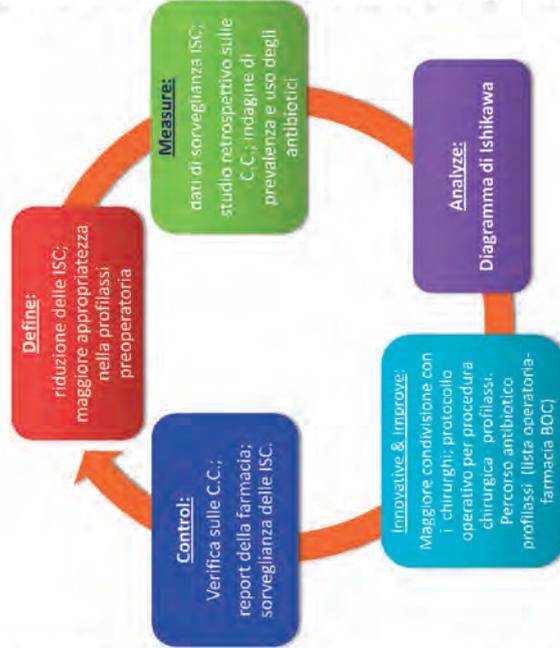
Contenuto

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

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

Conclusioni

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





Mater Domini
Azienda ospedaliero-universitaria
Regione Calabria



INTERVENTO PER IL CONFINAMENTO TECNOLOGICO DEL BLOCCO OPERATORIO

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

*Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" - Catanzaro

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



Introduzione

Il Blocco Operatorio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro presso il Campus di Germaneto si compone di 5 Sale Operatorie e 3 Sale dedicate a diagnostica invasiva. Il perimetro che delimita l'area presenta un numero di uscite di emergenza (20/2.000 mq), necessaria misura di sicurezza sulle vie di esodo che richiede un uso responsabile da parte del Personale per l'efficacia di altre misure poste a salvaguardia degli standard di igiene e tecnica ospedaliera. Nei fatti, le uscite di sicurezza si sono dimostrate una criticità nelle misure barriera di tipo fisico, venendo utilizzate per accedere al Blocco Operatorio anche nelle fasce orarie di assenza di attività chirurgica. Pertanto, si è resa necessaria la rivisitazione dei flussi sui percorsi orizzontali e verticali che ha portato alla predisposizione di un sistema di confinamento controllato dell'area, con l'obiettivo di garantire la sicurezza delle attività chirurgiche mantenendo la funzione emergenza sulle vie di esodo.



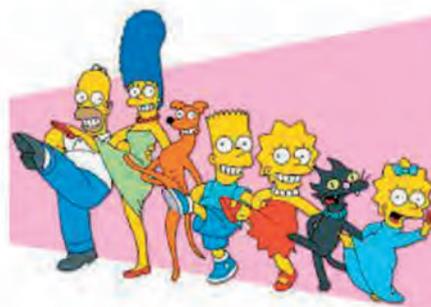
Contenuti

La proposta complessiva di confinamento controllato del Blocco Operatorio prevede interventi sui percorsi orizzontali e verticali. In una prima fase è stato messo in opera un sistema filtro sui percorsi orizzontali, con accesso esclusivo tramite badge personale o video citofono digitale integrato con un sistema di allarme acustico che segnala l'apertura delle uscite di emergenza. Queste rappresentano le misure fisiche di filtro ritenute necessarie per ottenere un considerevole livello di sicurezza rispetto a possibili intrusioni di persone non autorizzate nell'area delimitata. Un sistema di rilevazione informatica degli accessi consente la registrazione e la tracciabilità degli ingressi nel Blocco Operatorio e fornisce, quindi, uno strumento fondamentale per la gestione ed il controllo delle attività chirurgiche. Le informazioni acquisite consentiranno di valutare ulteriori determinazioni in merito alla necessità di messa in opera delle misure filtro sui flussi in verticale.



Conclusioni

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

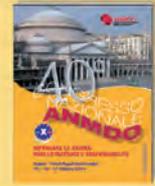


Napoli - Hotel Royal Continental
15 - 16 - 17 Ottobre 2014





Azienda Ospedaliera Universitaria
 "Policlinico - Vittorio Emanuele"
 Catania



L'applicazione delle Linee del tempo (Time Line) in un RCA di un caso clinico: l'esperienza dell'AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania

Anna Rita Mattaliano*, Maria Patrizia Gozzi[^], Salvo Galeano**, Giuseppe Saglimbeni[~], Antonio Lazzara[°]

*Direttore Medico di Presidio PPOU: Vittorio Emanuele-Ferraro- S. Bambino. [^]Componente Gruppo Operativo CIO Ferraro. ^{**} Segretario CIO. [~] Referente aziendale Rischio clinico. [°] Direttore Sanitario Azienda AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania



Documento Ministeriale

Valido indirizzo per migliorare i programmi di gestione del rischio clinico, potenziare e consolidare le capacità di analisi e reazione ad un evento avverso

LE LINEE DEL TEMPO



TIME LINE: OBIETTIVI

- **VERIFICARE**, in assenza di contenzioso, l'impatto e gli esiti applicativi di un modello di RCA su un'indagine epidemiologica, eseguita per un paziente sottoposto ad intervento chirurgico
- **DISCERNERE** la natura (se infettiva o meno) dell'insorgenza dell'evento avverso
- **RICOSTRUIRE** la cronologia delle circostanze nel tempo, evidenziando quelle a maggiore rilevanza clinica (comprese antibiotico-profilassi e antibiotico-terapia)
- **EVIDENZIARE** le aree di cambiamento per consolidare le politiche sanitarie aziendali, incentrate su

Qualità delle cure e sicurezza per i pazienti



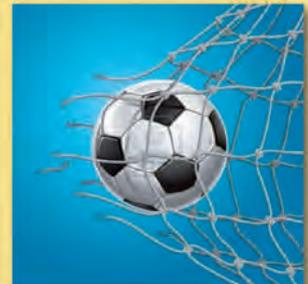
Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele" Catania

Scheda TIME LINE

Paz. N. _____ C _____		UNITA' OPERATIVA _____		Ricovero dal _____ al _____	
Data di nascita _____ anni		Quando		Note	
Data	Ora	Evento	Dove	Chi (Medico o Infermiere)	Note
		Ricovero			

TIME LINE: GOAL

ORIENTARE la valutazione delle possibili cause verso un inappropriato sistema di trattamento della ferita chirurgica, escludendo una causa di natura infettiva





La Direzione Medica di Presidio: ruolo strategico per il governo dei setting assistenziali in ospedale

Autori: A.Midolo*, C.Barbarossa*, M. Cilia*, G.Patriarca*, T. Civello**, G.Drago*,

*Direttore Medico PP.OO. Vittoria - Comiso

°Infermieri - Direzione Medica - Servizio Infermieristico Vittoria - °°Infermiera - Direzione Medica - Ufficio Codifica Vittoria

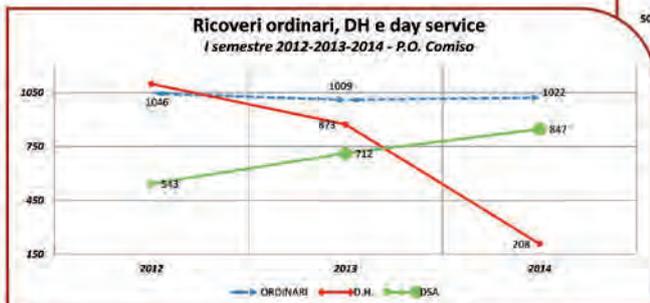
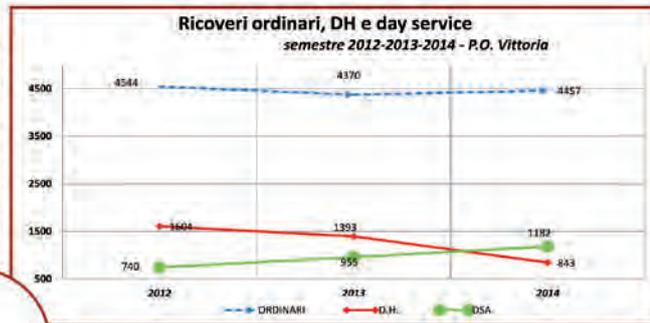
**Responsabile Controllo di Gestione ASP 7 Ragusa

Key word: appropriatezza, setting assistenziali, sostenibilità

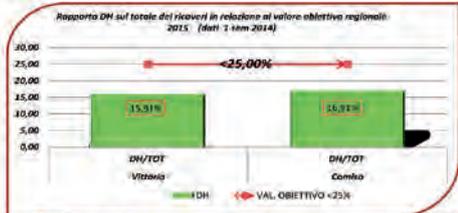
BACKGROUND: Negli ultimi decenni nei principali Paesi OCSE si è registrato un tendenziale incremento della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL. Da questa tendenza si è sviluppata una crescente attenzione e sensibilità delle istituzioni sull'importanza dello studio dell'appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate dai SSR. La Regione Sicilia con diversi adempimenti legislativi ha posto le basi al progressivo contenimento dei ricoveri inappropriati sia sotto il profilo clinico, sia organizzativo. Nell'anno 2009 è stato attivato un nuovo setting assistenziale denominato Day Service (DSA), attraverso il quale è possibile erogare pacchetti di prestazioni ambulatoriali, garantendo una presa in carico dell'utente e introitando l'eventuale quota di compartecipazione. L'obiettivo ha dunque la finalità di ridurre il ricorso a prestazioni in DH, laddove non appropriate, a favore di un incremento delle prestazioni erogate in DSA.

OBIETTIVO DELLO STUDIO: valutare l'impatto delle azioni di monitoraggio e controllo della Direzione Medica di Presidio, sui principali indicatori di appropriatezza organizzativa

MATERIALI E METODI: La Direzione Medica dei PP.OO. di Vittoria e Comiso ha attivato un processo organico di monitoraggio ed elaborazione trimestrale dei flussi informativi sull'andamento dei seguenti indicatori di appropriatezza: n° di ricoveri ordinari, n° di DH e n° di Day Service, relativamente al I° semestre 2012, 2013 e 2014. È stato calcolato, inoltre, lo scostamento degli indicatori (ORD, DH e DSA) rispetto ai valori di riferimento regionale. Alla trasmissione di ogni report sono stati calendarizzati degli audit con metodologia FMEA con i Direttori di U.O. dei PP.OO. di riferimento, allo scopo di analizzare, valutare ed individuare le azioni di miglioramento per risolvere le eventuali criticità.

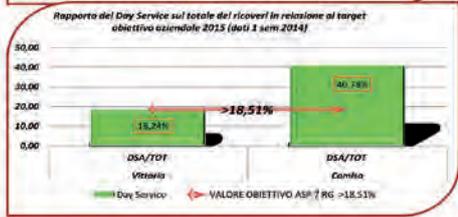


RISULTATI: i risultati indicano una moderata riduzione dei ricoveri ordinari (diff. 2014-2012) nei due presidi ospedalieri (Vittoria -1,91% /Comiso -2,29%); una forte riduzione dei DH (Vittoria -47,44%/Comiso -81,06%); un sensibile aumento dei DSA (Vittoria 59,73%/Comiso 55,99%). Per quanto riguarda il rapporto dei singoli setting assistenziali sul totale dei ricoveri, si è registrato nell'ospedale di Vittoria nel primo semestre 2014 il 15,91% di ricoveri in DH (target 2015 <25%) e del 18,24% ricoveri in DSA (target 2015 > 18,51%). Analoga tendenza si è manifestata all'ospedale di Comiso ad indirizzo low care, dove il rapporto tra DH sul totale dei ricoveri si è attestato al 16,91% e DSA sul totale dei ricoveri del 40,78%.



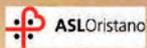
CONCLUSIONI: la necessità di misurare le performance del sistema sanitario e di comprenderne gli effetti sull'attività sanitaria costituisce oggi il tema al centro dell'attenzione dei principali organismi di governance delle aziende sanitarie. Il costante monitoraggio dei flussi informativi dei vari setting e la condivisione con gli attori coinvolti nei processi assistenziali, determinano un miglioramento della qualità delle prestazioni nell'ottica della sostenibilità, appropriatezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni sanitarie erogate.

	2012	2013	2014	VARIAZIONE	% VARIAZIONE	RAPP DH/TOT 2014	RAPP DSA/TOT 2014
VITTORIA							
ORDINARI	4544	4370	4457	-87	-1,91	15,91	18,24
DH	1604	1393	843	-761	-47,44		
DSA	740	955	1182	442	59,73		
COMISO							
ORDINARI	1046	1009	1022	-24	-2,29	16,91	40,78
DH	1098	873	208	-890	-81,06		
DSA	543	712	847	304	55,99		



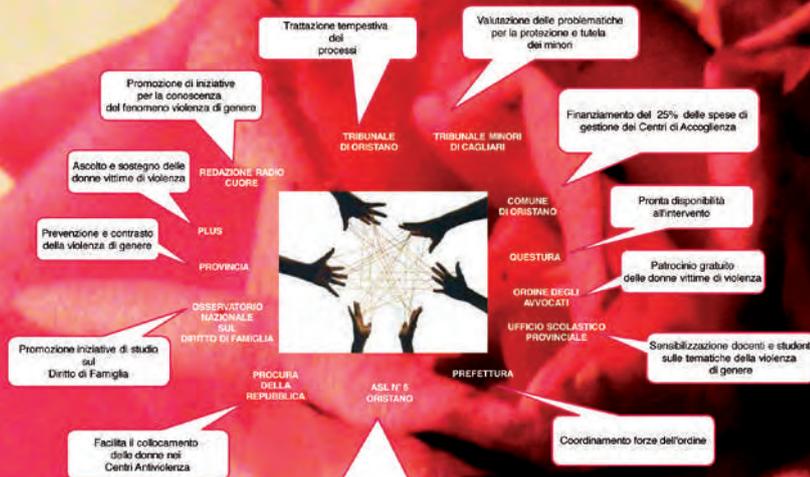
REFERENCES

1. Regione Siciliana - Assessorato della Salute, "Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013-2015".
2. Giuseppe Clerico, "La governance della dinamica di crescita della spesa sanitaria pubblica", "Tendenzialmente nuove - nuova serie".
3. Clara Carbono et al, "Misurare le performance per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche: uno strumento multidimensionale di valutazione", SDA-Bosconi.
4. Regione Siciliana - Assessorato alla Salute, "Indicatori per la valutazione delle performance del sistema sanitario in Sicilia" - Risultati definitivi anno 2013.
5. Regione Siciliana - Assessorato della Salute, Piano Sanitario Regionale "Piano della Salute" 2011-2013.
6. Regione Siciliana - Asp 7 Ragusa, "Piano delle performance 2013-2015".
7. Agenas - Regione Siciliana - Assessorato alla Salute, "obiettivi 2014-2015 delle aziende sanitarie della regione Sicilia - sistema di valutazione".

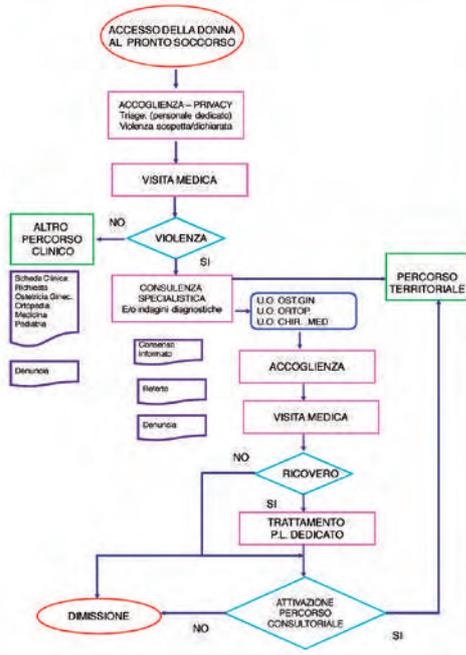


GESTIONE OSPEDALIERA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA

RETE ISTITUZIONALE CONTRO LA VIOLENZA SULLE DONNE E I LORO FIGLI MINORI



PERCORSO OSPEDALIERO DI ACCOGLIENZA ALLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA



Autori:
 Dott. Nicolò Orrù
 Direttore Sanitario P.P.OO. ASL 5-Oristano
 Dott.ssa Maria Giovanna Porcu
 Direttore Amministrativo ASL 5-Oristano
 Dott.ssa Roberta Porceddu
 Dirigente Medico Direzione Sanitaria
 Dott.ssa Emanuela Porcedda
 Dirigente Medico Direzione Sanitaria

ALLA RICERCA DEL POSTO LETTO: IL BED MANAGEMENT NEL POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI DI BOLOGNA

Pellecchia Carmine, Bellini Antonella, Carangelo Nicola, Falcinella Rossana, Fiore Maria Antonia, Mazza Roberta,
Natali Fabio, Palazzo Giacomo, Rossetti Roberto, Trafuoci Teresa
DIREZIONE SERVIZIO INFERMIERISTICO TECNICO E RIABILITAZIONE

INTRODUZIONE



Il continuo sovraffollamento nei Pronti Soccorsi parallelamente alla progressiva riduzione di posti letto ha reso necessario un coordinamento centrale e continuativo della risorsa posto letto in ambito ospedaliero. Questa dunque la premessa che ha portato all'istituzione e diffusione anche in Italia della figura del **Bed Manager**. Mutuata da modelli anglosassoni quale snodo di riferimento nella gestione del percorso del paziente e nella supervisione dei posti letto, è in grado di coniugare le diverse esigenze (cliniche, assistenziali e logistiche) al fine di collocare il paziente nel setting assistenziale corretto rispetto alle risorse assegnate e nel minor tempo possibile.

OBIETTIVO

A partire dal 2011 è stato istituito all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna un sistema strutturato di **Bed Management** con l'obiettivo di garantire il coordinamento e la gestione della risorsa posto letto così come assicurare i percorsi clinico-assistenziali più appropriati, dall'accesso in ospedale da pronto soccorso fino alla dimissione a domicilio o verso altre strutture per le cure intermedie.



**Coordinamento
Adeguamento
Ottimizzazione**

CONTENUTI

Dir. Sanitaria e Infermieristica **Bed Manager** Gruppo Carrick (Coord. Infer.co)



Il modello organizzativo vede coinvolta la Direzione Sanitaria e Direzione del Servizio Infermieristico (**Team Management**) per la parte strategica ed una figura di supporto ad hoc (**Bed Manager**) con un team dedicato per la parte operativa (**Gruppo Carrick**).

Un aspetto di particolare rilevanza ai fini della buona riuscita del progetto è quello inerente la scelta e formazione del gruppo di professionisti che, organizzati in rete, devono supportare le funzioni del bed manager durante il fine settimana nell'ottica di assicurare la continuità della funzione.

Il gruppo selezionato, costituito da Coordinatori Infermieristici di unità operativa, ha rappresentato una precisa scelta dell'Azienda di privilegiare professionisti che, nell'organizzazione e coordinamento della risorsa posto letto, giornalmente si trovano ad operare "dall'altra parte".

Ciò rappresenta sicuramente un valore aggiunto in quanto consente da un lato di conoscere entrambi le prospettive, dall'altro di maturare maggior consapevolezza della complessità di gestione del sistema dell'emergenza-urgenza.

CONCLUSIONI

Attualmente, dopo un'esperienza quadriennale di gestione, non ci sono ancora dati certi che mettano in diretta correlazione l'utilizzo di un sistema di **Bed Management** ed il miglioramento dell'assistenza, però si può affermare che le reti comunicative che si vengono a creare sicuramente hanno contribuito a migliorare i rapporti tra i reparti di degenza ed il pronto soccorso, velocizzando il percorso di presa in carico del paziente, nel setting appropriato, evitandone in qualche caso gli innumerevoli trasferimenti.

I dati rilevati nel quadriennio 2010 - 2013 mostrano, a fronte di un progressivo ma costante aumento di pazienti afferiti in pronto soccorso, una altrettanto significativa riduzione della percentuale dei ricoveri e quindi un miglioramento del cosiddetto "filtro"; oltre a ciò è diminuita la richiesta di posti letto aggiuntivi, rispetto alla normale assegnazione giornaliera ai Reparti, utilizzati da **Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza**.

Se a quanto appena esposto si aggiunge che negli ultimi anni il Policlinico è stato interessato da una revisione complessiva (in diminuzione) di posti letto, sia internistici che post-acute, che ha inciso sulla disponibilità quotidiana per il pronto soccorso e Medicina Urgenza possiamo affermare che una migliore gestione della risorsa posto letto ha consentito di "mitigare" gli effetti.

RISULTATI

Anno	Afferiti al P.S. generale	% filtro sui ricoveri in P.S.	Posti letto extra dati al PS
2010	64.353	34,40%	459
2011	65.973	33,79%	450
2012	66.381	31,89%	312
2013	70.335	29,44%	338

Contatti: Coord. Bed Manager carmine.pellecchia@aosp.bo.it cell. 334/1154445 - uff. 051/6363581



L'INTENSITA' DI CURA IN AREA CHIRURGICA COMPIE UN ANNO: *lean or less organization?*

Dott.ssa Pezzano Lara¹, Dott. Amidei Alberto², Dott. Sacco Roberto³, Dott. Polverini Fabrizio⁴, Dott.ssa Chiattone Anna⁵, Dott. Cosenza Gaetano⁶, Dott.ssa Cesari Luisa⁷, Dott. Lertini Antonio⁸.
(1: Bed Manager OO. RR. di Pinerolo; 2: Medico specializzando igiene Medicina Preventiva UNIFO; 3: Direttore Medico di Presidio OO. RR. di Pinerolo; 4: Responsabile Servizio delle Professioni Sanitarie Assistenziali OO. RR. di Pinerolo; 5: Coordinatore Servizio delle Professioni Sanitarie Assistenziali OO. RR. di Pinerolo; 6: Direttore Generale ASL TO3; 7: Direttore Sanitario ASL TO3; 8: Medico Direzione Sanitaria OO. RR. di Pinerolo)



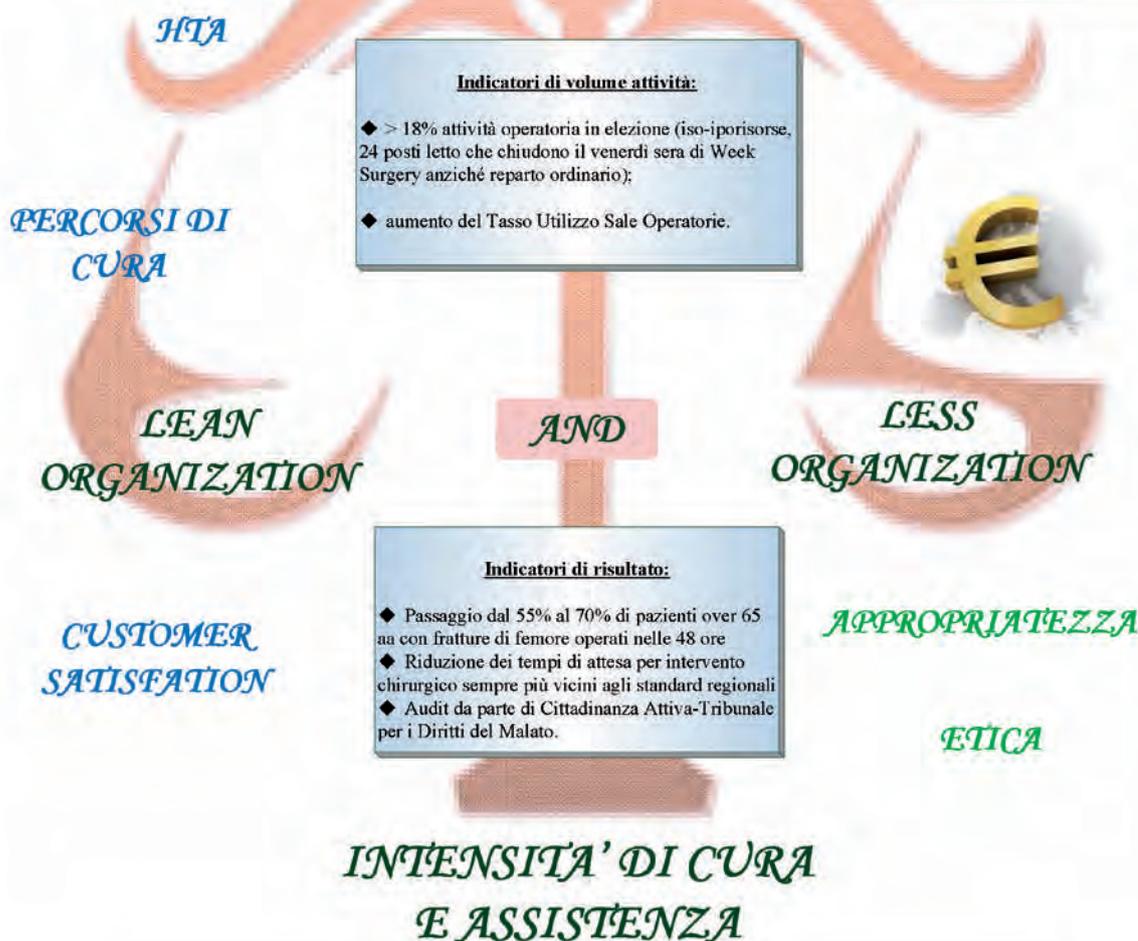
Introduzione

Ad un anno dalla riorganizzazione per intensità di cura ci si interroga su quali siano stati i vantaggi effettivi del cambiamento non solo in termini economici (riduzione dei costi, incremento dell'attività) ma centralità dei pazienti, appropriatezza e sostenibilità delle cure.



Contenuti

Per la realizzazione del progetto si è proceduto ad un *reengineering* dell'Area Chirurgica a partire dal 02 settembre 2013 con l'individuazione di un *Bed Manager* responsabile anche dei processi di sala operatoria delle sei specialità chirurgiche afferenti al Blocco Operatorio Centralizzato. Dallo *start-up* si è proceduto ad un monitoraggio continuo degli indicatori prefissati di attività e di esito per la valutazione della tenuta organizzativa. Particolare attenzione è stata posta ai *near-misses* e alle criticità organizzative rilevate attraverso un sistema gestione Qualità e del Rischio Clinico presente in Azienda.



Conclusioni
A fronte di quest'analisi *ex-post* tale riorganizzazione richiede sicuramente il coinvolgimento e l'impegno di tutti gli *stake-holder* in quanto viene a mancare il senso di appartenenza alla struttura, non solo per l'operatore, ma anche per l'utente; è necessaria una informazione e sensibilizzazione del cittadino a partire dai Medici di Medicina di Famiglia in modo da superare stereotipi frutto di un retaggio organizzativo gerarchico strutturale attualmente non più sostenibile.



Fascicolo Elettronico per la gestione delle performance ambientali nell'ambito della Registrazione EMAS

AUTORI: Dr Santorricello Giancarlo*, Dr Mauro Maccari***, Dr.ssa Simonetta Sancasciani**, Dr Gabriele Vennarucci*, Dr Roberto Bettolini****, Dr.ssa Beatrice di Jacovo*****

* Direzione Presidio Ospedaliero Aziendale USL7 Siena

** Direttore Presidio Ospedaliero Aziendale USL7 Siena

*** Direttore Sanitario Aziendale USL7 Siena

**** Tecnico ICT ESTAR

***** Responsabile Sistema Gestione Ambientale Azienda USL7 Siena



Parole chiave: EMAS, Ospedali, Risorse

INTRODUZIONE

La consapevolezza dell'importanza di attuare una politica ambientale volta al risparmio delle risorse, al contenimento delle emissioni ed alla minimizzazione della produzione di rifiuti ha indotto l'Azienda USL7 di Siena a sviluppare un modello organizzativo in cui l'erogazione di prestazioni di qualità, la tutela ambientale, la salvaguardia della salute e della sicurezza dei lavoratori e di quanti le vivono accanto rappresentano un valore.

Su questa base l'Azienda USL7 di Siena ha implementato presso gli Ospedali Riuniti Val di Chiana Senese ed il monoblocco Ospedaliero Alta Val d'Elisa un Sistema di Gestione Ambientale attraverso il quale minimizzare l'impatto ambientale generato dalle attività svolte nei 2 siti. Tale percorso ha portato l'Azienda, nel marzo 2005, ad essere la prima - e per il momento ancora l'unica - Azienda Sanitaria in Italia, ad ottenere tale Registrazione. Attualmente essa è impegnata nell'estensione del campo della Registrazione anche al proprio terzo stabilimento ospedaliero, quello di Abbadia San Salvatore.

Il lavoro effettuato per ottenere la Registrazione ha condotto al conseguimento di alcuni Premi prestigiosi come il **Premio "Toscana Efficace"** nell'anno 2005 e ha contribuito in modo sostanziale all'ottenimento del **Premio del Forum Pubblica Amministrazione "Sfide" - 2009**.

La Registrazione EMAS è una certificazione volontaria di Qualità Ambientale



MONOBLOCCO ALTA VAL D'ELSA



OSPEDALI RIUNITI VAL DI CHIANA SENESE

CONTENUTO

La Dichiarazione Ambientale è il documento attraverso il quale vengono resi pubblici: Politica Ambientale, Analisi Ambientale e Cronoprogramma, pilastri, assieme ad un programma sistematico di Audit interni, del percorso procedurale per il mantenimento della Registrazione EMAS.

Nella Dichiarazione Ambientale sono descritte le strategie dell'Azienda per l'Ambiente, la sua Organizzazione, il funzionamento del Sistema di Gestione Ambientale, gli aspetti che si intende tenere sotto controllo alla luce di un'analisi dei rischi ambientali, gli Obiettivi per il miglioramento della performance e gli Indicatori di misurazione dei risultati. L'aggiornamento annuale di tale documento consegue al Riesame della Direzione sui risultati raggiunti e viene sottoposto alla verifica da parte dell'Ente Certificatore.

Il perseguimento degli Obiettivi ambientali richiede, pertanto, monitoraggio e misurazioni costanti. A tal fine l'Azienda USL 7 di Siena ha individuato un "cruscotto" di indicatori chiave degli aspetti significativi di impatto ambientale individuati attraverso l'Analisi Ambientale. Tale analisi consiste in uno studio preliminare volto alla individuazione e alla valutazione della significatività degli aspetti che determinano o possono determinare un impatto in positivo o in negativo sull'Ambiente.

Fra gli aspetti ambientali che un Ospedale deve tenere sotto controllo:

- Emissioni nell'atmosfera
- Scarichi nelle acque e nella rete fognaria
- Rifiuti, pericolosi e non
- Contaminazione suolo
- Consumi di risorse non rinnovabili: acqua, combustibili, energia o altre risorse naturali (es. plastica, carta)
- Produzione di rumori, odori, polveri ed impatto visivo
- Incidenza su settori specifici dell'ambiente e degli ecosistemi
- Performance e comportamento ambientale dei fornitori (aspetto indiretto)
- Valutazione degli aspetti ambientali in fase di acquisto beni e servizi (Politica degli acquisti)



L'Analisi Ambientale parte da una approfondita conoscenza e valutazione delle strutture e dei processi sanitari e demarca gli aspetti Ambientali direttamente gestiti dall'Organizzazione da quelli indiretti derivanti dai servizi appaltati, i quali vanno ugualmente tenuti sotto controllo ai fini della registrazione EMAS. I dati derivati dagli Audit ed il continuo reporting Aziendale (controllo di gestione e data warehouse) costituiscono elementi chiave del Sistema di Gestione Ambientale. In tale ambito si è posta la necessità di creare una piattaforma informatizzata che consenta l'integrazione dell'attività dei soggetti coinvolti nelle diverse linee di produzione dei dati e la condivisione di questi con le funzioni aziendali interessate alla fruizione.

Aspetto	INDICATORE SIGNIFICATIVO	Definizione del Contorno
Ricerca e identificazione delle opportunità di miglioramento	Obiettivi di miglioramento	Consumi
Produzione di rifiuti	Costo di gestione dei rifiuti	Efficienza di estrazione
Consumo di risorse	Costo di gestione delle risorse	Salute e benessere
Emissioni	Costo di gestione delle emissioni	Costo di produzione della corrente elettrica



Lo strumento ideato e messo a punto è un "Fascicolo Elettronico di Edificio "FEDE", una sorta di "cartella clinica elettronica delle strutture sanitarie" che mette in rete gli archivi dei dati già esistenti, fornendo sia informazioni igienico-organizzative e giuridico-economiche relative agli edifici (titolo di occupazione, contratti, comodati, tasse, tributi, atti autorizzativi ecc.) sia dati strutturali e impiantistici (anagrafica, superfici, destinazioni d'uso locali, layout impiantistici e tecnologici) sia dati relativi a consumi di risorse (elettricità, acqua, gas, produzione rifiuti ecc).

Il suo utilizzo è intuitivo: è possibile entrare virtualmente fin nella singola stanza del Presidio per interrogare il sistema. Attraverso l'applicazione ai contatori di un QR code, leggibile attraverso un semplice telefono cellulare, è possibile ricondurre le informazioni sui consumi reali alla voce che ad essi si desidera associare (centro di costo, conto economico, gestore utenza, voce del bilancio energetico ecc.). Il data base gira sulla piattaforma TIX di Regione Toscana, in modo che esso sia fruibile in remoto e che il suo utilizzo possa essere esteso in futuro a qualunque altra Azienda Sanitaria del SSR.

Le informazioni finora caricate in piattaforma sono le seguenti:

- beni inventariati (es. apparecchiature elettromedicali) rilevanti ai fini di assegnazione attraverso i codici inventario e i codici stanza per il controllo remotizzato di manutenzioni, richiami di sicurezza, fuori uso elettromedicali ecc. E' stata creata una bacheca virtuale delle apparecchiature disponibili per la riassegnazione ad altra struttura aziendale;
- dati sugli impianti di edificio: quadri elettrici, generatori, impianti termici, idraulici e relativi verbali di manutenzione;
- dati di lettura mensile dei contatori dei consumi idrici, elettrici e metano; creato riepilogo dei dati per edificio;
- dati per AUA (Autorizzazione Unica Ambientale di cui al DPR 59/2013) relativi a scarichi, effluenti, emissioni, rifiuti ecc. e relativo scadenziario informatizzato degli adempimenti nei confronti delle Autorità di Ambiente;
- planimetrie Autocad con riferimento ai diversi metodi di calcolo per TARI e per la gestione grandi servizi appaltati manutenzione immobili, sanificazione ambientale ecc.
- titoli d'occupazione ai fini del calcolo tasse (IVA, IMU ecc.);
- georeferenziazione degli edifici e localizzazione contatori utenze collocati all'esterno delle strutture;
- Link a Norme, Procedure, Modulistica aziendale e al materiale divulgativo e didattico utilizzato negli incontri formativi con il Personale

CONCLUSIONI

Il Fascicolo elettronico è continua implementazione in risposta alle esigenze di monitoraggio e controllo emergenti. Il FEDE si rivela, sempre più, uno strumento in grado di migliorare qualità, trasparenza, fruizione dei dati e di produrre snellimento e semplificazione dei processi. Le informazioni in esso contenute e gli Indicatori di performance economico-ambientale costituiscono un "CRUSCOTTO" a supporto della governance utilizzabile a ciascuno dei livelli dell'Organizzazione: Azienda, Presidio, Struttura.

LEGISLAZIONE APPLICABILE

D lgs 3 aprile 2006, n. 152 "Testo Unico Ambientale" e relativi provvedimenti attuativi;
 REGOLAMENTO (CE) n. 1221/2009 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 25 novembre 2009 sull'adesione volontaria delle organizzazioni a un sistema comunitario di ecogestione e audit (EMAS), che abroga il regolamento (CE) n. 761/2001
 DECISIONE DELLA COMMISSIONE (2013/131/UE) del 4 marzo 2013 di istituzione di linee guida per l'adesione a EMAS, a norma del regolamento (CE) n. 1221/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio
 D.Lgs. 121/11 di modifica al D. Lgs. n. 231/2001 in materia di tutela penale dell'ambiente
 Legge Anticorruzione n. 190 del 28 novembre 2012 - "disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".



Riferimenti in Azienda: Beatrice di Jacovo, b.diacovo@usl7.toscana.it

Il consenso informato strumento di alleanza medico-paziente

Riassunto

Il rapporto medico-paziente si è modificato nel tempo e l'informativa ha assunto un ruolo di garante per l'autonomia di scelta del paziente, il consenso è lo strumento di alleanza terapeutico, pertanto è importante valutarne la qualità delle modalità di acquisizione e della compilazione. Viene illustrato quanto predisposto nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, in particolare l'implementazione di linee guida aziendali, quali atto di indirizzo per i clinici, e strumento di garanzia della sicurezza dei pazienti nel rispetto dell'autodeterminazione. Si descrivono sinteticamente le azioni intraprese, gli strumenti adottati e i risultati raggiunti.

M.A. Vantaggiato*, **A. Benvenuto****

* *Responsabile SS Rischio clinico, edilizia ospedaliera A.O. Cosenza*

** *Responsabile SS Monitoraggio e Controllo appropriatezza ricoveri A.O. Cosenza*

PAROLE CHIAVE:

Consenso informato, rapporto medico-paziente

Negli ultimi decenni si è assistito ad un cambiamento nel rapporto medico-paziente che ha portato all'imporsi della cosiddetta "medicina che mette al centro il paziente".

Quello che fino a qualche decennio fa era un rapporto con connotazioni tipicamente paternalistiche, in cui il medico, unico detentore del sapere, prendeva decisioni in merito alla salute del paziente che a lui si affidava, si è progressivamente spostato verso un rapporto sempre più incentrato sulla persona con propria autonomia decisionale; mutando anche la definizione da paziente a cliente.

Conseguenza inevitabile è il progressivo superamento dell'affidamento cieco e passivo al medico con un rapporto più consapevole in cui il consenso informato rappresenta lo strumento fundamenta-

le nel coinvolgimento e nel successivo affidamento alle cure.

In un'analisi storica si può osservare che il consenso informato pone le sue fondamenta sul diritto di autonomia di scelta del cittadino, che per espletare al massimo la propria discrezionalità ha bisogno di un elemento essenziale del progetto terapeutico che è l'informazione.

È utile chiarire che l'esercizio della medicina, intesa come prestazione di opera intellettuale è giuridicamente fondato su un'obbligazione di mezzi e non di risultati, riservando la colpevolezza solo a chi non ha messo in atto tutta la diligenza e perizia necessaria a raggiungere il risultato sperato. È ovvio che lì dove si tratti di normale pratica clinica le attuali sentenze si orientano nel ritenere che le prestazioni professionali debbano raggiungere

un risultato positivo. In effetti i due soggetti, medico e paziente, partono da due presupposti differenti: il medico si vede impegnato in una obbligazione di mezzi, il paziente vuole conseguire il risultato cioè la guarigione. Date le differenti posizioni è importante una corretta, precisa e puntuale informazione preliminare all'atto medico. Il medico ha quindi l'obbligo di chiarire quale sia la natura della prestazione, le finalità, i rischi, le complicanze, le alternative. Questo perché l'esito del percorso terapeutico non dipende solo dalla qualità della prestazione, ma dalla tempestività, dalla capacità di reagire del paziente, dalla struttura fisica e da una serie di fattori ambientali che spesso non è possibile prevedere e modificare.

L'impegno che ciascun sanitario assume con il paziente è l'obbligo di comportarsi con perizia, prudenza, diligenza, nel rispetto della più valida evidenza clinica e delle norme deontologiche aderendo al consenso e al programma diagnostico-terapeutico concordato con il paziente.

PERCORSO STORICO DELLA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE

Il medico in passato è stato lungamente condizionato da una tradizione di pensiero che vedeva il paziente in uno stato di sudditanza, in una condizione di minorità, non solo fisica, ma anche psichica e morale.

Il medico era infatti visto come chi era in grado di agire a suo arbitrio per ricostituire lo stato di salute

compromesso dalla malattia, essendo egli solo legittimato a farlo, come un tutore del paziente e l'esercizio della professione medica era vincolato da regole etiche, interne alla stessa medicina, che si esaurivano nell'osservanza del precetto dell'agire in scienza e coscienza e nel rispetto della morale religiosa. Il paziente non poteva che affidarsi fiduciosamente al medico.

Dopo i primi decenni del '900 con gli enormi risultati che la scienza applicata alla medicina raggiunge: trapianti, dialisi, ingegneria genetica, biotecnologia, il potere del medico diventa assoluto, poiché si trova nelle condizioni di avere la capacità tecnica di poter totalmente modificare la vita dei pazienti con ovvie ripercussioni di carattere etico e morale.

In linea con l'affermarsi nel sociale dell'idea della libertà e con l'avvento di società liberali e democratiche, si afferma con forza l'idea che per quanto riguarda la salute, non possa esserci altro che lo stesso individuo coinvolto a poter disporre del proprio corpo.

Nella medicina contemporanea, il paziente non è più considerato in una condizione di soggezione a causa dell'inabilità fisica, ma diventa soggetto con capacità di autonomia tale che nessun intervento può essere considerato legittimo, se non deliberatamente e consapevolmente scelto.

È dunque la volontà libera e informata del paziente a costituire il fondamento dell'intervento medico su di esso, anche se ciò non prescinde dal carattere fiduciario ed emotivo che caratterizza la particolare relazione tra medico e paziente.

Ciò che conta nel rapporto medico-paziente è dunque il consenso cioè l'adesione volontaria dell'ammalato alle cure proposte, previa informazione su rischi, costi e benefici del trattamento sanitario.

Ogni individuo adulto capace di

intendere e di volere ha il diritto di decidere liberamente se e a quali trattamenti sanitari sottoporsi. Consenso pertanto vuol dire partecipazione, consapevolezza, informazione, rispetto dell'autonomia nella scelta e nella decisione del paziente.

RIFERIMENTI NORMATIVI

La nozione di consenso informato è entrata nel diritto statunitense nel '57, vi sono oggi numerose formulazioni di principio del consenso informato nelle leggi e negli standard giudiziari di molti Paesi Europei che negli ultimi 20 anni sono stati sensibili a tale tipo di sollecitazione. Dagli anni '50 in poi mentre in America ed in Germania si cominciavano a ricostruire le basi di una nuova relazione medico-paziente, in Italia il dibattito si è arrestato e gli unici pronunciamenti in materia sono stati quelli del magistero della Chiesa Cattolica, in particolare con Pio XII che tenne numerosi discorsi a medici, infermieri e pazienti.

Non esiste nel nostro ordinamento, una specifica disciplina in materia, occorre infatti, fare riferimento ad una ricostruzione normativa effettuata dalla giurisprudenza delle corti di merito. Il principio del consenso informato è strettamente legato al diritto alla salute e alle modalità con cui il diritto è interpretato all'interno della nostra società.

Il punto di partenza non può essere ravvisato che nell'art.32 della Costituzione, il quale afferma che: nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

All'art.13 è sancito che la libertà personale è inviolabile e non è prevista alcuna forma di restrizione, detenzione, ispezione o perquisizione se non stabilite dalla legge.

Il lento cammino verso il ricono-

scimento giuridico del consenso informato come legittimazione di ogni trattamento sanitario, è stato segnato da importanti tappe:

1. La legge di riforma sanitaria n. 833/78 ed in particolare il suo articolo 1 che pone il SSN quale mezzo per dare attuazione a un "fondamentale diritto dell'individuo"

2. L'art. 5 della legge del 5 giugno 1990 n. 135, per la lotta all'AIDS, che stabilisce che nessuno può essere sottoposto ad analisi atte all'accertamento dell'infezione da HIV senza il suo consenso, se non per motivi di necessità clinica nel suo interesse.

3. L'art. 19 del Decreto 15 gennaio 1991 del Ministero della Sanità in attuazione della Legge del 4 maggio 1990 n. 107 che definisce le trasfusioni come pratiche terapeutiche rischiose per le quali è necessario il consenso informato del ricevente;

4. Il DM del 27 aprile 1992 (in attuazione della Direttiva della Comunità Europea n. 91/507/CEE) nel campo della sperimentazione dei farmaci che introduce in Italia le norme europee di "Good clinical Practice" fortemente improntato al riconoscimento del consenso informato come fondamento dell'intervento sperimentale e alla sua pratica come possibile tutela per i soggetti coinvolti nella sperimentazione.

5. Il codice di deontologia Medica del 1998 che sul piano deontologico formula con inedita e perentoria forza all'art.32 del codice di deontologia sul consenso informato che "il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente". E che all'**Art. 30 Informazioni al cittadino cita:**

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e le eventuali conseguenze delle scelte operate; il

medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostiche /terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere comunque soddisfatta.

Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.

Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazioni e sofferenze alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti senza escludere elementi di speranza.

La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.

In presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o terapeutici; l'unica eccezione ammessa è quella relativa all'assistenza d'urgenza"

Ribadendo, inoltre, il ruolo centrale del paziente nelle scelte terapeutiche pone un accento particolare sull'informazione precisando "Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla terapia, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Art. 32 e 30.

Numerose sono le sentenze dei tribunali, delle corti di appello e delle cassazioni in cui si fa riferimento alle modalità e necessità di acquisire un consenso valido e legalmente adeguato. Il principio del consenso informato è strettamente legato al diritto alla salute e alle modalità con cui il diritto è interpretato all'interno della nostra società. Una giurisprudenza comu-

ne che si fa sempre più ricca in tal senso, tra queste la più importante che segna una pietra miliare nella storia della medicina legale è la sentenza della Corte di Assise di primo grado di Firenze n. 13/90 (18 ottobre - 8 novembre 1990), poi confermata in secondo grado e in Cassazione (sentenza n. 699 del 21 aprile 1992).

Agli inizi degli anni 90, per la prima volta in Italia una sentenza (si tratta della sentenza sul famoso caso di Firenze) riconosceva il principio di autodeterminazione come regola fondamentale del rapporto medico-paziente e la Corte Costituzionale (sentenza 22 ottobre 1990, n. 471) ammetteva che la libertà di disporre del proprio corpo fosse una libertà della persona fondata sull'inviolabile libertà personale di cui all'art. 13 della Costituzione: "la libertà personale è inviolabile"

6. Per finire il Parere del Comitato Italiano di Bioetica: Informazione e Consenso nell'Atto medico in cui si ritiene che il consenso informato costituisca legittimazione e di fondamento dell'atto medico, e allo stesso tempo strumento per realizzare quella ricerca di alleanza terapeutica nell'ambito delle leggi e dei codici deontologici e di piena umanizzazione dei rapporti fra medico e paziente, a cui aspira la società attuale.

INFORMAZIONE E CONSENSO

La correttezza dell'informazione preliminare è requisito indispensabile per ottenere un consenso valido. Quanto maggiore è il rischio di danno o esito negativo, tanto maggiore, completa e puntuale deve essere l'informazione da dare senza però arrivare al terrorismo psicologico.

L'informazione deve essere:

- Semplice, perché in genere il paziente non è esperto in medicina;
- Personalizzata, cioè adeguata al

livello culturale del paziente, alla sua capacità di comprendere la problematicità della situazione;

■ Esauriente, nel senso che deve esaudire tutte le richieste della persona assistita, con il massimo della pazienza da parte del medico;

■ Veritiera ma serena ed emotivamente equilibrata, così da non creare scompensi in chi la riceve, ottenendo risultati opposti a quelli sperati cioè atteggiamenti di chiusura invece che di collaborazione;

■ Sorretta in ogni caso dalla speranza e non dal pessimismo

Per esprimere il consenso si devono possedere le caratteristiche per essere considerati individui autonomi, cioè soggetti capaci di disporre di sé, in condizioni psichiche tali da poter comprendere la situazione e le informazioni fornite ed essere in grado di formarsi una volontà e di esprimerla.

È opportuno, dunque, che il consenso informato non venga considerato una "prassi burocratica" che spesso lascia nel paziente l'impressione che la firma serva ad "esonerare il medico da ogni responsabilità in caso di problemi". Questa pratica deve evolversi ed elevarsi a parte integrante del vero e proprio processo di management clinico del paziente e contribuire al rilancio del rapporto Medico-Paziente anche in un'ottica di contenimento del contenzioso che continua ad incrementarsi spesso legato alla mancata o imperfetta comunicazione tra le parti.

CONSENSO E CONTENZIOSO

La mancata informazione e la conseguente non acquisizione del consenso costituiscono situazioni rilevanti per far emergere un'eventuale responsabilità civile e penale del medico coinvolto nel processo di cura.

Documentare infatti l'avvenuta

informazione e l'acquisizione del consenso scritto, anche se non esplicitamente richiesto dalla norma, rappresenta un momento fondamentale da inserire in cartella clinica in caso di ricovero, o in cartella ambulatoriale se si tratta di prestazione ambulatoriale.

L'AMA (American Medical Association) ha precisato che il consenso informato, soprattutto nella prospettiva del Risk Management, rappresenta un momento di prioritaria rilevanza, tale da coinvolgere appieno la capacità di comunicazione del medico e finalizzato ad ottenere la totale partecipazione del paziente nella scelta delle cure, ponderando i rischi connessi alle varie possibilità prospettate.

Viene sottolineato che il momento dedicato all'informazione non serve solo ad ottenere un consenso giuridicamente valido, ma anche ad acquisire la fiducia e creare un "feeling" con il paziente, mettendo in atto un comportamento non solo deontologicamente corretto, ma capace di ridurre sensibilmente eventuali pulsioni rivendicative.

ESPERIENZA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

L'Unità di Rischio Clinico dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza ritenendo di fondamentale importanza l'acquisizione di un consenso realmente informato, con l'obiettivo contemporaneamente di aumentare l'alleanza terapeutica tra medico e paziente e di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure, ha avviato un percorso atto a rafforzare il processo di umanizzazione a vantaggio del cittadino, quale strumento di reale governance clinica.

È stato avviato un progetto che in un triennio ha portato a realizzare un programma di miglioramento della qualità dei consensi.

Il progetto nasce in seguito ad un'analisi del contenzioso che evi-

denziava lamentele e/o denunce in merito alla mancata informativa ed acquisizione del consenso.

La prima tappa è stata quella di costituire, con alcuni referenti del rischio di Unità Operativa, un gruppo di lavoro che ha, per dare riscontro alle frequenti richieste di chiarimenti e dubbi sull'argomento, predisposto linee guida aziendali sul consenso informato e una procedura operativa per l'acquisizione del consenso.

Le prime con lo scopo di fornire le

linee di indirizzo per la definizione e il controllo del processo di gestione del Consenso Informato, tale documento è orientato a garantire l'acquisizione di un consenso all'atto sanitario, rispondente ai dettami deontologici, etici e giuridici, con lo scopo di assicurare ai pazienti la facoltà di esprimere liberamente e consapevolmente la propria scelta in merito alle azioni diagnostiche-terapeutiche proposte.

La procedura invece vuole fornire modalità operative pratiche, utile

check list valutazione del consenso		Data		U.O.	
	Cartella n.				
n°	chek				
1	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto per cui si richiede il consenso informato				
2	Sono descritti i rischi				
3	Sono presenti i dati identificativi del paziente				
4	È presente la data di compilazione del modulo				
5	È presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore				
6	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso				
7	È presente la dichiarazione del paziente di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso				
8	È presente la dichiarazione del paziente di accettare o non accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto				
9	È presente la dichiarazione del paziente di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente				
10	Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell'unità operativa				
11	Il modulo di consenso è conforme a quello adottato a livello aziendale				

a dirimere dubbi e incertezze sulla corretta gestione del processo di informazione e di adesione consapevole ai trattamenti diagnostico/terapeutici proposto con le seguenti finalità:

- salvaguardare il diritto della libera scelta del paziente

- fornire in caso di controversie giudiziarie, un'adeguata tutela nei confronti degli operatori

La fase successiva del progetto è stata quella di acquisire, su supporto informatico, i consensi specifici per ogni singola disciplina e i consensi generali per le attività comuni (trasfusioni, punture lombari, biopsie, ecc)

Le linee guida, la procedura e i consensi hanno costituito un unico documento che, validato dal NARC e adottato dal collegio di Direzione, è diventato ufficialmente documento di riferimento aziendale.

La terza fase è stata quella della formazione dei referenti del rischio di tutte le Unità Operative seguita dalla diffusione del documento per l'implementazione.

Si è passati poi alla verifica dell'adozione avviando una serie di controlli per valutare quanto il documento abbia inciso sulla qualità della compilazione del consenso. È stata elaborata una check list di controllo che viene utilizzata dal personale della SS Rischio clinico nei controlli annuali previsti nelle varie UUOO dell'azienda.

I risultati a due anni di distanza sono incoraggianti essendo notevolmente migliorata la qualità documentale del consenso inserito in cartella ed essendo diminuite in maniera significativa le richieste di risarcimento in cui si lamenta una mancata/non corretta acquisizione del consenso.

Negli ultimi controlli effettuati che interessavano 27 Unità Operative, la rispondenza ai requisiti era del 100% in 20 del 75% in 4 e solo su 3 Unità Operative si è registrata una non corrispondenza ai requisiti.

Per raggiungere tale scopo oltre ai controlli, in ogni caso di segnalazione di non rispetto della procedura di acquisizione del consenso, la Struttura rischio Clinico ha provveduto a convocare il Direttore dell'Unità Operativa con i referenti del rischio, della stessa Unità Operativa, per discutere le strategie da adottare per migliorare tale pratica.

L'obiettivo futuro è quello di avviare un' intervista ai pazienti per valutare dapprima la percezione che gli stessi hanno del consenso e poi indagare sulle modalità di informazione e acquisizione dello stesso, infine anche di valutare e migliorare i processi di comunicazione.

CONCLUSIONI

La condizione di un paziente che sia consapevolmente informato è certamente necessaria sul piano giuridico, essendo il consenso il presupposto alla liceità dell'atto medico, sul piano sia civile che penale e trovando lo stesso il più profondo presupposto in ambito costituzionale. Accanto all'aspetto giuridico, però, l'atto dell'informazione al paziente, quindi della raccolta del suo consenso o dissenso, costituisce al contempo un'occasione di straordinario potenziale, sia costruttivo che "distruttivo", nella dimensione comunicativo/relazionale medico-paziente.

Il Consenso Informato è, infatti, la sintesi di un percorso di civiltà condotto nel rispetto della persona umana e della sua indipendenza è al contempo testimonianza di professionalità degli operatori, garanzia di trasparenza e di impegno nell'interesse del malato. È inoltre uno strumento utilissimo di limitazione del contenzioso, poiché nel momento dell'informazione che precede l'acquisizione del consenso si rinsalda l'alleanza terapeutica tra paziente e medico situazione questa che riduce la litigiosità.

Migliorare la modalità di approccio al paziente e di acquisizione del consenso deve essere uno degli obiettivi di miglioramento della qualità che ogni Azienda Sanitaria deve perseguire. Il percorso adottato nell'Azienda Ospedaliera di Coesenza partendo da una valutazione documentale del contenzioso mira ad accrescere nei pazienti la fiducia nelle istituzioni e a risaldare il rapporto tra operatori sanitari ed utenti.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, San Paolo, Torino, 1993.
2. T. L. Beauchamp e J. F. Childress, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze, 2009.
3. H. T. Engelhardt Jr., *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano, 1999.
4. P. Borsellino, *Bioetica tra "moralità" e diritto*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.
5. C. Botti, *Bioetica ed etica delle donne. Relazioni, affetti, potere, Zedig*, Milano, 2000.
6. R. M. Veacht, *Peatient, Heal Thyself. How the NEW MEDICINE Puts the Patient in Charge*, Oxford University Press, New York, 2009



ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere



10
CONGRESSO
ANZIANALE
ANMDO

**Governare e decidere in Sanità:
autori, registi, attori**

Parma - Auditorium Paganini
30 settembre - 01 - 02 Ottobre 2015

41° Congresso Nazionale ANMDO

Parma, 30 Settembre - 1, 2 Ottobre 2015

Il 41° Congresso nazionale dell'Anmdo giunge in un momento difficile e delicato nella vita del nostro Paese.

Il "cambiamento di sistema" in atto comporta la necessità di un ripensamento generale delle priorità, collettive e individuali, delle regole di funzionamento della vita pubblica, delle relazioni sociali. Il Paese ha vissuto e vive un disagio diffuso e le prospettive percepibili di uscita da questo stato di cose non sono ancora chiare.

Viviamo in un clima in cui ormai da tempo il paradigma dominante è l'incertezza. Con l'incertezza abbiamo dovuto imparare a convivere. Nell'incertezza dobbiamo costruire un nuovo modo di pensare e di organizzare il nostro futuro. Non dobbiamo permettere che l'incertezza costituisca un pretesto per frenare slanci e iniziative di cambiamento.

Anche per la nostra professione la situazione si presenta in linea con il clima che vive il Paese.

Gli effetti delle politiche governative degli ultimi anni stanno ridisegnando il quadro generale. La riduzione dei posti letto, l'accorpamento e la chiusura di presidi ospedalieri, l'accorpamento e la soppressione delle Direzioni con la conseguente riduzione dei posti di lavoro, disegnano uno scenario troppo indistinto in cui la ricerca del risparmio invece di fare perno sull'innovazione - migliori prestazioni con minor spesa - è incentrata sulla minor spesa attraverso tagli lineari e attraverso una rivisitazione delle modalità di gestione che, se individuata da persone non in possesso delle necessarie competenze, può ripercuotersi negativamente sulla qualità delle prestazioni.

Questo stato di cose richiede che l'ANMDO s'impegni in una rinnovata azione di carattere culturale e politico, con l'obiettivo di contribuire in maniera determinante a garantire la sostenibilità, l'efficacia e l'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale.

Proprio perché siamo in una fase d'incertezza strutturale, l'azione politica dell'ANMDO, i cui obiettivi devono essere verificati rapidamente insieme e condivisi, deve tenere conto di tutti gli interventi che in questi ultimi mesi hanno caratterizzato l'azione dei governi centrale e regionali e proporre una linea netta e chiara per il rispetto assoluto delle norme, delle regole, delle valenze contrattuali, per garantire forza e coesione al rilancio del sistema. La nostra azione deve tenere conto del blocco delle trattative nazionali per il contratto, del blocco degli automatismi di progressione economica, degli interventi normativi che si sono succeduti sugli aspetti giuridici della nostra professione (legge Brunetta, decreto Balduzzi, Spending Review), degli interventi di riordino dei sistemi sanitari regionali. Deve tenere conto della compresenza di ventuno diversi sistemi sanitari per cui sono attualmente in atto le riforme, con la promulgazione delle linee guida degli atti aziendali.

La azione di tutela e di rilancio per la nostra categoria profes-

sionale deve tenere conto della necessità di rinnovamento e di modernizzazione dell'intero settore. Dobbiamo lavorare per avere un Medico di Direzione sicuro, forte, capace di essere pienamente al servizio della sanità e dei cittadini, con tutte le garanzie e le prerogative necessarie a consentirci di svolgere al meglio e in piena serenità il nostro lavoro. Dobbiamo lavorare per la valorizzazione della professione e per le tutele di carattere sindacale e legale dei nostri associati.

Questa è anche la condizione essenziale per favorire una sempre maggiore professionalizzazione della categoria.

ANMDO è fortemente e visibilmente in campo per garantire il pieno dispiegamento della professione medica e del lavoro di direzione sanitaria, ospedaliera e del territorio.

La nostra Associazione negli anni è cresciuta e ha acquisito forza e credibilità nelle sedi istituzionali.

Negli ultimi anni ANMDO ha conosciuto uno slancio anche in ambito europeo, con l'ingresso nel prestigioso Bureau dell'EAHM, l'Associazione europea dei direttori di strutture ospedaliere, riconoscendo al nostro lavoro, anche in ambito internazionale, un ruolo attivo di elaborazione scientifica e progettuale di alto livello. Riconoscimento che ha avuto il proprio sigillo con l'assegnazione all'Italia e all'ANMDO dell'organizzazione del Congresso internazionale EAHM del 2016 che si terrà a Bologna.

Tuttavia, proprio in virtù delle considerazioni svolte sul cambiamento e sulla necessità d'innovazione, è giusto porsi una riflessione sul futuro dell'organizzazione sanitaria del nostro Paese e di riflesso sulla nostra missione.

Si deve pensare a come adeguare l'ANMDO di oggi al momento di trasformazione che stiamo vivendo, come società e come categoria professionale, adeguare l'ANMDO a rispondere alle nuove sfide poste dal cambiamento del modo di fare sanità oggi in Italia, nel pubblico come nel privato.

I Medici di Direzione, con gli altri soggetti decisionali in ambito sanitario e ospedaliero, devono costituire una rete coesa che Il 41° Congresso nazionale dell'Anmdo giunge in un momento difficile e delicato nella vita del nostro Paese.

Il "cambiamento di sistema" in atto comporta la necessità di un ripensamento generale delle priorità, collettive e individuali, delle regole di funzionamento della vita pubblica, delle relazioni sociali. Il Paese ha vissuto e vive un disagio diffuso e le prospettive percepibili di uscita da questo stato di cose non sono ancora chiare.

Viviamo in un clima in cui ormai da tempo il paradigma dominante è l'incertezza. Con l'incertezza abbiamo dovuto imparare a convivere. Nell'incertezza dobbiamo costruire un nuovo modo di pensare e di organizzare il nostro futuro. Non dobbiamo permettere che l'incertezza costituisca un pretesto per frenare slanci e iniziative

di cambiamento. Anche per la nostra professione la situazione si presenta in linea con il clima che vive il Paese. Gli effetti delle politiche governative degli ultimi anni stanno ridisegnando il quadro generale. La riduzione dei posti letto, l'accorpamento e la chiusura di presidi ospedalieri, l'accorpamento e la soppressione delle Direzioni con la conseguente riduzione dei posti di lavoro, disegnano uno scenario troppo indistinto in cui la ricerca del risparmio invece di fare perno sull'innovazione – migliori prestazioni con minor spesa - è incentrata sulla minor spesa attraverso tagli lineari e attraverso una rivisitazione delle modalità di gestione che, se individuata da persone non in possesso delle necessarie competenze, può ripercuotersi negativamente sulla qualità delle prestazioni. Questo stato di cose richiede che l'ANMDO s'impegno in una rinnovata azione di carattere culturale e politico, con l'obiettivo di contribuire in maniera determinante a garantire la sostenibilità, l'efficacia e l'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale. Proprio perché siamo in una fase d'incertezza strutturale, l'azione politica dell'ANMDO, i cui obiettivi devono essere verificati rapidamente insieme e condivisi, deve tenere conto di tutti gli interventi che in questi ultimi mesi hanno caratterizzato l'azione dei governi centrale e regionali e proporre una linea netta e chiara per il rispetto assoluto delle norme, delle regole, delle valenze contrattuali, per garantire forza e coesione al rilancio del sistema.

La nostra azione deve tenere conto del blocco delle trattative nazionali per il contratto, del blocco degli automatismi di progressione economica, degli interventi normativi che si sono succeduti sugli aspetti giuridici della nostra professione (legge Brunetta, decreto Balduzzi, Spending Review), degli interventi di riordino dei sistemi sanitari regionali. Deve tenere conto della compresenza di ventuno diversi sistemi sanitari per cui sono attualmente in atto le riforme, con la promulgazione delle linee guida degli atti aziendali.

La azione di tutela e di rilancio per la nostra categoria professionale deve tenere conto della necessità di rinnovamento e di modernizzazione dell'intero settore. Dobbiamo lavorare per avere un Medico di Direzione sicuro, forte, capace di essere pienamente al servizio della sanità e dei cittadini, con tutte le garanzie e le prerogative necessarie a consentirci di svolgere al meglio e in piena serenità il nostro lavoro. Dobbiamo lavorare per la valorizzazione della professione e per le tutele di carattere sindacale e legale dei nostri associati. Questa è anche la condizione essenziale per favorire una sempre maggiore professionalizzazione della categoria.

ANMDO è fortemente e visibilmente in campo per garantire il pieno dispiegamento della professione medica e del lavoro di direzione sanitaria, ospedaliera e del territorio.

La nostra Associazione negli anni è cresciuta e ha acquisito forza e credibilità nelle sedi istituzionali. Negli ultimi anni ANMDO ha

conosciuto uno slancio anche in ambito europeo, con l'ingresso nel prestigioso Bureau dell'EAHM, l'Associazione europea dei direttori di strutture ospedaliere, riconoscendo al nostro lavoro, anche in ambito internazionale, un ruolo attivo di elaborazione scientifica e progettuale di alto livello. Riconoscimento che ha avuto il proprio sigillo con l'assegnazione all'Italia e all'ANMDO dell'organizzazione del Congresso internazionale EAHM del 2016 che si terrà a Bologna. Tuttavia, proprio in virtù delle considerazioni svolte sul cambiamento e sulla necessità d'innovazione, è giusto porsi una riflessione sul futuro dell'organizzazione sanitaria del nostro Paese e di riflesso sulla nostra missione.

Si deve pensare a come adeguare l'ANMDO di oggi al momento di trasformazione che stiamo vivendo, come società e come categoria professionale, adeguare l'ANMDO a rispondere alle nuove sfide poste dal cambiamento del modo di fare sanità oggi in Italia, nel pubblico come nel privato. I Medici di Direzione, con gli altri soggetti decisionali in ambito sanitario e ospedaliero, devono costituire una rete coesa che sappia interloquire in maniera paritaria con i sistemi istituzionali. Devono saper porre in maniera determinante il punto di vista di chi è sul campo e individuare le strade per essere interlocutori essenziali nella definizione delle strategie e delle scelte politiche. Una rete coesa e propositiva che diventa soggetto politico ai tavoli istituzionali. Si deve avviare un percorso che dia corpo a questa riflessione e che proponga la politica, le linee e le azioni strategiche dell'ANMDO di domani. In occasione del 41° Congresso questo processo deve essere già avviato. Occorre pensare a un'Associazione snella, con meccanismi che agevolino il ricambio di genere e generazionale, garantendo equilibrio tra esperienza, competenze e visioni diverse. Serve un'Associazione attrattiva, capace di acquisire innovazione, risorse, abilità e competenze, con l'ingresso di nuovi soci e di nuove energie. Un'Associazione che non esita ad abbandonare stanche ritualità e percorsi obsoleti, per innovare il proprio modo di proporsi, di discutere, di promuovere eventi e iniziative, a cominciare proprio dall'evento fondamentale, il proprio Congresso. Tutti elementi di riflessione cui i soci sono chiamati in occasione del 41esimo Congresso a dire la loro e a partecipare alla costruzione di una nuova identità associativa, adeguata ai tempi dell'oggi e del domani. Il Congresso sarà momento di confronto e di scambio d'idee, esperienze, proposte e sarà anche un momento di grande aggregazione sociale, per rendere sempre più forti e saldi l'identità e il ruolo dell'ANMDO. sappia interloquire in maniera paritaria con i sistemi istituzionali. Devono saper porre in maniera determinante il punto di vista di chi è sul campo e individuare le strade per essere interlocutori essenziali nella definizione delle strategie e delle scelte politiche. Una rete coesa e propositiva che diventa soggetto politico ai tavoli istituzionali.

Il PTDA diabetico in una UCCP (Unità di Cure Complesse Primarie)

Fabrizio Tatiana*, Gianni Giulia***, Corsetti Chiara**,
Marciano Maria Teresa****

* UOC VASAC ASL RM B

** PLS ASL RM H

*** Direzione Sanitaria ASL RM C

**** Responsabile AFO medicina di riabilitazione Casa di Cura Villa Letizia Preturo (AQ)

MISSION

Studi recenti di popolazione, effettuati in Italia, indicano che è affetto da diabete circa il 5% degli italiani. Esiste inoltre una quota elevata di casi di diabete non riconosciuto, stimabile in una percentuale pari ad almeno il 50% di quello noto.

Nel contesto italiano e mondiale l'assistenza al diabete rappresenta circa il 7-10% della spesa sanitaria globale. Gli oneri sanitari per il diabete, per lo più determinati dai ricoveri ospedalieri e dalle complicanze croniche, non già dall'assistenza specialistica o dalla spesa farmaceutica, sono in progressivo aumento (attualmente il diabete occupa il secondo posto tra le patologie per i più alti costi diretti). In assenza di complicanze, i costi diretti sono pari a circa 800 €/anno a persona, mentre in presenza di complicanze possono variare tra i 3.000 e i 36.000 €/anno a persona. In questa ottica, dati internazionali sottolineano come la strutturazione del percorso di cura (**Structured Care o Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - PDTA**) e la qualità dell'assistenza, valutata sia come processo sia come esito, siano importanti

per garantire la miglior aspettativa di vita al paziente diabetico. Infatti alcuni studi dimostrano che la sinergia tra l'assistenza specialistica di Diabetologia e la Medicina Generale riduce sino al 65% i ricoveri ospedalieri del paziente diabetico e sino al 25% la degenza ospedaliera. Il Distretto, il cui ruolo nell'ambito della diffusione e costruzione dei percorsi diagnostico-terapeutici è sottolineato all'interno della già citata DGR Lazio n. 313/2012, rappresenta, per motivi di prossimità, il riferimento principale per la popolazione residente, in particolar modo per le persone con patologie croniche, che si rivolgono ai servizi per esigenze primarie legate alla gestione della loro malattia.

In particolare, i servizi distrettuali hanno il compito di garantire l'accessibilità al percorso di cura organizzato, assicurando agli assistiti la programmazione degli accessi e, ove occorra, essi attivano i collegamenti con i presidi ospedalieri. A livello distrettuale deve essere organizzata una raccolta dei dati delle persone con diabete, registrati nei diversi database (esenzioni, presidi, ecc.). Si rende imprescindibile riorganizzare l'assistenza alle persone

con diabete mediante PTDA per i seguenti motivi:

1. La malattia diabetica rappresenta un modello significativo di patologia cronica;

2. L'aumento esponenziale della malattia, nonché del numero dei pazienti con complicanze e con esiti invalidanti permanenti, ha portato ad un sovraccarico assistenziale e ad un aumento dei costi dovuti principalmente al ricovero ospedaliero;

3. Difficoltà a garantire alle persone con diabete tutte le fasi del percorso clinico. L'applicazione di un modello integrato, orientato alla continuità assistenziale, in un sistema di rete che coinvolge tutti i professionisti e le persone con diabete, evidenzia benefici a breve e a lungo termine, in particolare, per la riduzione dei ricoveri ospedalieri. La risposta assistenziale alla persona con diabete è certamente complessa, dovendo la stessa affrontare le molteplici necessità che sono legate: al carattere cronico della patologia; allo sviluppo di complicanze gravanti sui vari distretti e -a lungo termine- tendenzialmente invalidanti, nonché alle condizioni dismetaboliche spesso concomitanti.

L'obiettivo del processo di miglioramento è quello di sviluppare un approccio, che superi la frammentarietà nell'erogazione di singole prestazioni, ricostituendo l'unitarietà del percorso di cura, e di evitare che singoli tratti del percorso vengano reiterati più volte in ambiti differenti, come accade spesso nella realtà, creando duplicazioni e sprechi.

COSTO VARIABILE DIRETTO PERSONALE MEDICO (A)

PERSONALE MEDICO	PTDA DIABETE							
n. pazienti diabetici	500	frequenza annua visite	durata min visita	durata annua a paziente	costi h (1)	costi min sumaisti	costi annuo visita	costo annuo globale per 500 pazienti
mmg (1)		4	20	80			€ 15,00	€ 7.500,00
oculistica fondo oc		1	20	20	€ 30,00	€ 0,50	€ 10,00	€ 5.000,00
dietologo		1	20	20	€ 30,00	€ 0,50	€ 10,00	€ 5.000,00
neurologo		1	20	20	€ 30,00	€ 0,50	€ 10,00	€ 5.000,00
cardiologo ecg		1	20	20	€ 30,00	€ 0,50	€ 10,00	€ 5.000,00
angiologo ecodopler		1	20	20	€ 30,00	€ 0,50	€ 10,00	€ 5.000,00
endocrinologo		2	20	40	€ 30,00	€ 0,50	€ 20,00	€ 10.000,00
(1) a paziente			140	220			€ 85,00	

COSTO VARIABILE DIRETTO CENTRO PRELIEVI (B)

CENTRO PRELIEVI	costo esame	frequenza annua					costo annuo globale
glicemia	€ 2,70	2				€ 5,40	€ 2.700,00
creatinina	€ 2,70	2				€ 5,40	€ 2.700,00
uricemia	€ 2,70	2				€ 5,40	€ 2.700,00
Hb glicata	€ 10,50	2				€ 21,00	€ 10.500,00
microalbuminuria	€ 5,16	2				€ 10,32	€ 5.160,00
esame urine	€ 2,58	2				€ 5,16	€ 2.580,00
got	€ 4,00	2				€ 8,00	€ 4.000,00
gpt	€ 4,00	2				€ 8,00	€ 4.000,00
						€ 68,68	

METODOLOGIA

La c.d. UCCP rappresenta l'evoluzione dell'esperienza associativa, riscontrabile in Medicina Generale, verso nuove forme organizzative.

Trattasi di un'aggregazione multiprofessionale di cui fanno parte MMG, PLS, Medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati con il SSN ed altri Operatori sanitari, sociosanitari ed amministrativi.

Noi ipotizziamo la costituzione di una UCCP che assicuri la continuità' assistenziale delle cure primarie dal lunedì al venerdì, dalle ore 10,00 alle ore 19,00 e che garantisca la presa in carico globale del paziente cronico inserito nel percorso.

Il coordinatore è un MMG; il personale è composto da n.5 MMG, n.3 PLS, n.8 Specialisti Convenzionati (neurologo, endocrinologo, cardiologo, oculista, dietologo, chirurgo vascolare/angiologo, fisiatra, pneumologo), n.2 infermieri e n.2 amministrativi.

La sede della citata UCCP, di ampiezza pari a 300 mq. e con con-

tratto di affitto, è dotata di un sistema a rete informatica.

In tale struttura organizzativa vengono individuate le seguenti aree di attività con Centri di Responsabilità:

- ambulatoriale : MMG, PLS, specialistiche, compresa la terapia riabilitativa
- diagnostica : ecografie, ecocolor Doppler, ecg , spirometria, rx
- servizi amministrativi
- Sono stati inoltre attivati tre PTDA della cronicità:
- BPCO
- SCOMPENSO CARDIACO
- DIABETE MELLITO

In questo studio analizzeremo nel dettaglio il 'PERCORSO DIABETE'

- Obiettivi generali della UCCP:
- migliorare la qualità' della vita
 - favorire l'autogestione e l'empowerment dei pazienti nel processo di cura
 - assicurare la continuità' assistenziale diurna
 - promuovere la prevenzione (vaccinazioni, screening mammografico, colon-retto, collo-utero)

■ promuovere l'educazione e l'informazione sanitaria, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza

- ridurre il numero degli accessi impropri al Pronto Soccorso
- ridurre il numero dei ricoveri e delle giornate di degenza negli Ospedali
- attuare il PTDA, con conseguente riduzione delle complicanze e dei ricoveri inerenti alle patologie croniche incluse nei percorsi
- contenere le liste d'attesa
- erogare prestazioni basate sui principi di efficacia, efficienza, qualità ed appropriatezza.

Analisi dei Volumi di Attività del Centro UCCP

Volumi di attività dei MMG e PLS
Per quanto concerne i 5 MMG, si ipotizza che vengano effettuate n.50 visite/giorno, che, x 5 giorni = 250/sett., x 54 sett. = n.13.500 visite/anno, complessivamente
In relazione all'attività dei 3 PLS, si ipotizza che essi effettuino 30 visite/giorno, che x 5 giorni = 150/sett., x 54 sett. = n.8.100 visite/anno, in totale.

COSTO VARIABILE DIRETTO MATERIALE CONSUMO (C)

materiale consumo costo annuale per 21.600 pz								
sanitario	lenzuolini	guanti	altro					
qt	540	216						
costo unitario	€ 4,00	€ 4,00						
	€ 2.160,00	€ 864,00	€ 1.200,00				Totale	€ 4.224,00
macchinario	gel	pellicole	carta ECG					
qt								
costo unitario								
	€ 100,00	€ 400,00	€ 200,00				Totale	€ 700,00
non sanitario	cancel							
qt								
costo unitario								
	€ 2.500,00						Totale	€ 2.500,00
								€ 7.424,00
(2) ammortamento 3 anni: quota annuale						costo a paziente (valore base 21.600 unità)		€ 0,34
(3) ammortamento 5 anni: quota annuale								
COSTI FISSI UCCP (D)	n. visite annue (MMG-PLS)					costo annuale unitario	quantità	costo totale
	21600							
affitto						€ 36.000,00	1	€ 36.000,00
utenze						€ 12.000,00	1	€ 12.000,00
pulizia						€ 3.600,00	1	€ 3.600,00
computer (2)						€ 133,33	5	€ 666,67
stampante/scann (2)						€ 83,33	5	€ 416,67
assicurazioni						€ 3.000,00	1	€ 3.000,00
pers segreteria						€ 20.160,00	2	€ 40.320,00
pers infermier						€ 21.840,00	2	€ 43.680,00
apparecchiature sanitarie	ecg (3)					€ 400,00	1	€ 400,00
	ecocolor Doppler (3)					€ 20.000,00	1	€ 20.000,00
	ecografo (3)					€ 10.000,00	1	€ 10.000,00
								€ 170.083,33
costo a paziente (valore base 21.600 unità)								€ 7,87

Totale visite/anno effettuate dai MMG e dai PLS nella nostra UCCP = n.21.600

PDTA DIABETE MELLITO

La durata del percorso è annuale. Le modalità di presa in carico globale del paziente cronico, attuate in maniera integrata con specialisti ed altri operatori, facilitano il raggiungimento degli obiettivi prefissati, come di seguito indicati:

- 1) migliorare la qualità di vita
- 2) migliorare la soddisfazione per l'assistenza
- 3) effettuare educazione sanitaria, ed in particolare favorire l'accesso a stili di vita più sani (com-

portamento alimentare, attività fisica, counseling sulla cessazione del fumo); favorire l'adesione alla prescrizione terapeutica e l'autocontrollo (gestione dell'ipoglicemia; autogestione della terapia con monitoraggio domiciliare della glicemia; gestione del diabete in corso di malattie intercorrenti; cura del piede diabetico)

- 4) controllo accettabile del valore di HB glicata
- 5) prevenzione delle complicanze e gestione di quelle già insorte
- 6) riduzione del numero di ricoveri per tale patologia o accessi impropri al P.S.
- 7) gestione di un'agenda riservata al percorso, con conseguente con-

tenimento delle liste d'attesa.

Nel percorso diabete vengono reclutati, previa acquisizione del consenso informato ed alla privacy, n. **500 pazienti** affetti da diabete di tipo 2, non complicato o con complicanze in fase di stabilità iniziale. Il numero di 500 pazienti è stato così calcolato:

■ si può ipotizzare che tra i pazienti dei 5 MMG massimalisti afferenti alla nostra UCCP, circa il 10% degli assistiti siano diabetici, (ossia circa n.750).

■ di questi, solo 500 sono stati reclutati per il percorso in base a caratteristiche predefinite (sono stati esclusi dal percorso i bambini e le gestanti).

orario operativo UCCP - valore annuale				
h/gg	gg	sett	mesi	tot annuo
8,00	5,00	4,33	12,00	2078,4

Il PTDA diabete comprende, per ogni paziente, le seguenti prestazioni:

- visita del MMG con cadenza trimestrale: totale 4 visite/anno
- visita oculistica con esame del fondo oculare (in assenza di retinopatia): 1 visita/anno
- visita cardiologica con ECG: 1 visita/anno
- visita angiologica con ecodoppler vasi epiaortici ed arti inferiori: 1 visita/anno
- visita endocrinologica: 2 visite/anno (salvo urgenze)
- visita neurologica: 1 visita/anno
- visita dietologica: 1 visita/anno

Pertanto le visite totali, effettuate dagli Specialisti Convenzionati ai 500 pazienti presi in carico, saranno quantificabili in:

- 2000 visite/anno MMG (ripartite fra i 5 MMG)
- 1000 visite endocrinologiche ordinarie e 20 straordinarie per urgenze
- 500 visite dietologiche
- 500 visite neurologiche
- 500 visite cardiologiche con ECG
- 500 visite oculistiche con fondo oculare
- 500 visite angiologiche con ecodoppler

Calcolando che ogni visita specialistica abbia una durata media di circa 15-20 minuti, gli Specialisti Convenzionati - per assicurare il numero delle visite sopraindicate ai 500 pazienti diabetici arruolati - dovranno fornire alla Struttura il seguente monte orario:

- endocrinologo:
3 ore per 2 volte a settimana

- oculista:
3 ore per 1 volta a settimana
 - dietologo:
3 ore per 1 volta a settimana
 - neurologo:
3 ore per 1 volta a settimana
 - cardiologo:
3 ore per 1 volta a settimana
 - angiologo/chirurgo vascolare:
3 ore per 1 volta a settimana
- I costi del personale medico impiegato nel predetto percorso sono pari a:
- 15 Euro l'anno a percorso, per i MMG
 - 30 Euro l'ora, per ciascuno Specialista Convenzionato

Rientrano nei costi fissi le attrezzature (sanitarie e di altro tipo), nonché il costo degli infermieri e degli operatori amministrativi. Il servizio di segreteria, oltre a dover fissare gli appuntamenti, sarà proattivo nel rammentare anticipatamente le date fissate. (vedi Tabella)

CONCLUSIONI

I PTDA si basano sul **lavoro di un team multidisciplinare**, dove ogni membro contribuisce al risultato finale e dove l'interazione tra i diversi membri produce il successo, o anche l'insuccesso, del processo assistenziale. Va aggiunto che il lavoro di questo team avviene in un contesto dove operano molteplici Stakeholder. La qualità delle interazioni con queste diverse realtà, con le organizzazioni della comunità, è un importante aspetto del successo delle cure primarie. Il gruppo di lavoro concorda nel fornire una sintesi operativa de-

Tabella riassuntiva costo percorso PTDA diabete		
	a paziente	per 500
costo A	€ 85,00	€ 42.500,00
costo B	€ 68,68	€ 34.340,00
costo C	€ 0,34	€ 171,85
costo D	€ 7,87	€ 3.937,11
	€ 161,90	€ 80.948,97

gli adempimenti relativi al tema del PTDA diabetico, in particolare lo studio che abbiamo condotto consente di verificare i suoi costi in ambito territoriale. L'obiettivo è definire il modello ottimale del PTDA diabetico sia dal punto di vista gestionale che delle attività istituzionali e di equilibrio economico, nel tentativo di allocare in modo efficiente ed efficace le risorse disponibili, ciò può avvenire con la maggiore responsabilizzazione dei medici verso la scelta delle terapie più appropriate che siano in grado davvero di dare risultati a lungo termine.

BIBLIOGRAFIA

1. *Indagine conoscitiva sulla patologia diabetica in rapporto al servizio sanitario nazionale ed alle connessioni con le malattie non trasmissibili - doc. xvii n. 16 - Documento approvato dalla 12^a Commissione Permanente (Igiene e Sanità) nella seduta del 4 ottobre 2012.*
2. *Osservatorio ARNO Diabete - Il profilo assistenziale della popolazione con diabete, Rapporto 2011* <http://osservatorioarno.cineca.org>.
3. *Consensus AMD SID SIEDP OSDI - Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio - Il Giornale di AMD; 15:9-25, 2012.*

Proposta di Day Service Chirurgico in età pediatrica

Riassunto

Il Day Service Chirurgico è un livello assistenziale intermedio tra Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale per patologie che, anche se operate in anestesia generale, sono dimissibili entro un paio d'ore.

Gli AA, dopo uno studio di fattibilità effettuato su pazienti di età pediatrica operati in Day Surgery, propongono il Day Service Chirurgico Pediatrico per alcune patologie ben definite da operare comunque in narcosi.

Gli AA lasciano aperto il problema della remunerazione delle prestazioni, che andrà stabilito con un apposito protocollo di intesa tra l'Azienda Ospedaliera e la Regione Campania.

Renato Pascotto*, Giovanni Saggiomo*, Francesco Pecci, Landino Fei***, Beniamino Pascotto*****

**U.O. Chirurgia Pediatrica P.O. SS. Annunziata – AORN Santobono-Pausilipon Napoli*

***Direzione Medica P.O. SS. Annunziata – AORN Santobono-Pausilipon Napoli*

****U.O.C. Fisiopatologia Chirurgica Apparato Digerente SUN*

PAROLE CHIAVE:

Day Service Pediatrico, Ambulatory Surgery Pediatrico, Day Care

INTRODUZIONE E SCENARIO

Spesso quando si parla di Chirurgia Ambulatoriale, Day Service, Day Surgery, Ambulatory Surgery si fa un po' di confusione, poiché molti addetti ai lavori usano indifferentemente uno dei termini per intendere la medesima cosa e cioè la day surgery, mentre in realtà non sono sinonimi. In Italia per chirurgia ambulatoriale intendiamo un setting assistenziale riservato ad interventi di piccola chirurgia eseguibili in anestesia locale in ambulatori attrezzati, che non provocano al paziente la perdita, seppur temporanea, di alcuna funzione vitale e che per questo motivo non richiedono in nessun caso una osservazione

post intervento. Da un punto di vista amministrativo tali procedure si eseguono senza ricovero, con richiesta del Medico di Medicina Generale, remunerate alla Struttura secondo il tariffario ambulatoriale e la partecipazione del paziente, ove previsto, alla spesa mediante pagamento del cosiddetto ticket, variabile da Regione a Regione.

La day surgery, invece, è un setting assistenziale, intermedio tra il trattamento ambulatoriale ed il ricovero ordinario, che prevede il ricovero del paziente con un primo accesso per praticare gli esami preoperatori ed un secondo per l'intervento chirurgico, con dimissione del paziente entro le ore 20 dello stesso giorno dell'intervento. E' riservata, quindi, ad interventi

chirurgici di media complessità, eseguibili in anestesia generale, con recupero delle funzioni vitali entro poche ore dal termine dell'intervento per consentire al paziente il ritorno al proprio domicilio in serata in assoluta sicurezza. Per tale motivo nella day surgery gli interventi devono essere terminati entro le ore 14 per poter avere un arco di tempo sufficiente di almeno sei ore per l'ultimo paziente operato, per consentire la ripresa delle funzioni vitali. Dal punto di vista remunerativo la day surgery, prevedendo il ricovero, viene remunerata a tariffa DRG con percentuali della tariffa dall'80% al 100% a seconda delle Regioni.

Uno dei "vincoli", che condiziona il numero giornaliero di interventi eseguibili in un arco temporale di sei ore (8-14), è il numero di posti letto disponibili per la day surgery che è, a sua volta, una percentuale dei posti letto totali della struttura, spesso insufficiente alle esigenze della day surgery.

Sappiamo che, da un punto di vista legislativo un posto letto di day surgery può essere utilizzato per due pazienti nella stessa giornata, ma questo significa che di questi due pazienti, solo uno sarà in secondo accesso per l'intervento chirurgico, mentre l'altro potrà essere un primo accesso per le indagini preoperatorie.

In questa maniera, ad esempio, una struttura che ha dieci posti letto di day surgery non potrà effettuare più di dieci interventi chirurgici in una singola giornata e dieci primi accessi per gli esami preoperatori.

Diverso è il caso della cosiddetta

ambulatory surgery o “chirurgia ambulatoriale complessa” o, come noi lo definiamo “day service”. È un setting assistenziale riservato a tutte quelle patologie non trattabili ambulatorialmente, ma che, per la brevità dell'intervento, anche se eseguito in anestesia generale, possono essere inviate a domicilio dopo una osservazione di un paio di ore. La differenza sostanziale con la day surgery è il superamento del vincolo rappresentato dalla necessità di avere a disposizione il posto letto tradizionale che nella day surgery può essere il vero limite. E, se è vero che la legislazione italiana con i LEA sta indirizzando sempre più alcune patologie chirurgiche (ernia, cataratta, tunnel carpale ed altre) verso la chirurgia ambulatoriale, è altrettanto vero che non possiamo riferirci alla chirurgia ambulatoriale classica precedentemente definita, ma ad un setting assistenziale più complesso le cui caratteristiche sono intermedie tra la day surgery e la chirurgia ambulatoriale classica che, come abbiamo già detto, è il day service. Negli ultimi anni, poi, l'affermarsi di tecniche sempre meno invasive insieme a tecniche anestesologiche specifiche, ha consentito di poter allargare l'indicazione alla day surgery a molte patologie, che solo pochi anni orsono era impensabile non trattenere in ospedale per alcuni giorni nel post-operatorio (p.es. varici, gozzo, alcune patologie mammarie, appendicite non acuta non complicata ed altre), ed ha finito col sottrarre spazio a quelle patologie classicamente trattate in day surgery (una per tutte l'ernia inguinale). Il risultato è stato che, per la riduzione di posti letto si è avuto un allungamento dei tempi di attesa per chirurgia cosiddetta “minore”. Ma un modello di day surgery efficace ed efficiente non può accomunare interventi che durano fino a due ore ed interventi che durano pochi minuti; per que-

sti ultimi c'è il “day service” o “chirurgia ambulatoriale complessa” o “ambulatory surgery”.

Ecco che, come spesso accade, da un vincolo legislativo nasce una opportunità anche per la chirurgia pediatrica, dove l'età del paziente è un fattore determinante per la scelta dell'anestesia generale anche per patologie minime, che nell'adulto si avvalgono della chirurgia ambulatoriale cosiddetta “minore”: trattare anche in età pediatrica alcune patologie non più in day surgery ma in day service chirurgico e dare così più spazio in day surgery ad altre patologie più complesse

Con il day service si va affermando il concetto di “Day Care”, dove i posti letto perdono la loro valenza di posti letto equivalenti o tecnici e non rientrano nello standard di dotazione fissato a livello nazionale e regionale, che sappiamo bene come in questi ultimi anni è andato sempre più diminuendo di numero; e, d'altro canto, la riduzione drastica dei posti letto per abitante in Italia ha spostato l'attenzione degli operatori verso la deospedalizzazione anche del paziente chirurgico.

In sostanza c'è la possibilità, con questo setting assistenziale, di poter operare più pazienti nella stessa giornata, avendo superato un vincolo burocratico limitante rappresentato dalla corrispondenza tra il numero dei posti letto e quello degli interventi programmati.

Volendo dare una definizione del day service chirurgico possiamo applicare la definizione data nelle linee guida per l'attivazione della chirurgia ambulatoriale complessa dalla Regione Molise (10). Per Day Service Chirurgico si intende la “Possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici (di breve durata) od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi-invasive in regime di assistenza limitata alle sole ore del giorno,

in anestesia locale, locoregionale o generale, praticabili senza ricovero”.

Ma quali sono gli interventi chirurgici che possono giovare di un simile setting assistenziale?

Certamente interventi di durata molto breve, ma, probabilmente, l'indicazione può essere estesa ad interventi di durata maggiore.

La nostra è l'esperienza della Day Surgery Pediatrica del P.O. SS. Annunziata di Napoli, iniziata nel 1990 con l'istituzione di un Modulo di Chirurgia Pediatrica nella U.O. di Chirurgia del P.O. Ascalesi, Ospedale ad alta specializzazione per adulti. Dal 1998 in poi l'attività da sporadica è divenuta routinaria con il trasferimento di tutta l'attività di Chirurgia Pediatrica al vicino P.O. SS. Annunziata, Ospedale Pediatrico della medesima Asl Napoli 1; possiamo pertanto dire che la nostra esperienza è maturata negli ultimi quindici anni.

Nel 2011, poi, con l'aggregazione del P.O. SS. Annunziata all'AORN Santobono-Pausilipon di Napoli, unica Azienda Pediatrica della Regione Campania, ad alta specializzazione, aggregazione voluta dal piano di riordino delle attività ospedaliere, l'attività della nostra U.O. di Chirurgia Pediatrica, da sempre effettuata in day surgery, si è necessariamente orientata verso un setting assistenziale che prevedesse la deospedalizzazione quasi completa dell'attività chirurgica minore. A tale scopo, nel 2013, il management Aziendale ha individuato l'U.O. di Chirurgia Ambulatoriale e Day Service.

MATERIALI E METODI

Dal giugno 2011 al maggio 2014 abbiamo testato la dimissibilità a due ore dal termine dell'intervento dei piccoli operati in day surgery dall'U.O. di Chirurgia Pediatrica del P.O. SS. Annunziata, continuando un nostro studio già parzialmente

concluso nel luglio 2013. In questo periodo l'ospedale SS. Annunziata di Napoli, in ottemperanza al Piano Ospedaliero della Regione Campania, è transitato dall'Asl Napoli 1 Centro all'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausilipon, unica azienda esclusivamente pediatrica della Regione Campania. Questo fattore ha dato un'ulteriore spinta alla riorganizzazione dell'attività chirurgica della nostra U.O. con l'intento di razionalizzare, ottimizzare ed eventualmente riqualificare le risorse, ridurre i tempi di attesa, mantenendo inalterata la performance qualitativa, anche in termini di efficacia ed efficienza nonché di sicurezza per i pazienti e gli operatori, secondo le linee guida aziendali. Tornando allo studio, si tratta di 817 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in day surgery dal giugno 2011 al maggio 2014.

Le patologie sono quelle classiche della day surgery (ernia, idrocele, testicolo ritenuto, fimosi, varicocele, ipospadia distale, cisti e fistole del collo, residui branchiogeni, cisti e fistole pilonidali, frenuli vari, tumefazioni cutanee e sottocutanee varie, unghia incarnita, esadattilia).

L'età all'intervento era compresa tra 6 mesi e 14 anni.

Tutti i bambini operati sono stati comunque dimessi entro le ore 19 secondo i canoni classici della day surgery. Nel nostro studio abbiamo preso in considerazione alcuni parametri per valutare la dimissibilità dei piccoli operati: dolore, pieno risveglio e stato di coscienza, minzione spontanea, ripresa dell'alimentazione, deambulazione ove possibile. Abbiamo valutato questi parametri a 30, 60 e 120 minuti dall'intervento, tempo che abbiamo stabilito come limite per poter decidere se dimettere il paziente o prolungare l'osservazione. Abbiamo considerato dimissibili i pazienti che, a due ore dal termine dell'intervento, presentavano un pieno recupero dello stato di coscienza, avevano bevuto

ed urinato spontaneamente, avevano assunto qualcosa di solido senza vomitare, non avevano dolore e nei quali la compliance familiare era buona e comunque favorevole al ritorno a casa.

RISULTATI

Dall'esame dei dati è emerso un dato significativo: determinante per la dimissione a due ore dal termine dell'intervento è risultata essere la durata dell'intervento e quindi dell'anestesia generale. Abbiamo verificato che, se l'intervento termina entro i 40-45 minuti, indipendentemente dal tipo di intervento, il 100% dei bambini dopo 2 ore non necessita di ulteriore osservazione ed è in condizione di tornare a casa.

Negli interventi che superano i 45 minuti di anestesia la percentuale dei dimissibili a due ore dal termine dell'intervento si abbassa in maniera inversamente proporzionale alla durata dell'intervento.

Abbiamo selezionato le patologie trattate nelle quali la durata dell'intervento non è andata oltre i 45 minuti.

Si tratta di interventi:

- per patologie del dotto peritoneo-vaginale, limitatamente all'ernia inguinale ed all'idrocele;
- per neoformazioni della cute, quali grossi nevi, angiomi, dermatofibromi, appendice auris ecc.;
- per neoformazioni del sottocute cisti dermoidi, cisti sebacee, cisti trichilemmali, pilomatrixomi;
- per linfadenopatie varie, anche a scopo diagnostico bioptico;
- per ascessi vari, a varia localizzazione;
- per unghia incarnita al piede, mono o bilaterale;
- sui genitali quali frenulo corto prepuziale, cisti prepuziali;
- per patologie del cavo orale quali epulidi, brevità del frenulo linguale età oltre 1 anno di età, frenulo labiale superiore.

La tabella illustra sinteticamente quanto esposto.

CONSIDERAZIONI E PROPOSTA

L'attuale modesta invasività delle tecniche chirurgiche, la brevità dell'intervento, associate ad una tecnica anestesiológica che si avvale di blocchi periferici, maschere facciali o laringee, analgesia spinta, con ripresa completa delle funzioni del piccolo paziente dopo un paio d'ore, verificata ormai ampiamente con la day surgery, ci hanno spinto a considerare un nuovo modello organizzativo in chirurgia pediatrica. Sulla scorta di quanto già avviato in altre Regioni per la chirurgia degli adulti e sulla scorta delle indicazioni del Ministero della Salute (LEA) proponiamo il day service chirurgico pediatrico, che può essere sperimentato nei prossimi mesi da chiunque ne abbia necessità, voglia e, soprattutto, caratteristiche organizzative, verificandone la praticabilità e valutandone i pro e i contro.

Limiti di età, protocolli, percorsi del day service chirurgico pediatrico sono simili alla day surgery. La vera differenza tra i due modelli assistenziali sta nel fatto che, mentre nella day surgery il numero di posti letto (peraltro funzione dei posti letto totali del Presidio Ospedaliero) è fisso e predeterminato ed il numero di interventi non può essere superiore al numero dei posti letto, con il day service il posto letto non è più un vincolo perché, comunque, da un punto di vista amministrativo si tratta di un modello assistenziale di chirurgia ambulatoriale che non richiede ricovero né posto letto. La percorribilità dell'assistenza in day service per il piccolo paziente chirurgico dipende esclusivamente dalla sua ripresa rapida postoperatoria ed è quindi funzione della durata dell'intervento. Noi riteniamo e proponiamo di

stabilire che si possono operare in day service, in anestesia generale, solo pazienti con patologie in cui la durata prevista dell'intervento chirurgico non va oltre i 40 minuti. È ovvio che questi pazienti devono comunque essere osservati per un breve periodo nel postoperatorio. Questa osservazione, che noi proponiamo non eccedere le due ore, viene effettuata da due unità infermieristiche e sotto la supervisione di un secondo anestesista in un ampio spazio adiacente, ma esterno al complesso operatorio. Tale spazio, che definiamo P.A.C.U. (post anesthetic care unit), è dotato di letti attrezzati, separati da pannelli scorrevoli.

CONCLUSIONI

Il setting assistenziale descritto va concordato a livello regionale con apposito protocollo di intesa, specificando le patologie da inserire e stabilendone la remunerazione, potendo prevedere una minima partecipazione del paziente con un ticket equivalente alla prestazione ambulatoriale (p.es.: 70% della remunerazione DRG in day surgery+ Ticket?).

Punti di forza del day service chirurgico sono:

1. la mancanza del vincolo del posto letto che ci consente di effettuare un numero maggiore di interventi;
2. il periodo di osservazione postoperatoria più breve, che ci consente sedute operatorie pomeridiane;
3. la riduzione dei costi fissi che vengono "spalmati" su un numero maggiore di interventi chirurgici;
4. l'abbattimento delle liste di attesa, riportando i tempi di attesa per patologie minori entro limiti accettabili (1-2 mesi massimo);
5. l'inserimento di nuove patologie più complesse da trattare in day surgery.

Di contro richiede, per la estrema brevità del contatto, un impegno

professionale ancora maggiore, una organizzazione capillare, una attenta ed efficace comunicazione, una corretta e precisa informazione, una tecnica chirurgica particolarmente "pulita, rapida ed essenziale". Il vero punto di debolezza è, forse, la remunerazione che, a nostro avviso non dovrebbe essere inferiore al relativo DRG in day surgery con un eventuale ticket, per poter produrre di più a fronte di un maggior lavoro.

Il day service, insieme alla day surgery, potrebbe rappresentare il modello del futuro, considerato che l'ospedalizzazione sarà sempre più riservata esclusivamente ai pazienti acuti.

BIBLIOGRAFIA

1. Regione Basilicata D.G.R. 20 dicembre 2011, n. 2863 (Nuovo modello organizzativo "Day Service" Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale (PCA) - Integrazione e modifica Nomenclatore Tariffario Regionale).
2. Regione Campania - D.G.R. N 546 del 30 marzo 2007 - Istituzione del modello organizzativo del Day Service - B.U.R.C. N 23 DEL 23.04.2007.
3. Regione Emilia-Romagna Eleonora Verdini, Ministero della Salute: Progetto Mattoni SSN Approvato 16.05.07 - Forme alternative alla degenza: definizione (day hospital, day surgery, day service) e relativi flussi informativi. Evoluzione del sistema DRG nazionale Milestone 1.2.1, 2007.
4. Regione Emilia-Romagna, circolare n.8 del 30 aprile 2004 - Linee guida per un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa e integrata (Day service ambulatoriale DSA).
5. Regione Emilia Romagna **Delibera n° 2142 del 28/11/00 DAY SERVICE - Percorso Ambulatoriale Complesso** - "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali".
6. Regione Lazio - ASL Viterbo Presidio Ospedaliero Centrale Linee guida Day-

Hospital, Day-Surgery e Day-Service (01/09/2004). Redatto da: G. Cimarello, N. Ciccotosto, F. Sileoni, M. Quintarelli, D. Cappelli, M. Curzi, S. Necciari, M. Ferri. Verificato da E. Sesti Direttore Sanitario P.O.C. Approvato da G. Macchia Direttore Sanitario Az.

7. Regione Lombardia - Direttive in ordine all'attività di day hospital e day surgery - Delibera n. VI/34776 del 20/02/1998.

8. Regione Lombardia Delibera n. VII/5127 del 15/06/2001 - Ulteriori direttive in ordine all'attività di day hospital e day surgery rispetto alla d.r.g. VI/34776 del 20 febbraio 1998.

9. Regione Marche Decreto n. 143/AOS del 21/12/2004 - Regolamentazione dell'attività di day hospital diagnostico e terapeutico medico: repertorio regionale dei day hospital diagnostici e terapeutici medici-2005.

10. Regione Molise D.Comm. n.83-26 set.2011- All.1 Linee guida Chirurgia Ambulatoriale Complessa

11. Regione Puglia D.G.R. 3/6/98 n.2016 - Regolamentazione del day hospital e del day surgery: Linee guida.

12. Regione Puglia D.G.R. 10/03/2011, n. 433: Nuovo modello organizzativo "Day Service".

13. Regione Puglia DGR n. 35 del 27.01.2009 e smi - Definizione percorsi assistenziali: chirurgia ambulatoriale cataratta e tunnel carpale, follow-up diabete ed ipertensione.

14. Regione autonoma della Sardegna - Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 37/9 del 25.9.2007 Linee guida regionali per l'attivazione e il corretto funzionamento delle attività di day-service.

15. Regione Siciliana Decreto 6 giugno 2003 - Linee guida per l'erogazione delle prestazioni di day surgery e day hospital.

16. Regione Siciliana Circolare 28 gennaio 2000, n.1017 - Day hospital.Linee guida.

17. Regione Veneto L.R. 39/93 - Indirizzi per la regolamentazione delle attività effettuabili in regime di ricovero diurno (day hospital-day surgery).

Steelco e l'arte del ricondizionamento degli endoscopi flessibili

LA FILOSOFIA ARES

Circa un decennio fa Steelco, rispondendo al feedback e alle esigenze dei clienti, ha iniziato a sviluppare una piattaforma dedicata all'endoscopia investendo in ricerca tecnologica e lanciando nel mercato il sistema EW 2.

Ad oggi la lavadisinfetta endoscopi EW 2 rappresenta ancora una delle apparecchiature più tecnologiche disponibili in termini di sicurezza, automazione, tracciabilità e caratteristiche ergonomiche.

Steelco continua ad espandere le soluzioni per il ricondizionamento completo dei dispositivi flessibili proponendo risposte innovative che comprendono sistemi di pre-lavaggio, nuove lavadisinfetta endoscopi, armadi di asciugatura e stoccaggio, software di tracciabilità e progettazione customizzata di dipartimenti di endoscopia.

Steelco è stata una delle prime aziende ad offrire sistemi a doppia porta passante, etichette e tag RFID, compreso il riconoscimento RFID dei chimici: tutto questo per garantire sicurezza, prevenire le infezioni ospedaliere e separare i percorsi sporco/pulito.



Le lavaendoscopi Steelco sono pienamente conformi allo standard UNI EN ISO 15883-1/4 e gli armadi di asciugatura e stoccaggio sono già certificati in conformità alla prEN 16442:2004. Le validazioni sono certificate da uno dei più noti laboratori microbiologici Europei.

UN AMBIENTE COSTRUITO SULLE ESIGENZE DEGLI OPERATORI

Oggi Steelco è orgogliosa di poter allestire soluzioni "chiavi in mano" di reparti di endoscopia che massimizzano la sicurezza nel controllo delle infezioni, ottimizzano i processi e riducono i costi offrendo un ambiente di lavoro costruito sulle esigenze degli operatori.

Il focus di Steelco sull'innovazione, insieme alla mission di rispondere alle attuali e future esigenze delle realtà endoscopiche, le ha fatto guadagnare il titolo di leader "nell'Arte del ricondizionamento degli endoscopi flessibili".

SFIDE E PRIORITÀ QUOTIDIANE DEI CENTRI DI ENDOSCOPIA

La necessità di avere piena visibilità di tutti i parametri e flussi di lavoro all'interno di un dipartimento di endoscopia è una delle richieste più importanti dei nostri clienti. Il bisogno è quello di avere un software di tracciabilità capace di validare e monitorare il singolo endoscopio durante tutte le fasi del ricondizionamento e gli eventi esterni (manutenzione, usi esterni ecc.);

I dipartimenti di endoscopia vogliono essere in grado di produrre una solida reportistica in grado di visualizzare i cicli di ricondizionamento, la storia del singolo endoscopio, il consumo dei chimici e la manutenzione con

la finalità di controllare e gestire meglio flussi di lavoro e costi in uso.



Il software di tracciabilità SteelcoData Ares è la risposta a questa sentita esigenza poiché è in grado di tracciare lo strumento, dall'uso sul paziente, al lavaggio manuale, al ricondizionamento nella lavadisinfetta endoscopi fino allo stoccaggio all'interno di un armadio ventilato a norma. Utilizzando SteelcoData Ares con la tecnologia RFID - a mani libere - si può ulteriormente migliorare la sicurezza riducendo il rischio di contaminazioni crociate.

Inoltre, SteelcoData Ares fornisce dettagli sulla tempistica di attesa del DM tra le varie fasi del processo, la manutenzione ordinaria e avvisa in caso il DM sia in uso in una sede diversa da quella abituale. Tutti i dati catturati dal software possono poi essere elaborati e personalizzati in database dedicati.

HAI MAI CHIESTO DI PIÙ ALLA TUA LAVAENDOSCOPI? ORA È POSSIBILE CON STEELCO EW 2 3S!

EW 2 3S è storia recente. Presentata al 21° congresso europeo di gastroenterologia UEGW, racchiude in sé il meglio della tecnologia di ricondizionamento a beneficio dei grandi centri di endoscopia.

Assecondando le richieste dei nostri clienti ci siamo focalizzati sulla necessità di trattare più strumenti simultaneamente, per ridurre il costo ciclo offrendo anche come valve proposition la disinfezione delle sonde transesofagee.

Tempo ciclo: meno di 30 minuti. Capacità fino a 3 endoscopi flessibili, 9 videobroncoscopi o 3 sonde transesofagee. 48 endoscopi/sonde e 144 videobroncoscopi per 8 ore di attività quotidiana. Controllo sul singolo canale su 7 canali. 3 cicli validati secondo ISO 15883-1/4 con diversi detergenti/disinfettanti chimici.



CARATTERISTICHE STEELCO EW 2 3S

Singola o doppia porta passante.
Grande flessibilità in fase di installazione e configurazione.

Apertura scorrevole della porta e accesso frontale alla manutenzione.

Facilità di accesso per l'operatore e ottimizzazione dello spazio.

Migliori prestazioni con il minimo ingombro.

Basso consumo d'acqua e dei chimici nel minimo ingombro, il modo migliore per abbassare i costi operativi.

Facilità d'impiego: modalità ergonomica di carico dell'endoscopio e delle soluzioni di trasporto.

Le cassette dedicate agli endoscopi grazie al sistema di scorrimento permettono un sicuro e facile trasporto negli armadi di asciugatura e stoccaggio.

Trattamento del risciacquo finale
Il doppio sistema di filtraggio dell'acqua abbatte fino a 0,1 micron presenza delle endotossine proteggendo dal rischio di contaminazione il risciacquo finale.

Auto-termodisinfezione
Il ciclo di auto-termodisinfezione (Ao 600) in conformità con la ISO 15883-4, 4.8.5 garantisce una completa decontaminazione di tutti i circuiti dell'acqua.

720 ORE VI SEMBRANO POCHE? UN MESE DI STOCCAGGIO ASETTICO CERTIFICATO

Dopo il processo di lavaggio e disinfezione, è di fondamentale importanza il mantenimento dell'integrità microbiologica degli endoscopi durante la fase di asciugatura e stoccaggio. I nostri armadi di asciugatura certificano fino a 720 ore di stoccaggio asettico, con la conformità agli standard prEN16442:2014.

Soluzioni singole e abbinate di stoccaggio verticale o orizzontale.

Steelco ha sviluppato una serie di armadi di asciugatura in grado di conservare asetticamente fino a 18 endoscopi posizionati verticalmente e fino a 16 conservati orizzontalmente. Sono monitorati sia lo stato di asciugatura con filtro HEPA, sia ogni singolo canale e flusso d'aria presente in ogni livello.

Lo stoccaggio orizzontale, in cassette rigide coperte, consente il trasporto sicuro dello strumento verso il punto di utilizzo. Le cassette sono studiate per preservare l'integrità HLD e proteggere l'endoscopio da eventuali danneggiamenti.

Integrità microbiologica fino a 720 ore. Compatibile con tutte le marche di endoscopi. Conservazione verticale fino a 18 endoscopi e 16 in modo orizzontale. Aria calda filtrata con filtro HEPA H14. Trattamento germicida indiretto con lampade UV. Opzione stampante integrata. Completa tracciabilità grazie a SteelcoData ARES software.



Info:

www.steelcospa.com

“Sotto gli alberi di ciliegio nessuno è straniero” (Issa 1763-1828)

Forse non tutti sanno che i migliaia di alberi di ciliegio che compongono La Cherry Lane sulla riva ovest del Potomac a Washington, non sono un fenomeno naturale, ma la testimonianza della collaborazione e dell'integrazione culturale tra gli Stati Uniti ed il Giappone. Ad orchestrare la donazione dei 3.000 Sakura, fu nel 1912 lo scienziato giapponese di fama internazionale Jokichi Takamine, scopritore dell'adrenalina e primo presidente dell'azienda farmaceutica Daiichi Sankyo. La donazione fu suggellata da una cerimonia che si svolse il 27 Marzo del 1912 e vide la First Lady Helen Herron Taft e la Viscontessa Chinda, moglie dell'ambasciatore giapponese, piantare i primi due alberi di ciliegio della varietà Yoshino sul Tidal Basin. Nel corso degli anni, gli alberi di ciliegio sono diventati uno dei simboli della capitale statunitense, e l'anniversario della donazione viene festeggiato ogni anno con un Festival che attrae centinaia di migliaia di persone provenienti da tutto



il mondo. Per ricordare e rinnovare il valore di questo dono, quest'anno Daiichi Sankyo Italia ha arricchito di nuovi ciliegi la bellissima Passeggiata del Giappone del Parco Centrale del Lago EUR di Roma, il suggestivo viale che per l'occasione ospiterà ad aprile la celebrazione dell'Hanami 2015, una tradizione nipponica millenaria che consiste nel festeggiare e godere dello spettacolo dei ciliegi (sakura) in fiore. La connessione tra Daiichi Sankyo e gli alberi di ciliegio testimonia la visione globale dell'azienda orientata all'integrazione fra culture diverse, e la scelta del Dr. Takamine un secolo fa continua ad ispirare il Gruppo ancora oggi, costituendo un importante simbolo della sua missione filantropica e della responsabilità sociale di impresa.

www.daiichi-sankyo.it/

Clean & Green: un binomio perfetto per Markas!

È possibile offrire un servizio di pulizie di alta qualità che sia anche a impatto zero per l'ambiente? Per cercare di rispondere a questa domanda, Markas, azienda leader nel settore, ha deciso di intraprendere un percorso di sostenibilità, che ha avuto inizio con la misurazione degli impatti che il proprio servizio di pulizie produce sull'ambiente. Questo, calandosi nella realtà del servizio erogato da Markas, significa misurare quanto inquinamento derivi da ogni mq di superficie ospedaliera che viene pulita. Lo strumento che, in tal senso, permette un calcolo attendibile degli effetti prodotti

sull'ambiente da una data attività – nello specifico il servizio di pulizie Markas - prende il nome di EPD. L'Environmental Product Declaration o Dichiarazione Ambientale di Prodotto - questa la traduzione della sigla - quantifica un insieme di dati ambientali attraverso parametri predefiniti, tenendo in considerazione tutte le emissioni nonché il globale utilizzo di risorse che connotano l'attività di pulizia "dalla culla alla tomba". Il risultato finale di quest'analisi permette di avere una misura completa dell'impatto ambientale del servizio, analizzando tutti i consumi di risorse legati allo stesso. Markas, adottando come proprio sito-campione un ospedale di medie dimensioni, ha voluto così misurare concretamente l'impatto ambientale prodotto nell'arco di un anno dal proprio servizio di pulizia. L'indagine si è basata quindi sull'analisi dell'intero "ciclo di vita" (LCA): dalla produzione dell'energia elettrica e dei materiali costituenti i macchinari, al trasporto dei prodotti fino alla struttura ospedaliera, dallo svolgimento del servizio vero e proprio al trattamento degli scarichi e al trasporto dei rifiuti. L'indagine di Markas è stata – tra le prime in Italia del suo settore – convalidata da un ente terzo di certificazione e registrata dall'ente europeo Environdec. L'EPD, per Markas, non vuole essere un punto di arrivo ma un punto di partenza, da cui iniziare a declinare azioni significative, come ad esempio la "forestazione compensativa", per offrire alle strutture ospedaliere il valore aggiunto di un servizio di pulizie che vuole essere non solo eccellente, ma anche a impatto zero.

www.markas.it



La resistenza agli antibiotici: le conseguenze per le sale operatorie



L'Organizzazione Mondiale della Sanità lancia l'allarme sul fenomeno della resistenza dei batteri ai farmaci che dal secolo scorso salvano la vita a milioni di persone: l'antibiotico. Finora la minaccia della resistenza dei batteri agli antibiotici è stata sottovalutata. La maggior parte delle sale operatorie presenta cariche batteriche

troppo elevate durante l'intervento chirurgico favorendo infezioni gravissime per un paziente indebolito.

Per persone anziane, immunodepresse o in presenza di materiale protesico, una carica batterica anche molto bassa è già sufficiente a causare un'infezione o il rigetto della protesi. Se il batterio riesce a raggiungere l'interno del corpo, entrando in contatto con il sangue, questo ospite può trasformarsi in un mostro provocando infezioni costosissime a causa della crescente resistenza agli antibiotici. Il flusso laminare Toul mobile protegge il campo operatorio e gli strumenti. L'aria ultra pulita è indirizzata sul campo operatorio che in tal modo viene protetto dal rischio della contaminazione batterica. Il flusso laminare mobile Toul raggiunge direttamente il sito chirurgico e gli strumenti, senza trovare ostacoli, quali le lampade scialitiche o la testa dei chirurghi, riducendo fino al 95% la carica batterica sul sito chirurgico e sul tavolo porta ferri.

Il flusso laminare mobile rispetta la severa norma UNI 11425 2011 che prevede un altissimo livello di sterilità obbligatoria per chirurgia protesica (vascolare, ortopedica, spinale, reti erniarie, urologica, ginecologica), ortopedia, neurochirurgia, oncologia, trapianti d'organo e per interventi complessi di durata superiore ai 60 minuti in sala operatoria di classe ISO 5. Toul è dotato di un sistema di tracciabilità per la medicina difensiva.

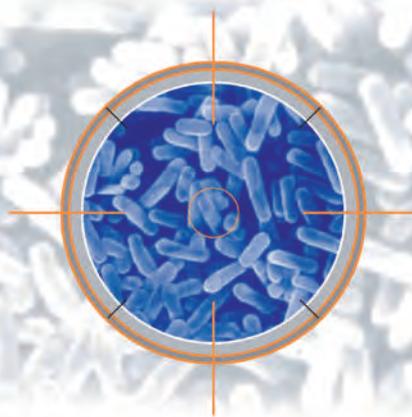
Il sistema Toul può essere utilizzato immediatamente portando la sala operatoria nelle condizioni ambientali previste dalla norma UNI EN ISO 11425 2011.

www.normeditec.com



Ricerca e Sviluppo Sanipur: il brevetto monoclorammina Sanikill

LEGIONELLA ?



SANIPUR SA COSA FARE

Sanipur è un'azienda leader nella prevenzione delle infezioni ospedaliere, in particolare da Legionella.

L'ultimo nato nella nostra divisione R&S è il brevetto Sanikill, riguardante un sistema innovativo di produzione e dosaggio della monoclorammina in circuiti di acqua calda sanitaria per la Prevenzione della Legionellosi. Il metodo Sanikill si è rivelato molto efficace nella prevenzione della Legionellosi (superiore anche al biossido di cloro) e soprattutto completamente compatibile con tutti i materiali di cui sono costituite le tubazioni (in particolare con i materiali plastici come PP e PE che con il biossido di cloro possono mostrare infragilimenti).

Punti di forza della tecnologia brevettata - brevetto di metodo - Sanipur Sanikill:

1. Brevetto internazionale Sanipur di metodo, non di apparecchiatura. La differenza è importante perché si può utilizzare questo metodo con diverse apparecchiature. E' un brevetto più forte rispetto a quello di apparecchiatura.
2. Efficacia dimostrata ormai da centinaia di applicazioni certificabili in Italia, Spagna e Stati Uniti.
3. Produzione on demand e massima sicurezza: solo monoclorammina fresca senza accumuli.
4. Trattamenti shock con il sistema Sanikill senza cambiare apparecchiatura.
5. Telegestione e manutenzione pro-attiva. Il sistema Sanikill è in grado di prevedere eventuali anomalie prima che avvengano e di intervenire addirittura prima che venga attivato il relativo allarme.

Restate informati sulle novità scientifiche proposte iscrivendovi alla newsletter dell'azienda.

www.sanipur.it

A PORTATA DI TABLET



L'ultimo numero della rivista L'OSPEDALE
DOVE E QUANDO VUOI

- vai su **app.anmdo.org**
- clicca su "Aggiungi alla schermata Home". Comparirà l'icona della webapp sul tuo dispositivo
- d'ora in poi cliccando sull'icona accederai direttamente alla web app
- in caso di problemi clicca su "info" per visualizzare il tutorial dedicato



Scansiona il codice QR e apri con il browser

Consulta e Scarica

l'ultimo numero e quelli in archivio della rivista [L'OSPEDALE](#)

Condividi

la web app

Visita

il sito www.anmdo.org

EDICOM



Sala operatoria classe ISO 5 con il FLUSSO LAMINARE MOBILE

per adeguare le sale operatorie alla normativa UNI 11425



Toul tavolo strumenti sterile:
strumenti e materiali protesici
sono protetti

**Toul flusso laminare mobile: protegge il tavolo operatorio,
gli strumenti e il deposito sterile**
- riduce fino al 95 % la carica batterica sul sito chirurgico e sul tavolo porta ferri

Nell'ambito della chirurgia protesica (vascolare, ortopedica, spinale, reti erniali, urologica, ginecologica) e negli interventi di ortopedia, neurochirurgia, oncologia e trapianti d'organo la norma UNI 11425 pone l'obbligo della classe ISO 5 in sala operatoria: devono cioè essere protetti il tavolo operatorio, il tavolo porta-strumenti e il deposito sterile. La normativa UNI 11425 deve comunque essere applicata per tutti gli interventi complessi di durata superiore ai 60 minuti. Toul è anche dotato di un "sistema black box" per la medicina difensiva.



Oftalmologia



Oncologia



Ortopedia



Ortopedia



Chirurgia protesica



Chirurgia generale

Ogni infezione è una gara contro la resistenza agli antibiotici!

Contatti: Normeditec s.r.l. 43010 - Trecasali (Parma) Tel. 0521/ 87 89 49 Tel. 348 730 24 45
Fax: 0521 37 36 31 info@normeditec.com

Video disponibile sul sito!
www.normeditec.com

www.normeditec.com

Passione per l'Innovazione.
Considerazione per i Pazienti



 **Daiichi-Sankyo**

Daiichi Sankyo è un'azienda farmaceutica giapponese con oltre 100 anni di storia alle spalle, dedicata alla Ricerca e Sviluppo di farmaci innovativi nell'area cardiovascolare e delle infezioni batteriche.

Recentemente Daiichi Sankyo sta focalizzando la sua attenzione verso settori terapeutici dove i bisogni di cura rimangono ancora insoddisfatti, come lo sviluppo di farmaci anticoagulanti, di trattamenti antitumorali e per il diabete.

Oggi Daiichi Sankyo opera a livello globale con una presenza in oltre 50 paesi del mondo.

Daiichi Sankyo Italia S.p.A.

Scopri di più su
WWW.DAIICHI-SANKYO.IT